



Directeur des soins

Promotion : **2023**

Date du Jury : **30 novembre 2023**

**Le directeur des soins, un stratège
facilitateur dans la structuration des
parcours de soins des personnes âgées
pour un retour à domicile sécurisé**

Florence MICHON

Remerciements

Je remercie très sincèrement et chaleureusement toutes les personnes qui ont contribué de près ou de loin à la réalisation de ce travail et plus particulièrement :

Ma directrice de mémoire Dominique PERRON pour sa disponibilité, son écoute, sa rigueur bienveillante, ses propos rassurants et ses conseils qui arrivaient toujours à point nommé.

Toutes les personnes qui ont accepté d'être interviewées, qui m'ont accordé de leur temps, ô combien précieux, et qui m'ont fait confiance à travers leurs propos riches et transparents.

Christine CHAMPION ma tutrice de positionnement qui a contribué à renforcer mon positionnement de directrice des soins avec subtilité et bonne humeur.

Mes collègues de promotion et les collègues qui ont croisé et marqué ma vie professionnelle avec lesquels j'ai pu partager, échanger et qui m'ont permis d'enrichir ma réflexion. Ils se reconnaîtront. Nul doute.

Mes fidèles amis pour leur soutien indéfectible et toujours disponibles quoiqu'il arrive.

Ma très chère famille, mon mari et mes filles, toujours présente pour me soutenir et m'accompagner dans mes projets.

« Ce n'est pas parce que les choses nous paraissent difficiles que nous n'osons pas, c'est parce que nous n'osons pas qu'elles nous paraissent difficiles. », Sénèque

Sommaire

INTRODUCTION.....	1
1 - CONSTATS ET QUESTION DE DEPART	2
2 - APPROCHE CONTEXTUELLE	5
2.1 - Une population vieillissante : une espérance de vie élevée mais fragilisée par un état de santé peu satisfaisant	5
2.2 - Les établissements de santé confrontés aux conséquences du vieillissement de la population.....	5
2.3 - Des attentes et des besoins des usagers corrélés aux évolutions sociétales impactés par des caractéristiques territoriales à prendre en considération	6
2.4 - Un virage ambulatoire encore balbutiant et un virage domiciliaire qui peine à s'ériger	7
2.5 - Une coordination de parcours encore peu effective à ce jour	7
2.6 - Des dispositifs de prises en charge et d'accompagnement étoffés mais encore peu visibles et lisibles par les acteurs.....	8
2.7 - Le parcours traceur pour tendre vers un parcours de qualité : fluide et sans rupture	8
2.8 - Un contexte économique contraint	8
3 - APPROCHE CONCEPTUELLE.....	10
3.1 - Une volonté politique constante de renforcer les liens ville hôpital médico-social pour optimiser les parcours de soins et la coordination	10
3.1.1 - Une évolution législative progressive marquée par une responsabilisation des acteurs : de la filière au parcours	10
3.1.2 - Une structuration sémantique, holistique et organisationnelle du parcours de soins.....	11
3.1.3 - Une méthodologie de structuration des parcours à mettre en œuvre pour tendre vers la performance	12
3.2 - De la coopération à la coordination : vers une logique inclusive des acteurs ?....	13
3.3 - La structuration du parcours des personnes âgées nécessite la connaissance par les professionnels des dispositifs et outils de coordination et de communication existants	16

3.3.1 - Les dispositifs au service des personnes âgées.....	16
3.3.2 - Les outils de coordination et de communication entre les différents partenaires du cercle de soin des personnes âgées	18
3.4 - Des compétences plurielles en interdépendance pour une meilleure coordination et vers le déploiement de nouveaux métiers	20
3.5 - Le rôle du directeur des soins dans la structuration du parcours de soins des PA : une stratégie protéiforme	22
4 - L'ENQUETE DE TERRAIN ET L'ANALYSE.....	24
4.1 - Méthodologie de l'enquête	24
4.1.1 - Objectif de l'enquête	24
4.1.2 - L'outil d'enquête	25
4.1.3 - Le choix des deux établissements.....	25
4.1.4 - La population enquêtée.....	26
4.1.5 - Les limites de l'enquête.....	27
4.2 - L'analyse de l'enquête, Hypothèse 1 : Une politique de soins favorisant les parcours de soins des personnes âgées est construite et effective sur l'établissement	27
4.2.1 - La connaissance du PRS et du diagnostic territorial : la clé de voûte pour mieux cerner les enjeux et les besoins de la population	27
4.2.2 - Une politique de soins qui se décline à partir d'axes stratégiques nationaux, territoriaux et institutionnels pour mieux organiser et coordonner	28
4.2.3 - De la filière vers la construction d'une logique de parcours : la volonté des acteurs d'y consacrer des moyens	30
4.2.4 - Une vision des enjeux permettant de mieux structurer les parcours	31
4.3 - L'analyse de l'enquête, Hypothèse 2 : la structuration du parcours de soins repose sur la mise en place d'outils afin d'optimiser et de sécuriser les conditions de retour à domicile des personnes âgées.....	32
4.3.1 - Des outils utilisés avec une hétérogénéité dans la connaissance et la mobilisation des dispositifs de coordination existants.....	32
4.3.2 - Une coopération et une coordination à demi-teinte : de la coordination séquentielle à la coordination collective	34
4.3.3 - Des freins à lever et des perspectives à envisager en mobilisant les équipes d'encadrement	36

4.4 - L'analyse de l'enquête, Hypothèse 3 : le déploiement des compétences des professionnels paramédicaux en matière de coordination est indispensable pour sécuriser et éviter les ruptures de parcours des personnes âgées	37
4.4.1 - Un besoin de compétences polymorphes individuelles et collectives	37
4.4.2 - Des missions et fonctions spécifiques pour favoriser la coordination : le déploiement de nouveaux métiers à l'hôpital	38
4.4.3 - Le directeur des soins : un acteur stratégique déterminant dans la politique de structuration des parcours de soins	38
4.4.4 - Une légitimité rationnelle limitée affirmée par les acteurs hospitaliers	39
4.4.5 - Une communication stratégique favorisant le développement d'une organisation apprenante	39
4.5 - Synthèse	40
5 - LES PRECONISATIONS	41
5.1 - Une connaissance du diagnostic territorial partagé indispensable pour une maîtrise de l'environnement et apporter des réponses adaptées aux besoins populationnels ...	41
5.2 - Une dynamique partenariale à impulser et à pérenniser aussi par le directeur des soins	42
5.3 - La formalisation d'un Projet Médico-Soignant Partagé (PMSP) pour ancrer la stratégie territoriale des parcours définie et décliner sa mise en œuvre opérationnelle	44
5.4 - Une co-construction de tableaux de bord pour un pilotage stratégique des parcours des personnes âgées	45
5.5 – un axe organisationnel et clinique pour formaliser des parcours structurés et adaptés	45
5.6 - Des outils pour un management par la clinique pour notamment l'amélioration des pratiques, donner du sens au travail interprofessionnel et renforcer la coordination	46
5.7 - Développer la recherche paramédicale pour une meilleure promotion de la santé sur le territoire	48
5.8- Une politique de formation à la hauteur des exigences : vers le déploiement des nouveaux métiers	48
5.9 - Le management de l'encadrement par le DS : pierre angulaire des conditions de réussite de la coordination	51
5.10 - L'intégration des usagers et/ou de leurs aidants dans la co-construction et l'évaluation des parcours : Vers une éthique de la réciprocité	52

5.11 - Une collaboration avec les instituts de formation à renforcer pour acculturer précocement les apprenants.....	53
5.12- La communication stratégiquement organisée du DS	53
CONCLUSION.....	54
Bibliographie.....	56
Liste des annexes.....	I

Liste des sigles utilisés

ANAP :	Agence Nationale de la Performance
APA :	Allocation Personne Âgée
APP :	Analyse des Pratiques
AGGIR :	Autonomie Gérologique et groupes Iso Ressources
ARS :	Agence Régionale de Santé
CGS :	Coordinateur Général des Soins
CHU :	Centre Hospitalier Universitaire
CME :	Commission Médicale d'Établissement
CMEL :	Commission Médicale d'Établissement Local
COPIL :	Comité de Pilotage
CPOM :	Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
CPS :	Carte Professionnelle de Santé
CPTS :	Communauté Professionnelle de Territoriale de santé
CVS :	Conseil de la Vie Sociale
DAC :	Dispositif d'Appui à la Coordination
DIM :	Département d'Information médicale
DMP :	Dossier Médical partagé
DMS :	Durée Moyenne de Séjour
DOP :	Directeur des Opérations
DPI :	Dossier Patient Informatisé
DRH :	Direction des Ressources Humaines
DSI :	Direction des Systèmes d'Information
EMG :	Équipe Mobile Gériatrique
EHPAD :	Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes
GHT :	Groupement Hospitalier de Territoire
HAD :	Hospitalisation A Domicile
HAS :	Haute Autorité de Santé
HCAAM :	Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie
HCSP :	Haut Conseil de Santé Publique
HPST :	Hôpital Patient Santé Territoire
IDE :	Infirmier Diplômé d'État
IPA :	Infirmier de Pratique Avancée
MAIA :	Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'Aide et de soins
ONDAM :	Objectif National des Dépenses de l'Assurance Maladie
PA :	Personne Âgée

PAERPA :	Personnes Âgées en Risque de Perte d'Autonomie
PCME :	Président de la Commission Médicale
PPS :	Plan Personnalisé de Soins
PRADO :	Programme de Retour A Domicile
PRS :	Projet Régional de Santé
PTS :	Programme Territorial de Santé
SMR :	Soins Médicaux et de Réadaptation
SSR :	Soins de Suite et de Réadaptation
RAD :	Retour A Domicile
RETEX :	Retour d'Expérience
RH :	Ressources Humaines
ROR :	Répertoire national de l'Offre et des Ressources en santé
SAD :	Service d'Aide à Domicile
SAS :	Service d'Accès aux Soins
SSIAD :	Service de Soins Infirmiers à Domicile
SI :	Système d'Information
T2A :	Tarifification à l'Activité
TDB :	Tableau De Bord

INTRODUCTION

Depuis ces dernières décennies, notre système de santé est confronté à des évolutions démographiques, économiques et sociologiques renforcées par le vieillissement de la population, l'augmentation des pathologies chroniques,¹ mais aussi par un accroissement des inégalités sociales et territoriales. Ma santé 2022 rappelle l'impérieuse nécessité de proposer une offre de soins territoriale graduée répondant aux besoins de la population et impliquant l'ensemble des acteurs du sanitaire, de la ville et du médicosocial. Ainsi, la mise en œuvre des parcours de soins des personnes âgées devient inéluctable pour garantir des soins équitables, la continuité, la qualité, la sécurité des soins, et plus particulièrement pour les personnes âgées fragilisées par des hospitalisations que l'on pourrait parfois qualifier de futiles, tant leurs effets délétères sur la santé ne sont plus à démontrer. Par conséquent, le retour à domicile des personnes âgées doit être anticipée, sécurisée pour répondre à leurs besoins et à ceux de leurs aidants, pour agir sur les flux en évitant des afflux massifs aux urgences et réduire les DMS dans un contexte économiquement contraint, et face à une pénurie de soignants. L'hôpital, haut lieu d'expertise est encore trop hospitalocentré. Il doit désormais s'ouvrir vers l'extérieur et associer les partenaires territoriaux pour développer un modèle de prise en charge et d'accompagnement qui nécessite de changer de paradigme en développant les coopérations et en renforçant le processus de coordination. La stratégie des GHT s'attache à repenser l'offre de soins et s'oriente sur la construction des parcours de soins sur les territoires pour une optimisation de l'aval des prises en charge hospitalières. Toutefois, le constat ne semble pas à la hauteur des espérances, compte tenu d'une insuffisance de coopération et de coordination entre les acteurs pour rendre l'offre lisible pour les professionnels et les usagers, pour améliorer l'efficacité des prises en charge, et répondre aux besoins des personnes âgées de vivre et mourir au domicile.

Le directeur des soins, de par les missions qui lui sont conférées, est un acteur stratège et facilitateur dans la structuration et la fluidification des parcours de soins des personnes âgées. Il est garant de la qualité et de la sécurité des soins et de la sortie des patients. Il doit être force de propositions stratégiques, organisationnelles et opérationnelles et accompagner les équipes d'encadrement pour développer une vision plus systémique et holistique. C'est pourquoi, dans un premier temps nous nous sommes appuyée sur nos expériences professionnelles et les constats économiques, démographiques, sociologiques et organisationnels qui mettent en exergue les problématiques rencontrées dans la structuration des parcours de soins des personnes âgées pour leur retour à domicile. Dans un second temps, ces notions ont été consolidées par un cadre conceptuel qui a nourri et

¹ Rapport Montaigne : les 75 ans et plus représenteront 16 % de la population en 2050 et plus de 20 % cumulent 3 pathologies

structuré notre réflexion permettant ainsi d'entériner notre question de recherche et les hypothèses d'explication qui en découlent. Dans un troisième temps, nous avons mené une enquête de terrain dont la méthodologie et les résultats sont présentés. Enfin, nous proposons des préconisations qui émanent des résultats de l'enquête et de notre réflexion en lien avec notre positionnement stratégique et managérial en qualité de directeur des soins.

1 - CONSTATS ET QUESTION DE DEPART

Nos expériences professionnelles dans le secteur médico-social et en formation nous ont permis de mesurer l'importance de travailler en réseau et de contribuer au maillage territorial avec l'hôpital et les professionnels du territoire pour ainsi fluidifier et sécuriser les parcours de soins des personnes âgées (PA). En disponibilité de la fonction publique hospitalière, nous avons exercé dans le privé à but non lucratif en tant que directrice d'un Service de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD). Ce SSIAD prenait en charge des personnes âgées de 60 ans et plus atteintes de pathologies chroniques et/ou dépendantes. Régulièrement, nous constatons que les liens entre la ville et l'hôpital demeuraient insuffisants quand bien même il y avait une réelle volonté des acteurs du territoire d'améliorer les échanges et la coordination pour répondre aux besoins et attentes des personnes âgées à travers notamment les GHT et les filières gériatriques. Il était parfois difficile pour les infirmières coordinatrices du SSIAD d'obtenir les comptes rendus d'hospitalisation, d'avoir des contacts avec un professionnel de santé hospitalier référent (médecins et/ou IDE) afin de faire le point sur l'état de santé de la personne, ses besoins en soins et en accompagnement pour organiser sereinement son retour à domicile. Notre objectif était de sécuriser ce retour à domicile, que celui-ci puisse se réaliser dans des conditions optimales pour éviter des ruptures dans le parcours de soins de la PA, en évitant des hospitalisations, des réhospitalisations inutiles, via des passages aux urgences, plus délétères que bénéfiques pour l'utilisateur et ses aidants.

En 2019, lors de notre réintégration dans la fonction publique et forte de nos expériences, nous avons fait le choix de prendre un poste de formatrice à l'Institut de Formation des Cadres de Santé. Nous nous sommes aperçue que les étudiants cadres connaissaient peu voire pas du tout les dispositifs de coordination existants. Il nous a semblé pertinent d'intégrer, dans le module management, un « sous module » sur le médico-social et la coordination entre les acteurs, afin de sensibiliser les futurs cadres aux prises en charge de territoire et aux enjeux de la coordination. Le cadre doit être un facilitateur et jouer un rôle d'interface dans les relations entre les structures sanitaires, médico-sociales et la ville pour accompagner les équipes soignantes dans l'amélioration du parcours de la PA. Si les managers de proximité ne sont pas sensibilisés, informés, il est moins aisé d'acculturer les

équipes soignantes aux solutions existantes complexes qui requièrent d'être appréhendées pour mieux cerner leur champ de compétences et d'interventions.

Lors d'un entretien exploratoire avec la directrice d'un Dispositif d'Appui à la Coordination en Ile de France (DAC), celle-ci confirme que les liens entre la ville et l'hôpital demeurent encore insuffisants, et quand ils existent, ceux-ci sont fragilisés par des contraintes culturelles, organisationnelles, humaines, logistiques et informatiques. Quand bien même il y a une prise de conscience collective, la fluidité et la sécurisation des parcours demeurent un point crucial à renforcer. Elle précise que les soignants hospitaliers n'ont pas connaissance des dispositifs existants d'accompagnement. Elle déplore que certaines sorties de patients se fassent trop rapidement sans préparation au préalable et sans prendre attache avec les bons interlocuteurs par manque de connaissances des structures, des professionnels. Par ailleurs, il est encore parfois difficile d'obtenir certains comptes rendus médicaux par manque de confiance entre les acteurs de la coordination. En revanche dès qu'il y a une interopérabilité informatique entre les structures, des liens à travers des réunions communes et/ou via un interlocuteur privilégié tels un coordinateur, des relations interpersonnelles de qualité entre les acteurs, les échanges sont *de facto* plus effectifs et opérationnels. Elle précise que pour que les parcours soient fluides, il faut se rencontrer et réfléchir ensemble pour trouver des structures *ad hoc*. Elle fait part également de l'importance des compétences des acteurs quand il s'agit de trouver une solution d'aval. La sortie ne doit pas être préparée que par l'assistante sociale mais avec les soignants, des coordinateurs de parcours au plus proche des problématiques à appréhender et donc des besoins réels des patients pour sécuriser le retour à domicile et surtout son maintien. Les GHT sont confrontés à des problématiques de places ambulatoires, de lits, et de pénurie majeure de personnels médicaux et paramédicaux dans certaines disciplines. Les urgences sont engorgées, il est difficile de trouver des structures d'aval pour sécuriser la sortie de l'hôpital. Le SAS a été mis en place dans certains établissements et a permis de désengorger les services d'urgence. Toutefois, la problématique est plus vaste qu'elle n'y paraît au premier abord, car à ces difficultés s'ajoutent des inégalités sociales, territoriales et démographiques auxquelles le système de santé doit faire face dans un contexte de demandes, de besoins de soins qui évoluent sociologiquement, épidémiologiquement etc. Ainsi, dans les projets stratégiques des établissements, le parcours patient à l'échelle du territoire devient une priorité grandissante, renforcée par les enjeux de certification qui amènent les acteurs à travailler autrement, à collaborer pour repenser l'offre de soins territoriale, et ainsi répondre aux besoins du bassin de vie. Un certain nombre d'établissements s'attache à coconstruire des parcours de soins sur les territoires en développant les coopérations en amont et en aval des prises en charge hospitalières, s'appuyant sur la télésanté, les équipes mobiles gériatriques et les CPTS.

Cependant, le rapport Montaigne « *Soins ambulatoires et à domicile : un virage essentiel* » souligne qu'il persiste un manque de coordination entre les acteurs. Ce rapport rappelle également que la qualité des soins et la maîtrise des dépenses de santé s'amélioreront grâce à l'accélération du virage ambulatoire et domiciliaire. Laure Milet, responsable du pôle cohésion sociale et territoriale à l'institut Montaigne cite : « Nous sommes à un point de rupture. L'hôpital confronté à une pénurie de soignants, a du mal à faire face à la demande. Il doit déléguer une partie des tâches à la médecine de ville et aux acteurs de soins à domicile, ce qui lui permettra de se recentrer sur ses vraies missions. »

Face à ces constats de départ, nous pouvons nous interroger sur le rôle du directeur des soins (DS) et sur les leviers dont il dispose pour contribuer à la stratégie de mise en œuvre, à l'effectivité des parcours de soins, de santé, avec les partenaires de la ville et du médico-social du territoire, pour fluidifier et sécuriser la prise en charge des personnes âgées.

En quoi le DS est facilitateur dans la coordination des parcours de soin des PA ? Quelles marges de manœuvre a-t-il ? Et quelle est sa légitimité ? Quelles sont les clés de réussite et les freins auxquels les acteurs sont confrontés ?

Le directeur des soins, de par ses compétences prospectives, stratégiques, de coordination et opérationnelles, est un acteur essentiel dans la réussite de la structuration et donc dans la sécurisation des parcours de soins. Il collabore avec le directeur de l'établissement et le PCME à l'élaboration des axes stratégiques du projet d'établissement conformément au Schéma Régional de Santé émanant du Projet National de Santé et du CPOM, afin de repenser l'offre de soins de proximité répondant aux besoins du bassin de vie de la population. L'offre doit être structurée et lisible par l'ensemble des acteurs du territoire et des usagers pour rendre le dispositif de coordination opérationnel.

Le DS élabore, en étroite collaboration avec le président de la CME, le projet médico-soignant partagé pour concevoir et mettre en œuvre une politique de soins et managériale en adéquation avec les axes stratégiques de l'établissement. Il veille à la continuité, à la qualité, à la sécurité des soins, et à l'effectivité et l'efficience des parcours de soins.

Par conséquent, il est garant de la pertinence de l'organisation des parcours car il coordonne les activités de soins avec les équipes médicales et paramédicales. Le DS propose des alternatives à l'hospitalisation. Il décline la stratégie de la politique de soins en objectifs et en plans d'actions auprès des équipes d'encadrement qu'il coordonne. Il s'assure des moyens humains, matériels, logistiques et financiers, mais aussi des compétences existantes de l'ensemble des paramédicaux, et à développer pour répondre à la fluidité et sécurisation des parcours. Son rôle est d'accompagner les professionnels vers ce paradigme ambulatoire et domiciliaire en recentrant les missions de chacun au regard des champs de compétences des métiers du soin et de la rééducation en intégrant les acteurs territoriaux. L'ensemble de ces éléments lui permet de clarifier les besoins de prise en charge, de coordination, en lien avec les flux, et ainsi de poser des objectifs

favorisant les partenariats avec les acteurs du territoire pour contribuer à l'élaboration des conventions de coopération, partenariale pour fluidifier les parcours.

2 - APPROCHE CONTEXTUELLE

2.1 - Une population vieillissante : une espérance de vie élevée mais fragilisée par un état de santé peu satisfaisant

Depuis ces dernières décennies, notre système de santé doit faire face à de nombreux défis tels qu'une population vieillissante, présentant des polyopathologies, et l'augmentation croissante des pathologies chroniques, qui génèrent dans certains cas des niveaux de dépendance élevés. En effet, selon l'INSEE, la France comptera, en 2030, 21 millions de personnes âgées de plus de 60 ans, et 4 millions de séniors seraient en perte d'autonomie en 2050. Ce phénomène s'explique par l'arrivée de la génération *baby boomer* » mais aussi par les progrès de la science et de la médecine permettant de prolonger la vie. Cependant, l'INSEE précise que, quand bien même l'espérance de vie s'accroît chaque année à raison de 85.4 ans pour la femme et 79.3 pour un homme en 2021, l'espérance de vie sans incapacité sévère dans les activités de la vie quotidienne est nettement inférieure puisque pour la femme, elle diminue de 18.1 ans, et 15.7 ans pour les hommes. La prévention n'est pas suffisamment développée à ce jour, et représente de ce fait un coût humain et économique non négligeable pour la société et notre système de santé. En effet, selon le rapport de la Cour des comptes de novembre 2021 sur la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées, un gain d'un an d'espérance de vie sans incapacité ferait économiser 1.5 milliards d'euros. Ce rapport souligne également que le nombre de centenaires est estimé à 200 000 en 2060 contre 22 000 en 2030. Les équipes soignantes hospitalières accueilleront une population de plus en plus vieillissante, en perte d'autonomie, requérant de sécuriser d'autant plus le retour à domicile, et par conséquent la suite du parcours de soins avec les acteurs de la ville et du médico-social.

2.2 - Les établissements de santé confrontés aux conséquences du vieillissement de la population

Selon le rapport de l'atelier 10, « *Hôpital et personnes âgées* », de 2018, les personnes âgées représentent en établissement : 30 % des patients admis en court séjour, 50 % de l'HAD et 65 % des SSR. De plus, le rapport de l'ARS sur la ré-hospitalisation des patients âgés de 80 ans et plus en IDF publié en décembre 2018 met en exergue que sur 150 305 patients hospitalisés en MCO, 111 736 soit 74.33 % sont repartis au domicile ou en établissement d'hébergement. Parmi ces derniers, 24 % ont été ré-hospitalisés dans un délai de 90 jours dont 10% d'entre eux avec un passage aux urgences.

Par conséquent, il est constaté des insuffisances de prise en charge et des manques de coordination et d'échanges entre professionnels. La DRESS en 2017 sur le suivi de

patients atteints de cancer mentionne que les généralistes sont favorables à renforcer les échanges avec l'hôpital afin d'obtenir des informations sur l'état du patient. En effet, l'étude met en évidence que faute de pouvoir contacter aisément l'oncologue, 20% des généralistes adressent les patients immunodéprimés aux urgences dès lors qu'un épisode de fièvre élevée survient le week-end. Il est également relevé de nombreux passages aux urgences plus délétères que bénéfiques car ils génèrent souvent une hospitalisation qui retarde le retour au domicile avec un risque élevé d'aggravation. En effet, 60 % des décès ont eu lieu au cours d'une hospitalisation. Un passage aux urgences supérieur à 10 h majore le risque de syndrome confusionnel.

Il est donc plus que nécessaire de repenser l'offre de soins à apporter aux personnes âgées pour optimiser leur hospitalisation, favoriser un retour rapide préparé et sécurisé au domicile dans une logique de transversalité et d'interface professionnelle.

2.3 - Des attentes et des besoins des usagers corrélés aux évolutions sociétales impactés par des caractéristiques territoriales à prendre en considération

Selon un sondage IFOP en 2019, 85 % souhaitent vieillir et mourir au domicile. En effet comme le souligne Catherine de Brabois (2016), mourir à domicile est un choix qui fait partie « des libertés fondamentales que la société... devrait pouvoir garantir à tous ». Aujourd'hui plus que jamais « les babyboomers veulent vieillir chez eux et personne ne les contraindra à faire autrement ». (Broussy, 2021). Cette dimension est nécessairement à prendre en compte dans la réponse que fait l'hôpital à la continuité de la prise en charge et de l'accompagnement.

La société évolue, laissant une place singulière à la démocratie en santé. Les usagers ont des besoins, des attentes et des exigences en termes de services rendus à la population, de qualité et de sécurité des soins à l'égard des professionnels de santé et de l'hôpital. De surcroît, l'hôpital a un rôle social qui lui est dévolu de par ses missions de service public. Celui-ci semble encore être considéré comme un haut lieu de prise en charge technique, de sciences et de savoirs, quand bien même il est « *en déclin* » car le sanctuaire, jusqu'alors « *protégé des désordres du monde* », est désacralisé et laisse place aux profanes (F. Dubet, 2002). Les patients se plaignent d'une déshumanisation par manque de communication avec la famille et les aidants, d'un manque de suivi. « La logique de production qui sous-tend nos systèmes de soins prend le dessus et néglige la personne, laissant bien loin ses inquiétudes et sa souffrance » (Aissou et Al, 2020). Les usagers expriment leurs besoins d'être écoutés, entendus et sollicités sur les questions de santé et du système de santé. *In fine*, comment l'utilisateur envisage-t-il son parcours ? Quelle est la meilleure solution qui lui est proposée au regard de ses aspirations et de sa connaissance de sa maladie.

Ces besoins sont parfois majorés quand il existe de fortes inégalités sociales et d'accès aux soins dans certains territoires, liées en partie à leurs caractéristiques sociologiques et

épidémiologiques, à la paupérisation de la population, à une désertification médicale et paramédicale et à une permanence des soins peu optimale voire insuffisante.

2.4 - Un virage ambulatoire encore balbutiant et un virage domiciliaire qui peine à s'ériger

Le développement de l'ambulatoire à l'hôpital est d'une importance capitale car il permet d'éviter un engorgement rapide des services hospitaliers par faute de moyens humains et matériels. En effet, les pôles d'activité sont marqués pour la plupart d'entre eux par des fermetures de lits liées aux difficultés d'attractivité et de fidélisation des personnels paramédicaux et médicaux. Force est de constater que notre système de santé persévère dans l'hospitalocentrisme, et a peine à développer la prévention permettant une prise en charge des patients en consultation et/ou via la télésanté et/ou à domicile. Le virage domiciliaire est encore timoré, bien que des programmes tels que le Programme d'accompagnement de retour à domicile PRADO et le Programme personnes âgées en risque de perte d'autonomie PAERPA ont été mis en œuvre. En effet, selon le rapport de l'IRDES sur la pertinence des soins, le PRADO n'a pas été véritablement évalué, ce qui empêche de mesurer son efficacité dans les délais d'intervention des libéraux dès la sortie de l'hôpital. Quant au PAERPA, il est difficile de rendre visible son impact sur les hospitalisations des personnes âgées, ce qui interroge la pertinence des outils et les conditions nécessaires pour améliorer la coordination ville-hôpital.

2.5 - Une coordination de parcours encore peu effective à ce jour

Le rapport Montaigne (2023) mentionne que le manque de coordination est lié à un manque de temps pour favoriser la communication, des rencontres et d'échanges entre les acteurs. Ce constat est marqué particulièrement par un manque de connaissance des dispositifs existants, de reconnaissance des acteurs, de confiance au regard de leurs champs de compétences, de leur rôle et missions, et de leurs identités professionnelles et culturelles. Par ailleurs, les difficultés d'interopérabilité des systèmes d'information empêchent une communication fluide et aisée entre les différents acteurs. Le dispositif « Mon espace santé » devrait permettre d'éviter bien des écueils et des erreurs, notamment dans la prise en charge médicamenteuse.

Le Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP) indique dans son rapport : « La coordination entre la ville et l'hôpital est notamment rendue difficile par l'absence d'instance de concertation entre les différents professionnels. La médecine de ville et l'hôpital n'ont encore que rarement des échanges directs et ne partagent que trop peu le co-pilotage de projets sur les territoires »

2.6 - Des dispositifs de prises en charge et d'accompagnement étoffés mais encore peu visibles et lisibles par les acteurs

Il existe un manque de lisibilité de l'offre libérale, ce qui rend complexe l'organisation de l'aval par les professionnels de l'hôpital. Les CPTS ont le mérite de regrouper les professionnels et d'élaborer un projet de santé avec l'hôpital et l'ensemble des partenaires sociaux et médico-sociaux du territoire. Les DAC ont regroupé les Méthodes d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie (MAIA) et les réseaux de santé afin d'éviter des chevauchements entre les dispositifs et de mieux structurer l'accompagnement des PA. Les DAC apportent des réponses adaptées et coordonnées aux professionnels des établissements de santé et aux libéraux pour permettre d'optimiser les parcours. Récemment en Ile de France, deux Cellules d'Appui à la Résolution des Situations Complexes (CARSIC Ouest et Est) ont été missionnées par l'ARS pour apporter des solutions aux problématiques des parcours bloqués et des « *bed blockers* ».

2.7 - Le parcours traceur pour tendre vers un parcours de qualité : fluide et sans rupture

La certification a mis en place la méthode du parcours traceur qui consiste à mesurer le degré de coordination de la prise en charge des patients afin d'évaluer la continuité des soins, la qualité et la sécurité de l'arrivée du patient jusqu'à sa sortie de l'hôpital et de s'assurer que cette sortie soit sécurisée. Le manuel de certification de la HAS précise qu'il est fondamental qu'il existe une coordination effective entre les différents acteurs pluriprofessionnels et pluridisciplinaires du cercle de soins, du territoire pour garantir une prise en charge efficiente sur l'ensemble de parcours de soins, de santé. Un parcours fluide et sans rupture.

2.8 - Un contexte économique contraint

Le contexte économique actuel très contraint, lié à un ONDAM et une T2A inflationnistes, nécessite de faire évoluer les modes de financement, de mieux utiliser les ressources et de mieux les coordonner entre elles pour tendre vers une efficience en amont comme en aval d'une hospitalisation. Par ailleurs, le flux à l'hôpital est à la fois une problématique et un levier. L'engorgement des urgences et leur fermeture par manque de moyens humains liés aux difficultés d'attractivité et de fidélisation des professionnels de santé, les problèmes de démographie médicale font qu'aujourd'hui les missions de service public sont questionnées. Qu'en est-il de la qualité de la prise en charge et de l'accompagnement ? La pertinence des soins est en l'occurrence ici à interroger ainsi que la notion éthique de juste soin au juste prix par notamment une approche organisationnelle des flux pour fluidifier l'activité, diminuer les délais de prise en charge et/ou d'hospitalisation pour ainsi réguler les flux et les coûts. A ce jour, il n'existe pas d'interactions financières entre les

différents dispositifs et acteurs. Ainsi, le financement doit être repensé et donc adapté aux spécificités de la prise en charge, avec des paiements au suivi par un forfait ville-hôpital pour le suivi des pathologies chroniques et à la séquence, paiement à l'épisode de soins intégrant le parcours hôpital/ville-hôpital/SSR tel que proposé dans « Ma santé 2022 » pour optimiser le parcours patient.

Il est donc crucial que l'hôpital s'ouvre pour « aller vers ». Les réformes successives ont permis de faire évoluer les dispositifs. Cependant, ces évolutions demeurent insuffisantes compte tenu des enjeux à venir. Pour se faire, « Ma santé 2022 » rappelle la nécessité impérieuse de décloisonner l'hôpital qui est encore malgré tout trop hospitalo-centré. Quand bien même les GHT ont permis d'avoir une vision plus systémique et globale de la prise en charge par la gradation des soins proposés par des hôpitaux d'excellence et des hôpitaux de proximité, il n'en demeure pas moins que les parcours de soins sont encore trop souvent marqués par des ruptures avec des hospitalisations trop fréquentes.

Par conséquent, l'hôpital doit poursuivre sa mission de soins « hors les murs » en s'assurant de la qualité de la sortie des patients, en faisant le lien avec les acteurs du territoire. Il est indispensable que des professionnels formés puissent se saisir de cette mission d'interface entre l'hôpital et le domicile pour être des interlocuteurs de référence, mais aussi pour proposer d'autres modèles de prise en charge plus centrés sur la clinique et la prévention compte tenu des évolutions épidémiologiques, le vieillissement de la population et l'augmentation des pathologies chroniques. L'une des missions de l'hôpital est d'optimiser les parcours des personnes âgées de plus de 65 ans hospitalisées afin d'éviter des ruptures et donc des ré-hospitalisations plus délétères que bénéfiques. Le parcours est sécurisé quand l'articulation entre l'hôpital et les dispositifs de prise en charge et d'accompagnement de proximité sont organisés entre les différents acteurs et les organisations.

Face à ce contexte, la question de recherche est la suivante :

En quoi la stratégie du directeur des soins structure les parcours de soins fluides sans rupture pour sécuriser le retour à domicile des personnes âgées.

La question de recherche citée supra permet l'émergence des hypothèses suivantes :

1/ Une politique de soins favorisant les parcours de soins des personnes âgées est construite et effective sur l'établissement.

2/ La structuration du parcours de soins repose sur la mise en place d'outils afin d'optimiser et de sécuriser les conditions de retour à domicile des personnes âgées.

3/ Le déploiement des compétences des professionnels paramédicaux en matière de coordination est indispensable pour sécuriser et éviter les ruptures de parcours des personnes âgées.

3 - APPROCHE CONCEPTUELLE

3.1 - Une volonté politique constante de renforcer les liens ville hôpital médico-social pour optimiser les parcours de soins et la coordination

3.1.1 - Une évolution législative progressive marquée par une responsabilisation des acteurs : de la filière au parcours

La notion de parcours de soins a été instaurée dans le cadre de la structuration des soins de premier recours de la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie permettant à l'usager de bénéficier d'une prise en charge pluriprofessionnelle coordonnée par le médecin traitant. Toutefois, nous pouvons en percevoir les prémises lors de l'ordonnance du 24 avril 1996 avec la création des filières de soins sous la responsabilité des médecins généralistes permettant ainsi aux patients l'accès au système de soins et aux réseaux de soins en cas de pathologies chroniques et complexes afin d'assurer la continuité des soins de proximité et de qualité.

La filière regroupe l'activité gériatrique que sont le court séjour gériatrique, l'équipe mobile de gériatrie, l'unité de consultations et d'hospitalisation de jour, les soins de suite et de réadaptation appropriés aux besoins des PA polypathologiques dépendantes ou à risque de dépendance (SSR gériatriques), les soins de longue durée pour offrir des ressources adaptées.² Elle correspond à une architecture organisée au sein d'un établissement de santé et s'appuie sur des partenaires. Elle peut donc s'étendre « hors les murs » de l'hôpital grâce notamment au dispositif d'appui à la coordination (DAC) qui regroupe les réseaux et les Méthodes d'Action pour l'Intégration des services d'Aide et de soins dans le champ de l'autonomie (MAIA).

De facto, la question de la coordination émerge rapidement car une offre de soins est proposée pour répondre aux besoins de santé de la population.

La loi HPST du 21 juillet 2009 impulse une coordination entre les professionnels et surtout un décloisonnement entre la ville, l'hôpital et le médicosocial, entre le public et le privé. Les parcours de soins sont déclinés en trois niveaux de recours : les généralistes, les spécialistes et les hôpitaux généraux et les CHU et les établissements spécialisés. Ces 3 niveaux doivent s'articuler pour fluidifier les parcours et éviter les ruptures. La création des ARS favorise les dynamiques partenariales entre les différents acteurs, propices au développement des parcours de soins. En 2010, le Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie (HCAAM) dans son rapport sur le vieillissement et la longévité cité par Marie Dominique LUSSIER (2022) consacre la nécessité de penser l'organisation des soins non plus comme une succession d'actes réalisés mais dans une dimension de parcours de

² La Circulaire DHOS/O2/DGS/SD5D n° 2002-157 du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatrique

soins favorisant la coopération entre les professionnels de santé. L'objectif visé est d'être dans une approche plus globale et transversale de la prise en charge des PA fragilisées par la maladie. Le rapport de l'ANAP sur l'organisation des parcours de santé des personnes âgées sur un territoire (Lussier, 2022) corrobore les constats de la HCAAM et confirme qu'une coordination est incontournable entre la ville et l'hôpital. Concomitamment, la HAS intègre le parcours dans le manuel de certification V2014.

En 2016, la loi relative à la modernisation de notre système de santé rappelle l'importance des parcours pour garantir des soins pour tous et équitables sur l'ensemble des territoires, la continuité, la qualité, la sécurité de soins. La mise en place des GHT doit apporter une réponse graduée des soins aux usagers. La création des CPTS doit proposer une offre de proximité, de faire le lien entre la ville et l'hôpital, avec la mise en œuvre d'un Projet Territorial de Santé (PTS) et des plateformes d'appui à la coordination. L'organisation des parcours devient une véritable politique de santé nationale et territoriale à travers la filière du GHT pour proposer des activités complémentaires en amont et en aval.

Quant à la loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, celle-ci entérine la responsabilité des politiques, des institutions et des professionnels de santé dans la structuration des parcours de soins, de décloisonner le système de santé encore trop en silos et surtout d'en organiser une coordination territoriale pour un accès aux soins pour tous, la continuité des soins de qualité et sécurisée.

Ma santé 2022 renforce ces notions encore balbutiantes à ce jour. Elle a pour objectif de déployer la labellisation des hôpitaux de proximité, le dossier médical partagé, l'exercice partagé ville hôpital pour les généralistes, la création de financement au forfait, pour la prise en charge coordonnée des patients atteints de pathologies chroniques. Elle introduit la notion de responsabilité populationnelle pour les acteurs de santé du territoire afin de lutter contre les inégalités d'accès aux soins en assurant une garantie de prise en charge des patients et particulièrement pour les plus fragiles et vulnérables. Elle renforce le PTS permettant le maillage des CPTS avec l'hôpital, pour améliorer l'amont et l'aval des prises en charge. En effet ce projet décrit les modalités d'accès aux soins, de continuité et de coordination des parcours, ainsi que les modalités de coopération interprofessionnelle et doit être en cohérence avec le Projet Régional de Santé (PRS). Enfin, la mesure 5 du pacte de refondation des urgences « généraliser des parcours dédiés aux personnes âgées pour éviter les urgences » prône l'objectif « zéro passage aux urgences » pour les PA.

3.1.2 - Une structuration sémantique, holistique et organisationnelle du parcours de soins

Les parcours sont alors définis par les ARS (2016) comme étant « une prise en charge globale du patient et de l'utilisateur 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 ».

Toutefois, comme le souligne Mourad Aissou (2020), il convient de différencier le terme parcours patient de parcours de soins. Le parcours patient est évoqué pour la prise en charge au sein d'un établissement. Le parcours de soins définit une prise intra et extra hospitalière, un continuum.

La définition de l'ARS citée supra clarifie le concept de parcours permettant aux acteurs de s'en saisir mais surtout de ne pas oublier la vision holistique que requiert le fonctionnement d'une médecine de parcours. Le terme de parcours de santé apparaît car il a une perspective plus large du soin. La médecine et ses acteurs passent d'une dimension curative à une dimension plus préventive et globale de la prise en charge et de l'accompagnement.

Le parcours de soins, de santé est inéluctablement constitué de plusieurs étapes afférentes à la maladie du patient et à sa singularité. Ce parcours commence dès son admission dans un établissement de santé jusqu'au retour au domicile en prenant en compte les différents interlocuteurs agissant et interagissant dans le cadre de la prise en charge en amont et en aval. Le parcours doit prendre en compte les besoins et attentes des PA et de leurs aidants et nécessite une collaboration dans la mise en œuvre du plan d'accompagnement. L'objectif est de sécuriser et de fluidifier les parcours des PA.

3.1.3 - Une méthodologie de structuration des parcours à mettre en œuvre pour tendre vers la performance

Les parcours de soins sont donc des processus qu'il est nécessaire de structurer méthodologiquement par deux axes : un « axe organisationnel et un axe clinique » (Aissou 2020).

L'axe organisationnel reprend toutes les étapes de la prise en charge et de l'accompagnement y compris la qualité et la gestion des risques mais aussi la coordination mise en œuvre entre les professionnels et les structures.

L'axe clinique prend en compte les bonnes pratiques soignantes (médicales et paramédicales).

Ainsi, selon Aissou (2020) la construction, le reconstruction et/ou l'amélioration des parcours respectent les points suivants :

- « Les parcours construits pour et du point de vue du patient
- La simplification et lisibilité des parcours
- La reconstruction des organisations autour des parcours
- La sécurisation des parcours
- La fluidité par l'optimisation des temps et des durées de parcours
- Des parcours programmés autant que possible dès le départ et à l'entrée
- Une continuité de la prise en charge

- Une harmonisation voire une standardisation des pratiques soignantes
- Une approche transversale des problématiques d'organisation du parcours
- Le partage des informations sur le parcours du patient et interconnaissance entre les acteurs. »

Le parcours pour être structuré doit s'appuyer sur un projet partagé, lui-même s'appuyant sur le PRS, le diagnostic stratégique territorial et les recommandations de bonnes pratiques. L'objectif est de clarifier les rôles et les prérogatives de chacun, de s'appuyer sur les dispositifs et outils existants et enfin de s'accorder sur les pratiques, les champs des possibles pour améliorer la qualité et la fluidité du parcours. La e-santé et le numérique sont également des éléments non négligeables dans la structuration des parcours.

Des objectifs seront définis en fonction de critères retenus en lien avec les besoins populationnels, du vieillissement de la population, des pathologies et risques prévalents, mais aussi des attentes des aidants afin de prévenir leur épuisement.

Le parcours doit être rédigé en précisant le circuit de la PA qui prend en charge l'organisation de son retour à domicile et comment et qui prend le relais si besoin pour assurer une continuité des soins et une surveillance de l'état de santé.

Un parcours comprendra les étapes préhospitalières telles que la consultation chez un spécialiste, l'admission, la prise en charge complète et les étapes de la post hospitalisation définissant les modalités de la coordination ville hôpital dans la prise en charge ou vers un autre établissement médico-social, de long séjour, de SMR, le domicile.

In fine, ce parcours sera évalué. La certification V2023 a mis en place la méthode du parcours traceur qui consiste à mesurer le degré de coordination de la prise en charge des patients afin d'évaluer la continuité des soins, la qualité et la sécurité de l'arrivée du patient jusqu'à sa sortie de l'hôpital. L'objectif est de s'assurer que cette sortie soit sécurisée. Le manuel de certification précise qu'il est fondamental qu'il existe une coordination effective entre les différents acteurs pluriprofessionnels et pluridisciplinaires du cercle de soins, du territoire pour garantir une prise en charge efficiente sur l'ensemble du parcours de soins. Un parcours fluide et sans rupture. Pour ce faire, il est plus que nécessaire d'organiser l'articulation via des coopérations et la coordination territoriale entre les acteurs intervenant dans la prise en charge et l'accompagnement de la personne âgée.

3.2 - De la coopération à la coordination : vers une logique inclusive des acteurs ?

La coopération et la coordination sont des termes qui sont parfois usités sans trop de distinction avec une possible interprétation que la coopération soit source de coordination. Or, si nous reprenons distinctement les définitions du Larousse la coopération est le fait « de coopérer, de participer à une œuvre commune, de mener une collaboration ». La coordination quant à elle est « *l'action de coordonner, d'harmonisation d'activités diverses dans un souci d'efficacité* »

La coopération nécessite de mobiliser les compétences des acteurs pour participer à un projet commun, pour atteindre ensemble un objectif. « C'est un accord, établi dans une perspective de longue durée, impliquant une interaction entre membres d'organisations indépendantes qui combinent ou mettent en commun des actifs matériels et/ou immatériels afin de réaliser l'objet de l'accord et d'atteindre des objectifs communs et individuels. » (Ingham, 2015, p.56). De surcroît, coopérer nécessitera de faire connaissance, de s'approprier, de se faire confiance et de bien identifier les rôles, les missions et les compétences de chacun des acteurs dans une perspective de mise en commun des ressources et surtout sans suprématie des acteurs.

La coopération renvoie à la notion de « *licence et de mandat* » qui selon Hughes clarifient la division morale du travail entre les différentes professions et consiste à déléguer « *le sale boulot* » à *d'autres catégories moins prestigieuses*. Cependant, dans le cadre des coopérations, il s'agit ici d'un « *ordre négocié* » tel que A. Strauss le décrit permettant des arrangements entre professionnels et les usagers (Osty, 2006) dans une forme d'alliance sociologique et d'une culture commune à développer. Comme le souligne Norbert Alter « le problème des organisations ne consiste pas uniquement à mobiliser les salariés mais à tirer parti de leur volonté de donner ». (Alter 2006, p.149). En effet, la coopération est caractérisée par des échanges sociaux et est par conséquent « *un phénomène social* » (Alter 2006) puisqu'elle contribue à la socialisation des acteurs entre eux incluant des croyances, des présupposés, des stratégies d'alliance et de mésalliance, associant les affinités, les dimensions affectives et cognitives permettant de construire des liens, de développer la confiance et de donner du sens aux missions à réaliser ensemble. Coopérer c'est donc le « don contre don », c'est à dire être dans une « *réciprocité mutuelle et élargie* » (Alter 2006). Chacun a ses organisations et ses missions respectives, la théorie du gagnant-gagnant est ici salvatrice pour les patients, puisqu'elle assure un équilibre, loin d'être parfait, dans le processus coopératif.

Par ailleurs, Selon Marc Ingham (2015), la coopération s'apparente à un processus dynamique qui mobilise les apprentissages des acteurs du fait de leurs interactions entre eux car ils ont un objectif commun. Les professionnels concernés apprennent d'eux-mêmes et des autres car ils potentialisent leurs expériences à travers leurs réussites et leurs erreurs.

Quant à la coordination, elle consiste à orchestrer et à harmoniser les tâches, les missions de chacun, les coopérations dans le but de créer une cohérence, une fluidité dans la prise en charge et l'accompagnement. Selon Donabédian cité dans le lexique des parcours de A à Z, la coordination dans le champ sanitaire et médico-social, « *est un processus par lequel les éléments et les relations de soin sont en cohérence ensemble dans une conception vue de manière globale.* »

Contrandriopoulos distingue trois niveaux de coordination (Griesser, 2010) :

- La coordination séquentielle qui correspond à une succession d'actions.
- La coordination réciproque est mise en œuvre quand plusieurs professionnels agissent pour soigner (exemple de l'urgence)
- La coordination collective est le niveau le plus abouti puisque les professionnels de différentes structures et disciplines s'associent et décident ensemble notamment dans le cas de prise en charge complexe.

La coordination requiert un décloisonnement pour favoriser l'articulation requise pour mettre en œuvre le parcours de la personne âgée. C'est la synchronisation des temps et des actions des acteurs du sanitaire, du médico-social et des collectivités territoriales. Elle nécessite d'être orchestrée et structurée par un management stratégique et organisationnel. La coordination ne s'invente pas. Elle se construit grâce au parcours choisi, retenu pour la personne âgée. Elle nécessite de préparer les acteurs aux enjeux de la coordination et d'accompagner les équipes aux mutations à venir tant sur le plan des organisations que sur le plan de la formation, des compétences et des qualifications.

Selon Mintzberg cité par MA. Bloch et L. Hénaut (2014), les structures de coordination s'apparentent à « *des adhocraties* » car elles demandent d'articuler de nombreuses compétences transversales, pluridisciplinaires pour réaliser les missions qui leurs sont confiées. Elles innovent et ont une certaine forme d'agilité organisationnelle et communicationnelle nécessaire pour s'adapter perpétuellement à l'environnement d'un monde Volatile, Incertain, Complexe et Ambigu (VICA). Ainsi la coordination s'oppose à la bureaucratie car elle nécessite l'autonomie des acteurs dans la régulation des ajustements interprofessionnels permanents pour un intérêt collectif. La notion de collectif revêt une place capitale pour œuvrer vers un objectif commun porteur de sens pour l'accompagnement des personnes âgées et tendre vers un projet de soins médico-soignant partagé. Le management doit être souple car l'adaptation est la clé de voûte de la réussite de ce processus. De nombreux dispositifs et outils existent. Ceux-ci doivent être connus pour être mobilisés par les professionnels du monde sanitaire, médico-social et social pour non seulement avoir des solutions d'aval mais aussi pour sécuriser les parcours des personnes âgées sur le chemin de la sortie. Ainsi, la HAS recommande vivement d'organiser les parcours par une anticipation de la part des professionnels en lien avec les risques liés à la pathologie et la prévention requise, la participation du patient et de ses proches et une analyse des risques inhérents au parcours qu'ils soient techniques, organisationnels et médicaux (Bréchat et Al, 2023).

3.3 - La structuration du parcours des personnes âgées nécessite la connaissance par les professionnels des dispositifs et outils de coordination et de communication existants

3.3.1 - Les dispositifs au service des personnes âgées

Le dispositif PAERPA jusqu'alors en expérimentation pour les personnes âgées de plus de 75 ans en risque de perte d'autonomie pour raison médicale et/ou sociale a été généralisé dans le Pacte Territoire Santé 2 ». Il doit partir des besoins de la personne et de ses aidants. « Cette action est rendue possible en agissant en amont de la perte d'autonomie par un repérage des quatre principaux facteurs d'hospitalisation évitables (dépression, chute, problèmes liés aux médicaments) et en optimisant la coordination des professionnels (sanitaires, sociaux et médico-sociaux) autour de la personne âgée » (2022). Le PAERPA a permis de mettre en œuvre les plans personnalisés de santé pour les PA grâce au Répertoire Opérationnel des Ressources (ROR), le Dossier Médical Partagé (DMP), la télémédecine, le système d'information parcours pour permettre les échanges.

Le Programme de Retour A Domicile (PRADO)

Il contribue également à sécuriser le retour à domicile des aînés. L'équipe médicale du service d'accueil renseigne une grille en lien avec la ou les pathologies responsables de l'hospitalisation. Le PRADO doit permettre de rendre visible son impact sur l'hospitalisation de la PA et de mesurer les délais d'intervention dans une optique de fluidifier et sécuriser le parcours. Le logiciel trajectoire propose le PRADO permettant ainsi aux équipes de suivre les étapes pour la chirurgie, l'insuffisance cardiaque, l'accident vasculaire cérébral et les personnes âgées.

Le programme de Récupération Améliorée après la Chirurgie (RAAC)

La RAAC permet d'organiser le parcours des patients chirurgicaux en leur proposant un ensemble de mesures pré, per et post chirurgie visant à réduire le stress de l'intervention. Il nécessite une organisation des soins pluriprofessionnelle y compris avec les professionnels de la ville pour anticiper et sécuriser la sortie du patient tout en conservant leur autonomie.

Le Dispositif d'Appui à la Coordination (DAC)

Les DAC sont créés par la loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé pour apporter une réponse à l'augmentation des pathologies chroniques et au vieillissement de la population, et de simplifier et améliorer la coordination des parcours de santé ressentis comme étant complexes. Ils ont regroupé les Méthodes d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie (MAIA) et les réseaux de santé afin d'éviter des chevauchements entre les dispositifs et de mieux structurer l'accompagnement des PA. Ils apportent des réponses adaptées et coordonnées aux professionnels des établissements de santé, aux libéraux et aux aidants

pour permettre d'optimiser et de sécuriser les parcours et d'autant plus quand ils sont médicalement et socialement complexes. Ils contribuent à la structuration des parcours.

Le DAC est un expert des parcours et vient en appui, en aide. Il répond aux demandes de prise en charge médicale et/ou médico-sociale et ce, quel que soit l'âge, la pathologie, sans critères d'exclusion.

Le DAC est donc un dispositif à connaître, à solliciter par les acteurs hospitaliers dans le respect du territoire de coordination. Il s'appuie sur des critères objectifs pour mobiliser les ressources territoriales à savoir la rapidité de la prise en charge et adaptée aux besoins, la proximité géographique.

Les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS)

Leur objectif est de décloisonner les soins et de les articuler pour et autour du patient grâce à un collectif de professionnels de soins primaires, de premier et second recours de la ville, de l'hôpital, et du secteur médico-social, public et privé qui se coordonnent et se structurent pour fluidifier le parcours du patient.

Le rôle d'une CPTS est d'exercer une responsabilité populationnelle partagée en intervenant en proximité et en complémentarité sur le territoire pour apporter des réponses aux besoins et attentes de la population. Suite au diagnostic territorial partagé, chaque CPTS formalise avec leurs partenaires un projet territorial de santé (PTS). Ce PTS prend en compte les projets des acteurs territoriaux (projet médico-soignant du GHT, projets d'établissement, les contrats locaux de santé...). Il décrit les modalités d'amélioration de l'accès aux soins, de la coordination des parcours de soin (dépistage, prévention, soins de proximité et non programmés et soins spécialisés) ainsi que l'organisation et les modalités de coopération interprofessionnelle. Leurs missions sont de :

- Garantir aux usagers du territoire un accès à un médecin traitant
- Obtenir un rendez-vous pour répondre dans la journée aux besoins de soins non programmés
- Accéder aux consultations de spécialistes dans un délai acceptable et adapté à la situation de santé de la personne
- Anticiper et préparer une hospitalisation et/ou préparer la sortie du patient de l'hôpital afin de mieux organiser et coordonner les besoins en soins et de sécuriser le retour à domicile.
- Favoriser le maintien à domicile des personnes âgées fragiles, vulnérables et/ou polypathologiques.

Ces dispositifs existants doivent être connus et mobilisés pertinemment par les équipes soignantes (IDE, médecins). Pour ce faire il est d'autant plus crucial d'utiliser les outils existants qui permettront d'optimiser la communication pour renforcer la coordination entre les acteurs.

3.3.2 - Les outils de coordination et de communication entre les différents partenaires du cercle de soin des personnes âgées

Les conventions de coopération

Ces conventions doivent intégrer les missions des acteurs engagés réciproquement dans la coopération voire le partenariat « *afin d'optimiser les conditions d'accueil et de transfert du patient* » (Aissou 2020). La convention décrit précisément les actions opérationnelles des différents protagonistes concernés. Elle permet ainsi de clarifier les responsabilités de chaque partie prenante pour construire un parcours de soin cohérent, fluide et sécurisé. Elle mentionne également les modalités de facturation, de rémunération et d'évaluation du dispositif par les usagers.

Le Dossier Patient Informatisé (DPI) et « Mon espace santé »

C'est un véritable outil de partage d'informations, de communication, de coordination entre les professionnels de santé pluridisciplinaires et de traçabilité pour ainsi garantir une qualité de prise en charge et de continuité des soins. L'article R.1112-2 du code de la santé publique, précise que le dossier patient doit comporter : « les informations recueillies lors de consultations, lors d'un passage aux urgences ou d'une admission dans un service, la lettre du médecin traitant, la lettre de liaison à la sortie du patient, la prescription et les modalités de sortie... »

Selon l'article R 4311-3 du décret du 29 juillet 2004 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier, « l'infirmier est chargé de la conception, de l'utilisation et de la gestion du dossier de soins infirmier ». Ce dossier de soins doit être accessible aux professionnels de santé du cercle de soins de la personne âgée afin de garantir la continuité la qualité et la sécurité de la prise en charge.

« *Mon espace santé* », espace numérique de santé, a remplacé depuis janvier 2022 le Dossier Médical Partagé (DMP). Cet espace numérique devrait simplifier le parcours de soin des usagers. Il favorise le partage des données de santé entre professionnels et peut être implémentée également par le patient (résultats d'examens, compte rendu d'hospitalisation...) Ainsi après autorisation, les professionnels peuvent avoir accès aux informations nécessaires à la prise charge des PA. De plus, Mon espace santé permet d'accéder à une messagerie sécurisée et confidentielle, et ainsi de dialoguer entre professionnels. Toutefois, nous pouvons nous interroger sur son effectivité et notamment sur son utilisation par les personnes âgées parfois peu rompues à l'utilisation du numérique.

Un outil d'évaluation du patient : exemple de la grille AGGIR

La grille AGGIR (Autonomie Gérontologique et Groupe Iso Ressources) permet d'évaluer le niveau de perte d'autonomie d'une personne âgée. Un GIR (Groupe iso ressources) est déterminé afin de mesurer les besoins de la personne âgée en lien avec sa dépendance. Il existe 6 GIR de 1 à 6. Le GIR 1 est attribué à une personne âgée très dépendante physiquement et/ou avec des troubles cognitifs et le GIR 6 à une personne autonome dans

les actes de la vie quotidienne. Le GIR permet d'obtenir l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) et le plan d'aide est ainsi élaboré au plus près des besoins de la personne âgée.

Le plan Personnalisé de Santé (PPS)

Selon la HAS³, le PPS est un plan d'actions élaboré après une évaluation par et avec l'équipe pluriprofessionnelle. Les problèmes identifiés sont classés par priorité grâce à la liste proposée dans le questionnaire d'aide à la décision pour déclencher un PPS chez des patients de plus de 75 ans. Les besoins des personnes âgées et de leurs aidants sont pris en compte pour répondre pertinemment à la demande. Le référent du PPS est légitimement le médecin traitant ou un professionnel de proximité ou d'un DAC.

Le Formulaire d'Analyse Multidimensionnelle et d'Orientation (FAMO)

Document unique et standardisé, Il est utilisable par l'ensemble des acteurs du sanitaire et du médico-social. Il permet d'identifier les besoins de la PA en perte d'autonomie et d'apporter des réponses pertinentes. Le FAMO est un document de partage d'informations pour simplifier le parcours et éviter des ruptures de l'accompagnement. Une partie du formulaire est à renseigner par le professionnel émetteur et une partie par le professionnel récepteur.

La check list HAS

Depuis 2015 la HAS a mis en place une « check-list » de sortie d'hospitalisation supérieure à 24 heures considérée comme un élément précieux de liaison afin d'accompagner les professionnels dans la bonne mise en œuvre de la sortie du patient. Elle comporte trois thématiques majeures à savoir le repérage des facteurs de risque de ré hospitalisation, l'information du patient et des équipes de soins primaires dont le médecin traitant pour assurer la continuité des soins (fiche de liaison paramédicale, programmation de la consultation à venir, médecin traitant contacté...) et une organisation de la sortie adaptée et communiquée à la personne (prescriptions, résultats d'examen, transport réservé...)

Les staffs

Ils sont organisés en inter pluridisciplinarité idéalement entre les acteurs parties prenantes de la prise en charge des PA pour échanger et réfléchir ensemble sur les perspectives d'accompagnement et prendre des décisions collégiales quant à l'orientation et le devenir des PA. Le staff permet d'avoir des regards croisés sur les situations par l'équipe pluriprofessionnelle. Il permet de créer des liens entre les professionnels pour faciliter la coopération et la coordination des parcours des PA

La télésanté

Elle a été définie précisément par la loi HPST du 21 juillet 2009 comme une pratique médicale à distance (Safon, IRDES 2021). Cinq types d'actes existent à savoir : la

³ Mode d'emploi du plan personnalisé de santé (pps) pour les personnes à risque de perte d'autonomie (paerpa), mars 2014

téléconsultation, la télé-expertise ; la télésurveillance médicale, la téléassistance médicale et la régulation médicale. La télésanté facilite la prise en charge des patients atteints de pathologies chroniques, âgées, fragiles et vulnérables vivant dans un territoire caractérisé par un manque de médecins pour ainsi assurer la continuité la qualité et la sécurité des soins. Elle favorise la communication entre les professionnels et donc la coordination. Elle contribue également à maintenir les PA au domicile et à éviter des hospitalisations inutiles.

La messagerie sécurisée

L'interopérabilité des systèmes d'information, nécessaire aux partages d'information et à la continuité des soins, s'avère complexe techniquement et onéreuse tant les logiciels métier sont différents au sein d'un GHT. Ainsi, pour favoriser les échanges et le partage de documents relatifs à la prise en charge des patients entre les professionnels du cercle de soins des patients, la messagerie sécurisée semble être une réponse adaptée et facilitante pour pallier le manque d'interopérabilité. Cette messagerie sécurisée nécessite que les professionnels respectent les usages et les procédures internes pour sécuriser les données conformément au Règlement Générale de Protection des Données.

La mobilisation de plusieurs de ces outils cités supra est indispensable en matière de coordination et de coopération. Ainsi, le déploiement des compétences des professionnels paramédicaux semble plus que nécessaire pour sécuriser et éviter les ruptures de parcours des PA.

3.4 - Des compétences plurielles en interdépendance pour une meilleure coordination et vers le déploiement de nouveaux métiers

La coopération et la coordination entre les acteurs de la ville, du médico-social sont empreints de complexité car marquées par des logiques de fonctionnement et organisationnelles très différentes requérant de ce fait pour les acteurs concernés de posséder des compétences polymorphes et ajustables à la fois :

- Cliniques et techniques relatives au métier, à la connaissance, aux savoirs à mobiliser en situation en ayant une vision holistique de la prise en soins
- Communicationnelles permettant de travailler en équipe pluri et interprofessionnelle, de tisser des liens précieux, créer du réseau pour que la coordination soit facilitée.
- Relationnelles favorisant l'écoute des besoins des PA, de leurs familles et/ou aidants et des équipes interdisciplinaires
- Organisationnelles pour mettre en œuvre le processus parcours autant que faire se peut sans aléas.
- Managériales pour orchestrer l'ensemble des acteurs et articuler leurs actions à des temporalités et logiques différentes, gérer les quiproquos, voire les conflits.

La coopération nécessite de mobiliser les compétences des acteurs pour participer à un projet commun, pour atteindre ensemble un objectif. La coordination quant à elle nécessite

un niveau de complexité plus élevée puisqu'il s'agit d'organiser et de trouver une harmonie entre les différentes logiques des secteurs de soins et des professionnels pour avoir une cohérence dans la prise en soins du patient et sécuriser le dispositif parcours. La performance recherchée en termes de parcours des PA engage la responsabilité situationnelle des professionnels.

Pour Zarifian (2004), évoquer des situations de travail est bien plus pertinent pour identifier les compétences car une situation est un contexte..., des repères, des ressources, des problèmes à affronter et un résultat à atteindre par rapport à un enjeu, enfin une prise d'initiative pour résoudre les problématiques rencontrées et obtenir des résultats probants. Par conséquent, la coordination invite fortement à sortir de la logique du poste occupé et « faire en sorte que le travail soit réabsorbé par l'individu qui le réalise... c'est le basculement vers le modèle de la compétence » (Zarifian 2004). En effet, la compétence s'exprime quand l'autonomie, l'initiative et la responsabilité, le pouvoir de coopération et la rigueur exigée s'articulent pour que le professionnel puisse « jouer un rôle » dans des configurations complexes et multidimensionnelles.

Dans le référentiel des compétences des étudiants en soins infirmiers « Coopérer au sein d'une équipe pluriprofessionnelle dans un souci d'optimisation de la prise en charge sanitaire et médico-sociale » est une compétence à développer dans le cadre de la formation initiale. Il en est de même pour le référentiel de compétences des aides-soignants (AS) qui mentionne que l'AS doit coopérer au sein d'une équipe pluriprofessionnelle.

Face à cette exigence de mobiliser des savoirs en action, la coordination nécessite des habiletés, des compétences avérées. De ce fait, des transferts de compétences, de délégation de tâches entre professionnels sont souhaités, de nouveaux métiers voient le jour tels que les coordonnateurs de parcours, les IPA, les case manager, et ce pour améliorer la sécurité, la pertinence et la qualité de la prise en charge des patients.

A titre d'exemple et selon le ministère de la santé et de la prévention, la fiche métier du coordinateur de parcours en santé précise qu'il doit « établir, organiser et gérer des liens permettant l'optimisation de la prise en charge sanitaire, sociale et médico-sociale d'une personne dans un parcours de soins ». Pour ce faire, des savoirs -faire sont requis tels que « argumenter et convaincre un ou plusieurs interlocuteurs, construire, adapter des outils et des méthodes... ». Les compétences individuelles deviennent collectives grâce aux rencontres formelles, informelles, et aux partages permettant d'apprendre des autres, de leurs pratiques. Ces compétences sont interdépendantes les unes des autres pour se coordonner pour le bénéfice du patient âgé, de sa famille mais aussi des professionnels qui tirent une satisfaction de leurs actions et d'autant plus quand celles-ci sont utiles et ont du sens. L'hôpital devient ainsi une organisation apprenante favorisant l'apprentissage individuel et collectif des professionnels « dans la perspective d'une vision globale de développement de l'organisation » (Belet, 2003) requérant une politique et une stratégie

managériale bien établies pour impulser la dynamique de coordination et donc des parcours de soins, de santé.

Il sera donc nécessaire d'inciter les professionnels à développer leurs compétences comportementales, leur potentiel favorisant un climat de confiance inter-organisationnel pour créer cette dynamique collaborative au service des PA. Le déploiement de nouveaux métiers est prégnant et ne peut que consolider les pratiques et les organisations en prenant en compte les évolutions du système santé, ses composantes et ses contraintes.

3.5 - Le rôle du directeur des soins dans la structuration du parcours de soins des PA : une stratégie protéiforme

Le DS doit avoir une vision prospective et stratégique de son environnement. De ce fait, il doit s'enquérir des grandes orientations du PRS, document stratégique qui pose le cadre de la politique de santé à mener sur le territoire. Il doit connaître les caractéristiques de la population du territoire dans lequel l'établissement, le GHT est ancré afin de pouvoir avec l'équipe de direction et le PCME proposer et/ou repenser l'offre de soins, être pro-actifs et innovants en tenant compte des évolutions démographiques, sociales, environnementales et financières. La notion de responsabilité populationnelle s'ancre dans les axes stratégiques, puisque comme le souligne la FHF (2022), « elle s'appuie sur ce qui relie tous les professionnels de santé : une responsabilité partagée face à leurs patients et leurs populations... ». Ce nouveau paradigme renvoie à une vision holistique et coopérative de l'ensemble des acteurs du territoire.

Par conséquent, le DS doit accompagner les équipes de cadres à une ouverture de l'hôpital vers l'extérieur, à se déshospitalo-centrer pour travailler davantage avec les partenaires territoriaux, des professionnels de la ville, les CPTS, les DAC, les collectivités territoriales et le secteur médico-social. En tant qu'acteur stratégique étant donné ses fonctions et responsabilités, il doit réaliser un diagnostic stratégique avec les membres de la direction et le PCME. En effet, cet outil est incontournable pour appréhender les projets à corréliser avec justesse avec les réels besoins de la population du bassin de vie en mesurant les forces et les opportunités territoriales mais aussi, les menaces et les faiblesses pour s'en prémunir et ainsi pour ne pas subir et être dans une dynamique de renforcement de la coordination territoriale. Dans une approche intégrative, ce diagnostic doit être partagé par tous pour unir les forces et proposer une offre de soins diversifiée et complémentaire. Le DS contribue au maillage territorial en ayant une vision transversale et de réseau. Son rôle est aussi de rencontrer les acteurs, de connaître leurs champs d'actions et de compétences pour structurer et organiser les parcours de santé des PA. Il est aussi « *un champion organisationnel* » (Bloch et Hénault, 2014). Il doit se donner les moyens de créer des collaborations partenariales effectives sur le territoire pour améliorer la prise en charge des PA et ainsi favoriser le retour à domicile. Le DS est responsable des usagers au sein de l'établissement mais aussi de leurs conditions de sortie pour sécuriser le retour à domicile

et ce quand bien même le retour à domicile n'est pas toujours envisageable en première intention. La notion d'acteur stratégique prend ici tout son sens permettant la négociation entre les acteurs et la déclinaison des actions. Le DS doit avoir du « leadership ». C'est un « manager-leader » (Belet, 2003) qui explique la stratégie de l'organisation à déployer et donne du sens à l'action pour développer un environnement capacitant favorable aux innovations, à la créativité et à l'autonomie pour organiser les parcours.

Par conséquent, pour être un acteur stratégique, le DS doit :

Analyser l'environnement et les systèmes d'acteurs publics et privés et les besoins des PA et de leurs familles.

- Décliner la stratégie territoriale en collaboration avec les membres de la direction et le PCME au sein de l'établissement pour :
- Développer une communication stratégique
- Fixer des objectifs aux équipes de cadres et aux acteurs extérieurs dans le cadre des réunions au sein de l'établissement mais aussi des conventions de coopération avec les partenaires
- Traduire les objectifs stratégiques en plans d'actions opérationnels car le DS doit impulser la formalisation des parcours et les faire vivre auprès des cadres.
- Accompagner les cadres dans les changements organisationnels et les apprentissages pour améliorer la performance des parcours des PA

En effet, le DS président de la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques (CSIRMT) contribue à la construction et à la mise en œuvre de la politique et des grands axes de la stratégie de l'établissement. Il corédige avec le PCME le projet médico-soignant partagé qui déclinera la stratégie en actions et mesures opérationnelles en cohérence avec le projet pour faire vivre sur le territoire du GHT la politique de soins répondant aux besoins des usagers.

Dans le cadre des parcours des soins des PA et au regard des éléments cités supra, le DS définit clairement la politique de soins qu'il souhaite impulser et que les équipes de cadres mettront en place concrètement et opérationnellement, puisqu'il « coordonne l'organisation et la mise en œuvre des activités de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques et en assure l'animation et l'encadrement. Il organise, contrôle et évalue la mise en œuvre par les cadres de santé de la politique des soins de l'établissement »⁴. Ce positionnement du DS requiert de sa part d'organiser et de répartir les ressources humaines, matérielles et financières pour construire des organisations de soins dans une logique de parcours et dispenser et sécuriser les prises en soins avec professionnalisme et une éthique professionnelle. Dans le cadre de la GPEC, il identifie les compétences requises à développer à renforcer pour une meilleure coordination des parcours.

⁴ Décret n°2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière

Le DS doit sensibiliser et acculturer les cadres à ces logiques de parcours et surtout à cette ouverture de l'hôpital pour aller à la rencontre des partenaires afin d'être véritablement dans une dynamique de coopération et de coordination territoriale indispensable pour mieux gérer l'amont et l'aval des hospitalisations. L'accompagnement des professionnels vers ce paradigme domiciliaire est certes un changement culturel, mais empreint de sens et de respect du choix des PA de vivre et de mourir au domicile et non à l'hôpital. Par conséquent, le DS doit mesurer les enjeux de la communication stratégique⁵. Il donnera le sens de la direction dans les activités collectives à mener en précisant les objectifs. Il met les actions de communication au service de l'activité d'encadrement pour mobiliser les cadres pour entériner sa « *légitimité rationnelle légale* » et ainsi promouvoir et valoriser les parcours avec une vision territoriale en faveur de la promotion de la santé. La sortie de l'hôpital doit donc être sécurisée c'est-à-dire anticipée dès l'entrée du patient et préparée. La coordination entre les acteurs et les dispositifs doit être effective pour éviter des ruptures de parcours et des ré-hospitalisations.

4 - L'ENQUETE DE TERRAIN ET L'ANALYSE

Dans un premier temps, nous présenterons la méthodologie suivie pour mener l'enquête de terrain afin de confirmer ou infirmer les hypothèses et de répondre à la question de recherche. Puis dans un second temps, nous exposerons l'analyse des entretiens.

4.1 - Méthodologie de l'enquête

4.1.1 - Objectif de l'enquête

L'objectif était de repérer en quoi le directeur des soins est un acteur stratégique dans la structuration des parcours de soins fluides sans rupture pour sécuriser le retour à domicile des personnes âgées au domicile. A partir des trois hypothèses formulées, nous souhaitons identifier les éléments favorisant la structuration des parcours des soins des PA.

Par conséquent, nous avons cherché à savoir :

- Si la politique de soins du directeur des soins est construite, formalisée en collaboration avec le PCME et si elle effective sur l'établissement et auprès de l'encadrement.
- Si le DS a connaissance du PRS et si un diagnostic territorial a été élaboré et partagé entre les acteurs, quel est le rôle stratégique du DS, quels sont les leviers

⁵ Les 5 enjeux de la communication stratégique (communication organisationnelle, managériale, institutionnelle, promotionnelle et éducative) : intervention EHESP de Mr Bertrand Parent dans le cadre de l'UE 9 : communication stratégique des organisations sanitaire et médico-sociale

dont il dispose pour structurer les parcours, quels sont les enjeux et les freins auxquels il est confronté.

- Comment cette politique est déclinée auprès de l'encadrement et le rôle des cadres dans l'organisation des parcours pour leur fluidité et leur sécurité optimale.
- Quels sont les outils et les dispositifs de coordination déclinés, connus et utilisés par les équipes de cadres dans une dynamique pluriprofessionnelle de coopération et de coordination avec une ouverture de l'hôpital vers l'extérieur.
- Enfin, quelles sont les compétences requises des paramédicaux en matière de coordination pour favoriser une optimisation et la sécurisation des conditions de retour à domicile des PA, s'il y a une plus-value à créer des « nouveaux métiers » tels que par exemple les coordonnateurs de parcours, et ce sur les deux établissements enquêtés.

4.1.2 - L'outil d'enquête

Afin de recueillir des données descriptives se centrant sur l'expérience, l'interprétation et les propos des professionnels concernés par la coordination des parcours des PA, nous avons fait le choix de réaliser une enquête qualitative à partir d'entretiens semi-directifs. Les grilles d'entretien (annexe I) ont été construites avec 3 grandes thématiques (la politique des soins, les outils et dispositifs de coordination, les compétences requises des professionnels) avec des questions et sous questions permettant les relances, l'apport de précisions, et en miroir, c'est-à-dire à l'identique, avec toutefois quelques légères nuances dans les sous questions en fonction des catégories professionnelles interviewées afin de croiser les éléments de réponse et de les confronter aux concepts retenus.

Avant de commencer les entretiens, nous avons testé le guide auprès d'un directeur des soins, ce qui nous a permis d'ajuster quelques questions et d'en vérifier la pertinence.

Lors de la programmation des entretiens, nous avons pris le soin d'expliquer le déroulement de l'entretien, la durée (1heure) et avons garanti l'anonymat afin d'instaurer un climat de confiance. Les entretiens se sont déroulés par téléphone ou par visioconférence compte tenu des contraintes géographiques et temporelles. Nous avons obtenu l'accord des interviewés pour enregistrer les entretiens afin d'assurer une exhaustivité des propos recueillis.

4.1.3 - Le choix des deux établissements

Nous avons fait le choix de nous diriger vers deux CHU sur des territoires avec une population vieillissante : Un CHU A et un CHU B ayant une politique institutionnelle en faveur des parcours des PA avec une filière gériatrique et des parcours organisés. L'objectif était d'identifier le rôle stratégique du directeur des soins dans la structuration des parcours au sein d'un CHU rythmé par la DMS, la gestion des flux et l'accueil aux urgences des PA dans un contexte aigu et en tension.

4.1.4 - La population enquêtée

Un entretien exploratoire a été mené auprès d'une directrice de DAC pour étayer notre constat de départ car nous ne possédions pas de données probantes pour l'objectiver. En ce qui concerne l'enquête, nous avons fait le choix de réaliser des entretiens semi-directifs pour recueillir une diversité d'opinions sur les deux CHU afin d'enrichir les données mais aussi de se laisser étonner par les propos recueillis, de demander d'explicitier pour faire émerger des pistes de réflexion et de travail. Puis onze entretiens ont été réalisés de mai à début juillet auprès de professionnels dont le profil est présenté dans le tableau ci-dessous. Les entretiens des cadres ont été agrémentés par la lecture de parcours formalisés sur le CHU B. (annexe II).

Sur chaque CHU : un CGS, deux cadres de santé un en médecine et un en chirurgie, un cadre supérieur dédié à l'organisation des parcours, le PCME. Pour le CHU B : un entretien a été réalisé auprès de la directrice des opérations (DOP) car le cadre supérieur, présente depuis moins d'un an n'avait pas tous les éléments en sa possession et nous a conseillé de la contacter. L'entretien avec la DOP a enrichi celui mené auprès du cadre supérieur.

CHU A	CGS	PCME	Cadre supérieur de santé	2 Cadres de santé
	De filière Infirmière. DS depuis 7 ans et CGS depuis 2 ans sur le même CHU	PH depuis 20 ans. A été chef de service en radiologie et pôle imagerie pendant 4 ans Référent médical du nouveau CHU à venir Depuis 3 ans PCME	De filière socio-éducative, cadre en services pendant 13 ans puis depuis 7 ans cadre supérieure chargée de mission parcours patient Pilote de la cellule de liaison et d'appui des séjours longs et complexes	1/ De filière préparatrice en pharmacie. Cadre depuis 6 ans en médecine interne et 2.5 ans en USLD et depuis 1 an en unité médico chirurgicale sur le même CHU 2/ De filière infirmière. Cadre depuis 13 ans sur le CHU en hématologie puis en ortho traumatologie puis depuis 4 ans en ortho gériatrie. Master 2 qualité : a travaillé sur l'évaluation du parcours de la filière ortho-gériatrique

CHU B	CGS	CME référent local	Cadre supérieur de santé	2 Cadres de santé	Directrice des opérations
	De filière infirmière, DS depuis 7 ans et CGS depuis son arrivée sur le CHU (5 mois)	Médecin interniste gériatre avec une formation complémentaire en oncologie PH depuis 23 ans	Issue de la filière infirmière, cadre 5 ans puis cadre supérieure depuis 15 ans. Expérience dans le médico-social Depuis moins d'un an chargée	1/ De filière infirmière. Faisant fonction cadre 2 ans en immunologie et médecine cardio et cadre depuis 4 ans : 2 ans en orthopédie et depuis 1 an en médecine interne et	Formation universitaire en affaires publiques DH depuis 4 ans DOP depuis 1 an

		Élue référente CMEL depuis 4 ans	de mission sur les parcours patients sur le CHU	consultation PASS et médecine sociale. 2/ De filière infirmière avec une expérience de 4 ans en SSR neuro et ortho. Cadre depuis 3 ans en chirurgie orthopédique	
--	--	----------------------------------	---	---	--

4.1.5 - Les limites de l'enquête

Compte tenu du faible échantillon de professionnels interviewés, celui-ci ne peut être représentatif. Par conséquent, les résultats présentent une tendance mais ne peuvent être généralisés. De plus, le fait de ne pas avoir pu réaliser des entretiens auprès des CPTS par non-réponse de leur part, l'enquête est restée hospitalocentrée, alors que la thématique traitée requiert de s'intéresser *de facto* à la coopération établie pour favoriser la prise en soins des PA pour organiser en toute sécurité leur retour à domicile. Par ailleurs, nous souhaitons recueillir des données quantitatives auprès du DIM de chaque CHU. L'objectif visé était d'obtenir des indicateurs ⁶permettant d'objectiver la pertinence de la politique de parcours. Seul un CHU a transmis quelques données mais qui n'ont pu être exploitées.

4.2 - L'analyse de l'enquête, Hypothèse 1 : Une politique de soins favorisant les parcours de soins des personnes âgées est construite et effective sur l'établissement

Nous avons analysé les entretiens par fonction puis nous avons croisé les propos des professionnels enquêtés afin de corroborer ou pas leur vision, leur réflexion, leurs propositions. Par ailleurs, nous avons fait le choix d'analyser les données recueillies par hypothèse.

4.2.1 - La connaissance du PRS et du diagnostic territorial : la clé de voûte pour mieux cerner les enjeux et les besoins de la population

De façon unanime, les entretiens de l'ensemble des professionnels enquêtés sur les deux établissements mettent en exergue une réelle politique de soins en faveur des parcours de soins des PA. Elle est déclinée à partir du projet institutionnel stratégique, du projet médical et déployée auprès des équipes d'encadrement. Cependant les deux CGS nous livrent qu'ils n'ont pas pris connaissance du PRS ni du diagnostic stratégique territorial mais ils connaissent les spécificités de leur territoire. Sur le territoire du CHU A, le nouveau PRS est en cours d'élaboration. Le CGS du CHU B cite : « *il y a eu un diagnostic stratégique réalisé par l'institution centrale avec une volonté de mailler sur le territoire pour notamment*

⁶ Taux des hospitalisations non programmées en médecine et en chirurgie des PA de plus de 65 ans et de plus de 75 ans, taux de recours aux urgences, nombre moyen de journées d'hospitalisation, taux de ré hospitalisation après une sortie à J7, taux de retour à domicile, taux de « *bed blockers* », taux de prise en charge par les DAC, les SSIAD, l'HAD...

répondre aux besoins des PA mais avec les établissements du groupement, il n'y a pas encore de vrai décloisonnement à cause de la concurrence sur le territoire, ni de partage du diagnostic avec d'autres partenaires. L'hôpital reste encore malheureusement très hospitalocentré avec peu de liens avec l'extérieur ». La connaissance du PRS et du diagnostic stratégique sont deux points cruciaux car ils permettent d'avoir une vision systémique et surtout de partager ce diagnostic territorial avec les autres acteurs du territoire pour faciliter le maillage, repérer et rencontrer les partenaires potentiels. Il est nécessaire d'analyser le territoire pour en connaître l'offre et s'accorder sur nos missions et champs d'actions respectifs afin de mener des actions concertées et orientées vers un même but : apporter une réponse aux besoins de la population. (Michon, F., Habib, E., Lussier, MD., 2022).

4.2.2 - Une politique de soins qui se décline à partir d'axes stratégiques nationaux, territoriaux et institutionnels pour mieux organiser et coordonner

Le CGS du CHU B précise que « la coordination territoriale est un projet institutionnel car le projet stratégique dans les années à venir est un transfert d'activités et un capacitaire à retrouver nécessitant de développer l'ambulatoire et le retour à domicile des PA ». Sur ce CHU B il existe une cellule parcours mais qui selon le CGS est encore trop centrée sur les flux, la DMS et le curatif, trois éléments certes cruciaux, mais insuffisants pour avoir une vision holistique pour mieux structurer et affiner les parcours aux besoins des PA. Ainsi, l'utilisation du terme parcours de soins semble plus approprié que le terme parcours de santé qui lui appréhende le parcours non pas uniquement dans une dimension curative, mais dans une dimension préventive et globale de la prise en charge et de l'accompagnement. (Aissou, 2020).

Le CHU A quant à lui, a une mission de coordination au niveau des lits et des parcours. Le CGS mentionne que l'ARS leur a confié cette mission pour avoir une visibilité sur le territoire. Les établissements du territoire partagent un tableau sur un Google drive pour la gestion des lits pour voir les disponibilités des lits sur l'ensemble du territoire pour jouer un rôle sur le parcours des PA en collaboration avec le public et le privé, au demeurant « *très utile pour gérer l'aval des établissements* ». Le CGS précise que le CHU A bénéficie de la mesure 5 du plan de refondation des urgences⁷ pour le déploiement de la coordination territoriale pour organiser le parcours avec les équipes médicale et paramédicale. Les deux CGS disent travailler de concert avec la direction et le PCME et le CMEL pour que la politique des soins réponde aux axes stratégiques, en adéquation avec le projet médical et qu'elle soit la plus opérationnelle possible car le constat d'une population vieillissante vulnérable de plus en plus complexe médicalement et socialement est partagé. Les CGS

⁷ Mesure 5 du pacte de refondation des urgences : Objectif : « **zéro passage par les urgences pour les personnes âgées.** »

mentionnent que cela nécessite une adaptabilité en termes d'offre de soins, de travailler avec les acteurs du territoire pour répondre aux besoins des patients. Ces propos entérinent la notion de responsabilité populationnelle à prendre en considération pour répondre ensemble aux besoins de la population. « *S'appuyant sur ce qui relie tous les professionnels de santé : une responsabilité partagée face à leurs patients et leurs populations...* » (FHF 2022). Les deux CGS sont convaincus que ce nouveau paradigme de responsabilité populationnelle est une « porte à ouvrir » pour se recentrer sur les véritables besoins des patients et surtout sur ceux des PA qui souhaitent rester et se faire soigner au domicile.

Le PCME et le CMEL interviewés confirment aussi qu'il existe une véritable politique institutionnelle et médico-soignante autour des parcours structurés des PA en lien direct avec l'aigu et le SMR. Le CMEL du CHU B précise qu'il existe des parcours orthopédiques pour le rachis, le membre supérieur et la fracture du col du fémur. Le SMR prend en charge les PA au-delà de 75 ans après une intervention du col du fémur avec des critères en lien avec leur lieu de vie. Par ailleurs, il existe des priorisations pour hospitaliser les PA au plus proche de leur lieu d'habitation. Le retour à domicile des PA est parfois très compliqué à organiser par manque de soutien et d'aides humaines et financières pour envisager un retour au domicile sécurisé. C'est la raison pour laquelle il est plus aisé de les transférer en SMR afin d'éviter des ré hospitalisations. Ces propos sont corroborés par le CGS du même CHU en mentionnant qu'il est beaucoup moins contraignant pour les professionnels en termes d'organisation de prévoir pour la PA un séjour en SMR quand bien même elle pourrait retourner au domicile pour les mêmes raisons évoquées supra par le CMEL.

Lors des entretiens, nous nous apercevons que cette politique est d'un niveau de maturité différent en fonction des connaissances du territoire et de ses enjeux par les professionnels hospitaliers, des liens créés avec les autres acteurs du territoire, de leurs contraintes respectives en ressources humaines et financières, de l'acculturation des équipes d'encadrement et des choix stratégiques du DS de missionner un cadre supérieur sur les parcours patients. Sur le CHU A, le cadre supérieur de filière socio-éducative, de par son expertise et son parcours professionnel a une vision bien plus précise des organisations, de la clinique et appréhende plus aisément dans ses missions la déclinaison de la politique de soins au-delà du flux et de la DMS. En revanche sur le CHU B, nous nous apercevons que le cadre supérieur, récemment arrivé a pour l'instant une vision très organisationnelle centrée uniquement sur le flux des patients. L'entretien mené avec la DOP sur ce CHU B confirme cette approche plus médico économique, certes très utile, mais insuffisante dans le cadre des parcours pour sécuriser le retour à domicile des PA.

Ces entretiens ont également mis en évidence que certains cadres et cadres supérieurs n'ont pas pris connaissance du projet de soins mais en entendent parler au quotidien lors des réunions d'encadrement. Des réunions sont donc organisées par le CGS et les cadres

supérieurs chargés de mission parcours patients avec les équipes d'encadrement pour expliquer les enjeux, évoquer les problématiques rencontrées, les actions correctives à mener avec les soignants pour fluidifier les parcours et encourager le RAD des PA.

Sur le CHU A un cadre précise qu'il y a une véritable politique de soins avec une réelle volonté de fluidifier et de sécuriser les parcours des PA. Elle cite : « *Il y a fort investissement du DS et des équipes pluriprofessionnelles avec prise en compte des aidants. « la politique de soins est pensée et réfléchi pour améliorer la coordination et la coopération ».* Le DS s'appuie sur les cadres supérieurs, il est un soutien pour structurer et organiser les parcours. « *Il donne le tempo » il y a un affichage de l'accompagnement des PA » l'enjeu est fort car la DMS est à diminuer mais surtout il faut sécuriser le domicile pour les PA aux parcours complexes. ».* Le DS évoque avec l'encadrement les difficultés rencontrées et les alternatives à envisager. Une réunion une fois par mois est organisée avec l'encadrement sur le thème des parcours ».

Sur le CHU B : un cadre mentionne qu'il y a une forte impulsion sur l'établissement de développer les parcours de soins avec des échanges en réunion avec le CGS car les chirurgiens ont sollicité la direction qui elle-même avait sollicité le DS sur les flux pour développer l'ambulatorio.

4.2.3 - De la filière vers la construction d'une logique de parcours : la volonté des acteurs d'y consacrer des moyens

Les filières gériatriques sont opérationnelles et ancrées dans la logique de parcours.

Sur les deux établissements des équipes mobiles gériatriques (EMG) ont été créés mais sur le CHU B, l'EMG n'intervient qu'en interne pour adapter la prise en charge conseiller et orienter les PA. En revanche, les liens avec les CPTS du territoire sont encore à l'état embryonnaire voire quasi inexistant. Il n'y a donc pas de projet territorial établi.

Les parcours et notamment ceux de chirurgie ont été structurés, organisés et formalisés et sont à disposition des professionnels. Le directeur d'établissement du CHU B a décidé de nommer un DOP pour accélérer le processus de structuration des parcours. Les deux CGS ont fait le choix de missionner un cadre supérieur de santé pour travailler sur l'organisation, la structuration des parcours pour plus de fluidité. Les cadres supérieurs font le lien avec les médecins chefs de pôle qui ont pour fil conducteur le projet médical impulsé par le PCME ou le CMEL.

Dans les discours des professionnels et dans les documents parcours patients formalisés nous percevons l'intégration de l'axe organisationnel et de l'axe clinique requis dans la construction des parcours prenant en compte les étapes de la prise en charge qualitative et sécuritaire des patients intégrant les bonnes pratiques soignantes. Les cadres évoquent que les parcours sont pensés dès l'entrée du patient. Un cadre du CHU B cite : « *A ce jour 5 parcours patients sont formalisés, structurés et opérationnels. J'y ai participé. Il existe un logigramme dès l'entrée, on sait quel est le chemin à suivre pour le patient jusqu'à la*

rééducation, le retour à domicile, la RAAC et la consultation à J45 qui est aussi programmée ».

Ces parcours ont été élaborés conjointement avec les équipes médico-soignantes, des binômes cadres/médecins. La DOP du CHU B citent : « *les parcours reposent sur le binôme cadres et médecins qui sont les chevilles ouvrières de la gestion au quotidien dès lors que la politique institutionnelle et médico-soignante sont prégnantes et ancrées, mais c'est le DOP avec le cadre supérieur au final qui aident à structurer les parcours en prenant en compte les problématiques soulevées de DMS, de flux, de manque de lits d'aval ».*

Les cadres et les médecins sont investis dans cette dynamique de parcours et revendiquent leur place. Ils ont un avis sur le sujet. Ils ont le souci constant de maintenir l'activité et font un retour de leurs expériences, des événements indésirables graves survenus et des réclamations de patients et/ou de leurs familles. Ces éléments rentrent dans l'évaluation du parcours qui permet ainsi d'apporter des mesures correctives. Toutefois, nous nous apercevons que les professionnels interviewés n'ont pas connaissance des taux de ré-hospitalisations des PA, du volume de passages aux urgences. La majorité d'entre eux nous livre que la connaissance de ces indicateurs serait utile pour mieux comprendre les difficultés, les intégrer pour mieux impulser la dynamique de parcours auprès des soignants.

A travers ces entretiens, nous pouvons retrouver quelques points décrits par Aissou et Al (2020) dans la structuration des parcours tels que la simplification des parcours, la réorganisations autour des parcours, leur sécurisation, leur fluidité en lien avec les flux, la DMS et une vision de l'aval, des parcours programmés dès l'entrée. Toutefois, certains points sont à améliorer tels que le partage des informations avec l'ensemble des acteurs extérieurs, l'approche n'est pas suffisamment transversale puisqu'elle ne mobilise pas toutes les ressources notamment celles des partenaires extérieurs et les patients ne sont pas intégrés dans le dispositif de structuration actuelle.

4.2.4 - Une vision des enjeux permettant de mieux structurer les parcours

L'ensemble des professionnels enquêtés se rejoignent sur le fait que les premiers enjeux de la structuration des parcours sont la continuité, la qualité et la sécurité de la prise en charge des PA pour éviter des retards de diagnostic, anticiper et favoriser leur retour à domicile. Structurer les parcours sécurise également les professionnels dans leurs pratiques et donc dans les responsabilités qui leur incombent.

Très rapidement dans les discours arrive la notion d'efficience afin de ne pas avoir d'afflux massif de PA aux urgences « *sur des brancards* » qui deviendront des « *bed blockers* », la question des flux est omniprésente. La CGS du CHU A cite : « *il est essentiel d'avoir le patient au bon lit au bon moment* ». La notion de performance est ici abordée mais au sens

large du terme car raisonner en DMS n'est pas optimal et semble réducteur pour les enquêtés.

Le PCME du CHU A rappelle l'importance de penser le parcours sans rupture d'où l'importance de le formaliser. Il évoque l'enjeu financier qui est fort pour l'hôpital public. Il cite : *« les enjeux de la médecine de ville , du médico-social et de l'hôpital sont différents, on n'est pas gagnant-gagnant car nous dans le public aux urgences on ne refuse personne, on essaie de réguler avec le SAS et on prend finalement que les patients qui doivent être hospitalisés, le privé prendra l'ambulatoire et nous nous n'avons pas la main car on ne peut pas fermer le robinet et certaines structures nous disent que les patients sont trop lourds comme l'HAD privée du territoire qui a des critères de plus en plus sélectifs même s'ils commencent à faire des efforts pour prendre les malades »*

Tous évoquent leurs besoins en lits d'aval car cela contribue à fluidifier le parcours. Le cadre supérieur du CHU A précise qu'il faut certes avoir des structures d'aval mais qu'il faut regarder aussi les conséquences sur l'amont. *« car une PA sortie trop rapidement de l'hôpital risque de repasser par la case des urgences » Il y a une pression forte des services pour sortir la PA de l'hôpital pour qu'elle ne soit pas « bed blocker » mais de ce fait les sorties ne sont pas totalement sécurisées et la chute se renouvelle et à nouveau la PA est hospitalisée avec un risque de ne pas retourner au domicile compte tenu de l'aggravation de son état qui initialement n'était pas si alarmant parfois ».*

4.3 - L'analyse de l'enquête, Hypothèse 2 : la structuration du parcours de soins repose sur la mise en place d'outils afin d'optimiser et de sécuriser les conditions de retour à domicile des personnes âgées

4.3.1 - Des outils utilisés avec une hétérogénéité dans la connaissance et la mobilisation des dispositifs de coordination existants

Les entretiens réalisés mettent en exergue qu'il existe bien évidemment des dispositifs et des outils que les cadres et les soignants utilisent pour favoriser la coopération et la coordination dans le cadre des parcours des PA. Cependant, au gré des entretiens, nous nous apercevons qu'il y a une hétérogénéité en fonction du CHU dans les connaissances de ceux-ci et par conséquent une absence de leur mobilisation pour favoriser les articulations entre les différents acteurs de la ville et de l'hôpital.

Sur le CHU A : il existe sur l'hôpital une cellule territoriale de parcours. Une IDE référente parcours et le cadre supérieur dédié aux parcours s'assurent au quotidien de la coordination quand les PA restent longtemps hospitalisées. Parfois le choix est fait de les orienter en Ehpad pour une courte durée le temps d'envisager le retour à domicile (RAD) définitif. L'IDE centralise toutes les informations et collabore avec les médecins pour prioriser les demandes lorsqu'il s'agit d'un parcours dit complexe. Des staffs pluridisciplinaires (médecins, kinésithérapeutes, IDE, cadres) sont organisés tous les matins en chirurgie. En

médecine, un staff médico-social avec une réflexion éthique est mis en place une fois par semaine pour préparer le retour à domicile des PA en tenant compte de leurs besoins et de ceux des aidants. Un cadre cite : « *les médecins sont très investis avec parfois aussi des demandes en SSR pour sécuriser avant le RAD* » « *le kiné est sollicité pour un vrai bilan* » « *les familles sont également sollicitées* » « *il y a aussi un vrai relais avec les assistantes sociales* ». Toutes ces informations sont tracées dans le DPI et des macrocibles sont rédigées. Un écrit est construit conjointement avec le médecin, l'assistante sociale et l'IDE indiquant l'évolution de l'état de santé de la PA, les problématiques rencontrées pour ainsi sécuriser le RAD. Ce document s'apparente à un PPS dans la description faite. Il existe aussi une check-list gérée par l'IDE de parcours qui reprend les items de la HAS pour assurer la continuité des soins (lettre de sortie, fiche de liaison paramédicale, programmation de la consultation à venir, médecin traitant contacté...) et une organisation de la sortie adaptée et communiquée à la personne (prescriptions, résultats d'examen, transport réservé...). La grille AGGIR est effectuée mais les cadres expriment la difficulté des équipes à renseigner ce document « *un peu compliqué* ».

Sur le CHU B nous retrouvons les staffs pluridisciplinaires mais ceux-ci semblent moins aboutis et moins ancrés dans une logique pluriprofessionnelle. Les chirurgiens réalisent des visites au lit du patient deux fois par semaine avec l'assistante sociale où le devenir de la PA est abordé. Le cadre dit ne pas pouvoir y assister par manque de temps « *je ne peux dédier ma journée complète à cette activité quand même* ». En médecine, des staffs ont lieu tous les matins avec les IDE, les cadres, les médecins mais les kinésithérapeutes et les assistantes sociales n'y sont pas conviés. Toutes les informations sont retranscrites dans le DPI. Une fiche de sortie existe également et comprend les critères exigés par la HAS. Elle est en cours de réajustement pour intégrer un résumé de sortie mentionnant le degré d'autonomie de la PA. La grille AGGIR est réalisée uniquement quand la PA part en Ehpad. En revanche sur les deux CHU les FAMO à renseigner pour les situations complexes ne sont pas utilisés. Les deux CGS, le PCME et le CMEL confirment les propos des cadres interviewés. Ils confirment l'importance de la transmission via les staffs cliniques pluridisciplinaires pour une prise en charge de qualité et sécurisée mais aussi notamment pour que l'activité médicale soit constante avec une bonne gestion des flux et des lits d'aval. Ils précisent qu'il existe des conventions avec des structures privées à but non lucratif et à but lucratif pour fluidifier les parcours.

Quant aux dispositifs de coordination tels que les DAC et les CPTS, ceux-ci ne sont pas tous connus ou peu et notamment par les cadres de santé du CHU B. « *je ne connais pas tous les dispositifs existants et c'est dommage, ça manque en effet* ». Sur le CHU A il existe une cartographie des dispositifs qui est en cours de finalisation pour permettre une meilleure orientation. Sur le CHU B, un groupe de travail a été mis en place récemment dans le but d'identifier les structures d'aval. Il est à préciser que quand bien même ces

dispositifs sont connus, ils ne sont pas tous mobilisés pour des raisons liées en partie au fonctionnement territorial, à la connaissance de leurs prérogatives et de leurs missions respectives, à la confiance des acteurs entre eux pour coopérer, premier stade nécessaire avant de se coordonner. La coopération nécessite de s'approprier, pour se faire confiance et de bien identifier les rôles, les missions et les compétences de chacun des acteurs dans une perspective de mise en commun des ressources.

Le CMEL du CHU B confirme qu'il est difficile de créer des liens avec la CPTS car elle est en cours de création et par conséquent, il n'y a aucune fluidité à ce jour. « *La CPTS est encore en plein balbutiement* » Pour le CHU A le PCME mentionne qu'il existe une CPTS mais il collabore énormément avec la maison médicale. Il cite : « *je m'entends très bien avec le directeur car il est médecin universitaire. C'est essentiel que je connaisse toutes les possibilités que peut offrir la maison médicale qui permet de mieux orienter les malades et de comprendre aussi la mutation de la médecine de ville* ».

Quant aux DAC ils sont sollicités sur le CHU A mais pas sur le CHU B. Seuls le CMEL et le CGS connaissent ce dispositif. Le PRADO, la RAAC, le PAERPA, trajectoire et l'HAD privée sont mobilisés mais les deux CHU apportent une nuance dans le degré d'investissement avec l'HAD qui selon eux a des critères de plus en plus restrictifs. Les SSIAD et les SAD sont également contactés pour favoriser le retour à domicile des PA et soulager les aidants. Le CHU B fait appel à un organisme privé qui se déplace et se charge de trouver les partenaires de ville pour faciliter le RAD des PA. Tous utilisent une adresse mail sécurisée pour communiquer en interne mais aussi avec les partenaires extérieurs. Seul sur le CHU A la télésanté a été développée mais uniquement en période COVID. Les PA sont revues en consultation. En revanche sur le CHU B, le DOP nous livre qu'une plateforme sera créée pour mettre en lien les médecins de ville avec l'hôpital pour participer à des staffs pour mieux adresser les patients.

4.3.2 - Une coopération et une coordination à demi-teinte : de la coordination séquentielle à la coordination collective

Les entretiens ont mis en évidence différents degrés de coopération et de coordination entre les acteurs en fonction des établissements. La connaissance et la mobilisation des outils et des dispositifs de coordination contribuent fortement à la coopération dans un premier temps en intra hospitalier puis en extra hospitalier pour enfin mettre en œuvre une coordination territoriale. Le CGS du CHU B corrobore ces propos et affirme que l'hôpital est encore trop hospitalocentré et ne prend pas suffisamment en compte les partenaires extérieurs. Le CGS du CHU A organise des réunions avec les partenaires extérieurs et l'équipe d'encadrement pour que les acteurs expliquent leurs missions et champs d'intervention mais aussi pour créer du lien et ainsi favoriser la coopération et *de facto* la coordination.

Sur le CHU A, des rencontres sont organisées avec les partenaires extérieurs pour évoquer certaines situations de PA. Le cadre supérieur de santé issu de la filière socio-éducative travaille en étroite collaboration avec les DAC. Toutefois, elle mentionne que quand bien même il existe une commission de parcours complexe, la coordination est encore perfectible car la notion de temporalité entre le sanitaire et les acteurs de la ville est différente compte tenu de l'enjeu de la DMS et des flux à l'hôpital. « *Les référents parcours du DAC vérifient les plans d'aide et les dispositifs mis en place tels que le SSIAD, l'HAD d'où un besoin crucial de coordination entre nous* ». Elle ajoute que chacun doit apprendre à se connaître via les staffs pluridisciplinaires et à se faire confiance pour échanger librement et trouver des solutions ensemble. Elle cite : « *la confiance est un gage de réussite dans la coopération et la coordination, il faut raisonner en besoins pour la PA et apporter des réponses adaptées* »

Sur le CHU B, une cellule de régulation des parcours existe mais seules la directrice adjointe et l'assistante sociale et parfois le CGS y participent pour trouver des solutions pour les « *bed blockers* » avec le *bed manager*.

En revanche, la CMEL sollicite le DAC mais les professionnels du DAC ne sont pas intégrés dans la cellule de régulation ni dans les staffs pluridisciplinaires contrairement au CHU A. Ces propos confirment bien que la coopération ne se décrète pas. Elle doit être provoquée par des rencontres et des échanges formels et informels. Elle requiert de mobiliser l'ensemble des compétences des acteurs dans le cadre d'un projet commun : le retour à domicile des PA. Comme le souligne Ingham (2015), la coopération est une interaction, une interrelation entre des membres qui tendent vers un objectif partagé. C'est « *un ordre négocié* » car elle permet des arrangements entre les professionnels, des accords (Osty, 2006). Se réunir en staff et prendre part aux réflexions, trouver des solutions pour le RAD des PA permet cette dimension coopérative et des échanges sociaux. C'est donc un « *phénomène social* » (Alter, 2006) qui s'ancre dans les pratiques contribuant à la socialisation des acteurs entre eux, en intégrant les mécanismes affectifs et cognitifs pour créer des liens et des alliances. La notion de confiance est ici incontournable car elle permet aux professionnels de se fédérer, de donner du sens aux actions et d'être dans une réciprocité mutuelle : C'est « le don contre don » décrit par Norbert Alter. C'est grâce à ce processus que la coordination se met en place entre les acteurs du territoire. Sur le CHU A nous pouvons supposer que la coordination est collective telle qu'elle est définie par Contrandriopoulos (Griesser, 2010) car les professionnels décident ensemble (entre les cadres et le DAC), lors des situations complexes du RAD de la PA, des aides et dispositifs à déclencher. En revanche pour le CHU B, la coordination semble s'apparenter plutôt à une coordination séquentielle qui tend tout de même vers une coordination réciproque car plusieurs acteurs agissent ensemble pour soigner mais plus en intra hospitalier.

Pour qu'il y ait coordination il faut un décloisonnement, une ouverture de l'hôpital sur la ville en synchronisant les temps et les actions entre les acteurs du sanitaire et de la ville quand bien même la temporalité est différente compte tenu des exigences en termes de DMS et d'activité (T2A) à l'hôpital et des modes de financement différents. La coordination dans le champ sanitaire et médico-social requiert une cohérence des acteurs. C'est « un processus par lequel les éléments et les relations de soin sont en cohérence ensemble dans une conception vue de manière globale. » (*Donabédian, lexique d'A à Z, ARS 2016*). *Toutefois, il nous semble que nous sommes encore éloignés de « l'adhocratie »* décrite par Mintzberg (Bloch, Hénaut, 2014) qui mobilise et articule l'ensemble des compétences à la fois transversale et pluridisciplinaire au service de.

4.3.3 - Des freins à lever et des perspectives à envisager en mobilisant les équipes d'encadrement

Tous les enquêtés se rejoignent quant à la difficulté d'être dans une coordination quand les moyens humains et financiers ne sont pas à la hauteur des espérances. En effet, les structures d'aval intervenant au domicile sont confrontées également à des difficultés de personnel retardant les délais de prise en charge. Par ailleurs, les coûts engendrés, et à la charge de la PA, sont parfois démesurés nécessitant une aide financière de la part des aidants, quand l'APA n'est pas suffisante pour couvrir les dépenses relatives aux aides à domicile.

De plus, il existe encore une méconnaissance des dispositifs de coordination liée non pas à un manque de curiosité mais à une réelle complexité tant les dispositifs se sont démultipliés ces dernières années s'apparentant en un véritable « millefeuille ». Le DAC a permis de simplifier en partie cette complexité. Les CPTS sont encore pour certaines d'entre elles au stade embryonnaire et ne peuvent ainsi remplir les missions qui leur sont dévolues à savoir notamment de trouver un médecin traitant et accompagner la PA pour la sortie d'hospitalisation pour un RAD sécurisée.

Le CGS du CHU B évoque la logique d'efficacité pure générée par la T2 A ayant un impact fort sur la DMS et par conséquent une vision très hospitalocentrée. Il évoque également des facteurs sociologiques tels que des enjeux de pouvoir qui peuvent exister entre les libéraux, les structures médico-sociales et le privé freinant la coordination car parfois la concurrence est rude sur le territoire. La DOP évoque également des freins culturels en lien avec la vision parfois négative qu'a encore la société de la PA et de sa prise en charge.

Tous les professionnels interviewés évoquent que le directeur des soins, acteur stratégique et facilitateur doit impulser cette dynamique de coopération et de coordination en impliquant les médecins et cadres, eux -mêmes convaincus de la plus-value de travailler autrement et avec d'autres partenaires.

L'encadrement doit être facilitateur et doit connaître les différents acteurs pour créer des liens entre les équipes soignantes. Le rôle de supervision du cadre est essentiel. « *Il doit*

travailler en étroite collaboration avec le médecin et l'IDE parcours pour faciliter la coordination et veiller aux missions réalisées par l'ide de parcours » (cadre CHU A)

Le rôle du cadre de proximité est considéré comme étant la clé de voûte du fonctionnement de la politique impulsée par le DS et l'encadrement supérieur. L'accompagnement des équipes, le maillage entre les acteurs sont facilités par le cadre. Il doit impulser cette dynamique en tant que responsable des patients et des équipes au sein du service pour être dans une dynamique d'amélioration continue de la prise en charge. « *Le cadre est perçu comme étant un soutien pour organiser les réunions et le RAD. Il doit sensibiliser les équipes et veiller à la complétude dans le DPI des informations recueillies via les différents outils mis en place. « Le cadre sup n'est sollicité en qu'en cas de situation extrêmement complexe » (cadre CHU B).*

4.4 - L'analyse de l'enquête, Hypothèse 3 : le déploiement des compétences des professionnels paramédicaux en matière de coordination est indispensable pour sécuriser et éviter les ruptures de parcours des personnes âgées

4.4.1 - Un besoin de compétences polymorphes individuelles et collectives

Les entretiens réalisés auprès de l'ensemble des professionnels abondent dans le sens de l'hypothèse 3 citée supra. En effet, tous affirment qu'il est plus que nécessaire de posséder à la fois de solides compétences techniques (relatives au métier du soin) organisationnelles et comportementales pour favoriser la coordination. Par ailleurs, tous précisent qu'il est indispensable d'avoir une très bonne connaissance des besoins de la PA, du système de santé, des politiques territoriales, des circuits hospitaliers et extra hospitaliers, des dispositifs existants pour mieux comprendre les situations et contribuer ainsi à apporter une réponse pertinente incluant la notion de responsabilité populationnelle. Les deux CGS ajoutent que les professionnels doivent être au fait de leurs missions respectives et donc se connaître pour être dans une dimension holistique. Le CGS du CHU B insiste sur la capacité de synthèse de ces professionnels requérant une structuration mentale avec une vision systémique et transversale pour identifier les ressources interne et externe du territoire. In fine, les compétences requises doivent être polymorphes puisqu'elles sont cliniques, techniques relatives au métier et communicationnelles pour coopérer aisément, tisser des liens en interprofessionnalité et transdisciplinarité. Elles doivent aussi être relationnelles pour écouter et mieux saisir les enjeux de la coordination territoriale et enfin organisationnelles et managériales pour impulser l'articulation des actions en tenant compte des temporalités des acteurs, des organisations, et s'accorder sur ce qui importe, aller à l'essentiel.

La coopération, et qui plus est la coordination invitent inéluctablement à basculer vers le modèle de la compétence décrit par Zarifian (2004) car collaborer autour de situations de travail et donc évoquer les problématiques rencontrées lors de staffs, de rencontres avec

les partenaires, sont bien plus pertinents pour mobiliser, développer les compétences individuelles qui deviendront aussi des compétences collectives pour obtenir des résultats probants. La compétence s'exprime dès lors que la responsabilité du professionnel est engagée et que son autonomie est facilitée. De surcroît, il apparaît crucial de cibler les compétences requises et de penser autrement les organisations en développant des nouveaux métiers et en favorisant les protocoles de coopération.

4.4.2 - Des missions et fonctions spécifiques pour favoriser la coordination : le déploiement de nouveaux métiers à l'hôpital

Ainsi, nous constatons que sur les CHU A et B, des choix des CGS ont été faits afin de missionner des cadres supérieurs de santé, compte tenu de leurs expériences antérieures, sur la logique de parcours et de favoriser la formation des IPA en gériatrie et aux urgences pour affiner la clinique et être aguerris aux problématiques du grand âge.

Le CHU B a développé les postes de secrétaires hospitalières pour contribuer à fluidifier la sortie pour centraliser les documents nécessaires, contacter les ambulances et prévenir les familles. Sur le CHU A il existe des IDE de parcours avec la spécificité que toutes les IDE du service de chirurgie tournent sur ce poste mais sous conditions de maîtrise de la discipline et de leur potentiel à prendre ce type de fonction. Une IDE de parcours complexe fait le lien avec les partenaires extérieurs. Elle gère le parcours des PA et s'assure de la complétude du DPI et des documents relatifs à la sortie pour un parcours fluide et un RAD réussi. L'objectif est d'éviter des ré hospitalisations. Toutefois, seules les IPA ont bénéficié d'une formation spécifique. Pour les IDE de parcours, leurs qualités et compétences ont été repérées par l'équipe d'encadrement et des fiches de mission ont été formalisées. Le CGS du CHU A nous livre que l'enjeu de la coordination est tellement stratégique qu'il avait le projet de recruter un directeur des soins missionné spécifiquement sur la coordination des parcours. *« J'aurais aimé avoir un FDS sur la coordination des parcours tellement l'enjeu est fort mais je n'ai pu mettre qu'un cadre supérieur par manque de budget » car il y a vraiment de la stratégie territoriale et intra hospitalière pour mettre en œuvre les parcours »* Ainsi le déploiement des compétences et des nouveaux métiers à l'hôpital sont prégnants et incontournables pour non seulement étayer les pratiques des professionnels et les organisations mais aussi pour ouvrir l'hôpital vers l'extérieur et contribuer au déshospitalocentrisme.

4.4.3 - Le directeur des soins : un acteur stratégique déterminant dans la politique de structuration des parcours de soins

Les deux CGS confirment qu'ils jouent un rôle déterminant dans la structuration des parcours, qu'ils sont des acteurs stratégiques importants de par leur vision systémique, prospective et leur très bonne connaissance du système de santé. CGS du CHU B cite : *« il doit avoir une vision prospective de son environnement ; il doit connaître le PRS*

de son territoire d'actions et avoir connaissance du diagnostic stratégique territorial et doit communiquer stratégiquement ». Le CGS du CHU A précise que le DS « est un stratège car il connaît très bien les acteurs, leurs missions et les besoins des malades et des aidants ».

En effet, cette connaissance du milieu lui permet d'anticiper et surtout de donner un avis éclairé lors des CODIR pour prendre des décisions en adéquation avec les besoins du territoire. La concurrence existante sur le territoire doit être mesurée pour évaluer finement avec le directeur de l'établissement et le PCME les réels besoins et ainsi proposer une offre de soins à travers un parcours le plus linéaire possible pour éviter des ruptures. La formalisation de cette politique se fait à travers le projet de soins voire médico-soignant.

4.4.4 - Une légitimité rationnelle limitée affirmée par les acteurs hospitaliers

L'ensemble des professionnels enquêtés se rejoignent sur le fait que le DS a une légitimité de par sa connaissance de l'organisation des soins. Il est au cœur de l'activité et sa mission est de coordonner, de décliner les objectifs stratégiques en objectifs opérationnels. Il est certes un acteur stratège dans ses choix quand il s'agit notamment de répondre à des appels à projets, d'innover pour réorganiser et être dans une vision prospective. Il doit faire le lien avec l'ensemble des acteurs et coordonner cette dynamique partenariale à travers des conventions avec d'autres établissements pour faciliter des parcours des PA fluides, consolidés et sécurisés. *Le CGS du CHU B évoque le terme de « facilitateur stratège » pour définir le rôle et le positionnement du directeur des soins. Toutefois, il se doit d'être aussi dans l'opérationnalité auprès des équipes d'encadrement. Le CGS du CHU B cite : « il est un chef d'orchestre un organisateur des soins et coordination des cadres. Il doit rencontrer avec les membres de la direction ou pas les partenaires extérieurs pour créer des liens, des partenariats pour faciliter le parcours et le retour à domicile. Le cadre supérieur du même CHU cite : « il doit travailler avec les équipes d'encadrement sur les cas bloquants, et analyser les parcours, les évaluer, il doit faciliter le travail des cadres supérieurs ».* Le DS doit de ce fait dimensionner les effectifs et être stratégique sur les recompositions des maquettes organisationnelles en tenant compte des compétences. Il impulsera cette réflexion auprès des cadres supérieurs qui doivent aussi être force de propositions car ils maîtrisent leur environnement de travail.

4.4.5 - Une communication stratégique favorisant le développement d'une organisation apprenante

A travers ces retours des professionnels, nous constatons que le DS développe une communication stratégique auprès des équipes d'encadrement car il doit les mobiliser pour promouvoir les parcours intégrant une dimension de santé publique incontournable pour fluidifier les parcours. Par ailleurs, nous constatons que les CGS assoient « *leur légitimité rationnelle légale* » fondamentale pour développer une « organisation apprenante »

requérant du leadership (Belet 2003). « *Le rôle du directeur des soins est très important dans les messages qu'il donne aux équipes d'encadrement. C'est lui qui coordonne, qui dirige, qui donne le LA, il a une vision globale du système* ». (Le cadre supérieur du CHU A). Il traduit auprès des équipes d'encadrement la stratégie de l'organisation à déployer et donne du sens à l'action pour développer un environnement capacitant propice aux innovations, au développement des compétences, à la créativité et à l'autonomie des professionnels pour organiser les parcours et les sécuriser.

4.5 - Synthèse

Les trois hypothèses sont confirmées. *In fine* le parcours doit être le plus fluide et le plus adapté aux besoins des patients s'appuyant sur la politique des soins, intégrant la notion de responsabilité populationnelle, impulsée par le directeur des soins. A travers ces propos nous pouvons affirmer que la politique des soins autour de l'organisation de la structuration des parcours est construite et diffusée au sein des deux CHU grâce à la vision stratégique, prospective mais aussi opérationnelle du directeur des soins, en accord avec les axes stratégiques définis avec le directeur de l'établissement et le PCME. Les équipes d'encadrement sont mobilisés sur le sujet mais avec des degrés de maturité différents. Toutefois, la prise de conscience des professionnels est effective et tous évoquent la nécessité de coopérer pour développer la coordination qui est encore perfectible par manque de connaissance des dispositifs de coordination à mobiliser et une vision parfois encore trop interne hospitalocentrée marquée encore majoritairement par la DMS et les flux. Les solutions d'aval sont étudiées mais pas toujours optimales car le risque de ré-hospitalisations est certes appréhendé mais parfois par manque de connaissances et de coopération avec les partenaires extérieurs, la coordination est fragilisée avec un risque majeur pour le retour à domicile des PA. Quant aux compétences, celles-ci sont une des clés de voûte en matière de coordination pour sécuriser le RAD des PA et éviter des ruptures de parcours marqués par des ré-hospitalisations inutiles et que l'on pourrait éviter par la mutualisation, la coordination des moyens et des ressources. Le directeur des soins est par conséquent un acteur stratégique et de surcroît « *un stratège facilitateur* », puisqu'il « *coordonne l'organisation et la mise en œuvre des activités de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques et en assure l'animation et l'encadrement et il organise, contrôle et évalue la mise en œuvre par les cadres de santé de la politique des soins de l'établissement* ». « *Il manage les équipes d'encadrement dans une culture de l'autonomie, de responsabilisation et d'adaptation aux changements de l'environnement* ». « *IL contribue au développement d'une dynamique partenariale au service des parcours de santé des usagers au sein de l'organisation territoriale des soins* »⁸. Il donne les moyens aux équipes en identifiant les stratégies en ressources humaines à mettre en œuvre quand

⁸ Compétences du Référentiel de formation Directeur des soin, EHESP 2023

il s'agit notamment de repenser les organisations et de développer une politique de soins autour des nouveaux métiers favorisant la coordination territoriale, tout en étant attentif à la DMS, au flux pour maintenir l'activité et les ressources financières. *Il doit impulser les changements nécessaires à l'évolution des professions de santé en matière de formation* »⁹. Pour ce faire, il déploie une communication stratégique le légitimant comme un acteur déterminant dans la structuration des parcours auprès des équipes d'encadrement, de la direction et des partenaires extérieurs. Il fait de l'organisation une organisation apprenante autour des parcours où chacun devrait s'inspirer des bonnes pratiques internes et externes pour contribuer ainsi à l'amélioration continue de la prise en charge des PA et donc de leur parcours de santé et non plus que de soins dans une approche plus globale, préventive et donc holistique.

5 - LES PRECONISATIONS

Ces préconisations émanent des résultats de l'enquête et d'une réflexion dans une perspective de contribuer à l'amélioration continue à court, moyen et long terme des parcours de soins des PA sur le plan stratégique, organisationnel et opérationnel.

5.1 - Une connaissance du diagnostic territorial partagé indispensable pour une maîtrise de l'environnement et apporter des réponses adaptées aux besoins populationnels

En tant que directeur des soins, il nous semble essentiel de participer avec le directeur d'établissement et le PCME à la réalisation du diagnostic territorial partagé au sein du GHT et avec les différents acteurs du territoire qu'ils soient du sanitaire ou du médico-social. L'objectif premier est de croiser les situations rencontrées et les besoins de la population en intégrant le paradigme de responsabilité populationnelle pour ainsi inclure toutes les dimensions préventives, éducatives, curatives et palliatives du soin.

Ce diagnostic, basé également sur le taux de fuite et les parts de marché, sera partagé avec les libéraux, les DAC et les CPTS et l'ensemble des acteurs de la filière gériatrique de l'hôpital. Il sera nécessaire de nous rencontrer en nous interrogeant sur les objectifs à poser, l'offre de soins à proposer, et d'envisager de quelle manière cette offre s'articulera avec les partenaires territoriaux, entre la ville et l'hôpital. Ce diagnostic territorial doit nous permettre d'affiner notre connaissance des caractéristiques de la population cible, la vision partagée des pratiques de chacun des acteurs et les actions concertées et orientées vers un même but.

En qualité de DS, nous devons connaître les missions et le champ de responsabilités de chaque acteur ainsi que les dispositifs et les outils à disposition pour partager l'information

⁹ Ibid

auprès des équipes d'encadrement qui relaieront auprès des équipes et des assistantes sociales pour structurer, évaluer les parcours des personnes âgées.

En tant que membre de droit au directoire, nous contribuons à la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers et donc de la fluidité et de la sécurisation des parcours. Ainsi, nous partagerons notre expertise, notre connaissance de l'environnement et du système de santé pour co-construire les axes stratégiques du projet d'établissement en lien avec le projet de soins et médico-soignant.

Nous proposerons de faire établir une cartographie avec l'accord du DG, si elle n'existe pas, des structures d'aval et d'amont pour cibler dans un premier temps les partenaires à rencontrer avec les directions dédiées au parcours de soins, le PCME, les acteurs de la filière gériatrique et les équipes d'encadrement. Nous soumettrons ensemble ces actions à valider au directoire et au comité stratégique du GHT qui se prononcera sur la mise en œuvre du projet médico-soignant partagé. Nous soumettrons la mise en place d'un COPIL intégrant des représentants des DAC, des CPTS, des usagers, des municipalités.

5.2 - Une dynamique partenariale à impulser et à pérenniser aussi par le directeur des soins

Nous suggérons de rencontrer des acteurs du territoire, pierre angulaire des prémisses de la coordination afin de permettre de partager des situations et/ou des problématiques pour mener des axes stratégiques de prise en charge sur le territoire pour « dé-hospitalocentrer » les filières gériatriques et les parcours. Cette dynamique partenariale est essentielle puisque le dialogue avec l'hôpital et les structures reste encore « difficile »¹⁰ car des freins, notamment culturels, persistent. De surcroît, nous nous appuyerons sur les relations et la communication stratégiques, fondamentales à déployer pour évoluer vers d'autres modes d'organisation pour renforcer la coordination. Quand bien même nous n'agissons pas seul, en tant que DS nous « contribuons au développement d'une dynamique partenariale au service des parcours de santé des usagers au sein de l'organisation territoriale des soins ».¹¹ Pour ce faire, nous proposons d'impulser une rencontre, organisée par le secrétariat de direction, avec les acteurs territoriaux, afin d'entretenir des relations pérennes. En tant que DS, nous devons être un facilitateur pour créer des liens de confiance et de devenir des partenaires à part entière. Ainsi, nous envisageons de nous inscrire dans des projets transversaux territoriaux pour renforcer les partenariats en y intégrant autant que faire se peut les équipes de la filière gériatrique et d'encadrement.

¹⁰ Le rapport « tour de France des CPTS », Certain 2023

¹¹ Ibid

Nous soumettrons la possibilité de contractualiser ces partenariats par le biais de conventions rédigées par les acteurs concernés en s'accordant avec le directeur et le PCME sur les éléments constitutifs immuables, et validées par les services juridiques respectifs. Le contrat engage la responsabilité des acteurs. Il permet d'ancrer la coopération et la coordination nécessaires pour répondre aux besoins de santé des PA, et aussi *de facto* une acculturation réciproque de l'ensemble des professionnels pour un exercice coordonné sur le territoire. Si le COPIL est validé par le DG, celui-ci permettra de structurer nos choix stratégiques, nos actions communes et mutualiser les ressources pour proposer aux patients un guichet unique¹² pour mieux informer.

Par ailleurs, nous pouvons prendre l'initiative de nous rapprocher des Ehpad du territoire pour notamment négocier des places d'accueil de jour voire de nuit en transition sur une courte durée pour faciliter et sécuriser le retour à domicile des personnes âgées, et soulager les aidants. Nous pourrions mettre en place une organisation telle que les astreintes d'IDE de nuit en Ehpad, des interventions des médecins après analyse du besoin par la filière gériatrique de l'établissement et en adéquation avec la démographie médicale, des IDE hospitaliers des équipes mobiles gériatriques élargissant leurs missions à l'extra hospitalier, par téléphone et/ou télésanté dans un premier temps pour éviter des ré-hospitalisations inutiles. Nous envisagerons avec le directeur, le PCME, d'étendre ce dispositif de télésanté et de contacts téléphoniques également aux médecins de ville, aux HAD, et plus particulièrement aux SSIAD, aux Ehpad qui ont besoin en journée d'avoir des avis d'experts et des référents hospitaliers auprès desquels ils pourront s'appuyer et se rassurer. Ce dispositif nécessitera de solliciter les managers médicaux et paramédicaux de la filière gériatrique pour décliner cette organisation. Par ailleurs, en tant que DS, ayant une bonne connaissance de l'offre de soins proposée sur l'établissement et de ses enjeux, nous devons contribuer à la formalisation du PTS avec la CPTS du territoire et le PCME, qui trouvera ses fondements en prenant appui sur le projet d'établissement et le projet médico-soignant du GHT. Ce PTS entérinera les modalités d'amélioration d'accès aux soins, d'organisation et de coopération interprofessionnelle.

Enfin, notre rôle et/ou celle de la direction des parcours, quand elle existe au sein d'un établissement, est de participer activement aux réunions territoriales organisées par les DAC et les CPTS favorisant ainsi les échanges, les pistes de travail à déployer et de formaliser des indicateurs communs de résultats de la prise en charge des PA lors de son parcours de soins renforçant ainsi les responsabilités individuelles et collectives des partenaires. Par ailleurs, nous pourrions réfléchir avec le directeur et le PCME à la possibilité de nommer par le PCME un référent médecin hospitalier pour favoriser le lien avec la CPTS.

¹² Proposition du rapport Montaigne, soins ambulatoires et à domicile : un virage essentiel

De ce fait, nous organiserons les activités de soins, de coordination pour rendre ces mesures territoriales effectives à travers une politique managériale et de soins déclinant la stratégie en actions opérationnelles et en impulsant cette dynamique auprès des équipes d'encadrement.

5.3 - La formalisation d'un Projet Médico-Soignant Partagé (PMSP) pour ancrer la stratégie territoriale des parcours définie et décliner sa mise en œuvre opérationnelle

La politique médico-soignante autour des parcours fera partie intégrante du projet médico soignant partagé. En effet, en tant que président de la CSIRMT, nous contribuons à la construction et à la mise en œuvre des axes stratégiques de l'établissement conformément au PRS. Nous co-formaliserons avec le PCME le Projet Médico-Soignant Partagé, élément constitutif du projet d'établissement, pour décliner des actions opérationnelles mesurables pour faire vivre sur le territoire la politique de soins répondant aux besoins des usagers.

Les partenaires et les usagers seront associés pour définir ensemble clairement la politique de soins qu'il est nécessaire d'impulser en lien également avec les projets des autres structures partenaires permettant ainsi de renforcer les liens et d'assurer une gradation des soins, une coopération et une coordination territoriale.

Nous impulserons avec le PCME, la filière gériatrique, les assistantes sociales, les cadres, les acteurs du territoire et les usagers une production collaborative pour structurer ces parcours, au plus proche du terrain, des besoins, en invitant les acteurs du territoire à proposer des pistes de travail permettant ainsi de formaliser le parcours à la sortie de l'hôpital. L'objectif étant de limiter la durée d'hospitalisation des PA plus délétères que bénéfiques pour leur santé et les coûts hospitaliers. La dimension transversale coordonnée et décloisonnée de la prise en charge sera le fil conducteur du PSMP permettant ainsi de commencer à acculturer les équipes, à travailler davantage en interprofessionnalité et en interdisciplinarité permettant de fluidifier les parcours et réduire la DMS.

Le PSMP fera l'objet d'une concertation avec les membres de la CSIRMT voire de la CME pour mobiliser l'intelligence collective, source de performance. Nous proposerons conjointement des groupes de travail avec les acteurs concernés pour initier la réflexion nécessaire pour renforcer la coopération et la coordination. Nous réaliserons (DS et PCME) une communication institutionnelle pour présenter la politique médico soignante, les enjeux des parcours de soins pour ainsi mobiliser et fédérer les professionnels hospitaliers autour du PSMP pour organiser sa mise en œuvre. Nous sommes en tant que DS « chef d'orchestre » et « facilitateur stratège » de l'organisation des activités de soins et asseyons ainsi toute notre légitimité et notre leadership auprès des professionnels hospitaliers et des acteurs du territoire.

5.4 - Une co-construction de tableaux de bord pour un pilotage stratégique des parcours des personnes âgées

Nous devons travailler plus étroitement et en amont avec le DIM, le PCME, le directeur financier et le contrôleur de gestion pour co-construire des tableaux de bord (TDB) pour extraire des données en temps réel afin d'avoir une vision plus fine, proactive et donc plus préventive du parcours des PA. Nous déterminerons en semble les objectifs stratégiques, opérationnels et veilleront à ce que ces TDB soient fiables, réactifs (J5-J7), acceptés par tous (indicateurs), maîtrisables, synthétiques (6 à 7 indicateurs par TDB) et donc lisibles. Ainsi, nous pourrions nous interroger sur la pertinence d'indicateurs tels que le taux des hospitalisations non programmées en médecine et en chirurgie des PA de plus de 65 ans et de plus de 75 ans, leur taux de recours aux urgences, leur nombre moyen de journées d'hospitalisation, leur taux de ré hospitalisation après une sortie à J7, le taux de retour à domicile, le taux de PA dits « *bed blockers* », le nombre de prise en charge par les DAC, les SSIAD, l'HAD, le nombre de PA en courts séjours, le pourcentage de lits d'aval, le taux de recours aux lits d'hébergement., mais aussi d'autres indicateurs qualité tels que ceux pour le suivi des pathologies chroniques des PA pourront être appréhendés.

Après concertation avec le directeur, certains indicateurs pourront être partagés et territorialisés ¹³pour renforcer les actions stratégiques et opérationnelles à mettre en œuvre au sein des organisations respectives et mesurer leurs impacts. Ces indicateurs seront aussi au service de l'encadrement pour avoir des alertes hebdomadaires, mensuelles pour sensibiliser les équipes et mettre en œuvre des mesures correctives à court et moyen terme. Ces TDB permettront de piloter et d'évaluer les parcours des PA et pourront être intégrés dans les fiches action du Projet Médico Soignant Partagé pour impulser la dynamique des parcours et ainsi optimiser les flux, la DMS et promouvoir le RAD des PA.

5.5 - un axe organisationnel et clinique pour formaliser des parcours structurés et adaptés

Quand bien même, la structuration des parcours est un travail collaboratif avec la direction, le PCME, les acteurs de la filière gériatrique et du territoire, nous nous attacherons à développer l'axe organisationnel et l'axe clinique requis dans la structuration des parcours (Aissou, 2006) pour favoriser les prises en charge pluriprofessionnelles.

Compte tenu des missions qui nous sont dévolues et de notre champ de compétences, nous coordonnons l'activité et garantissons la qualité et la sécurité des prises en charge jusqu'au RAD de la PA. Pour l'axe organisationnel de la structuration des parcours, nous veillerons à la formalisation par les équipes de toutes les étapes de la prise en charge et de l'accompagnement y compris la qualité et la gestion des risques mais aussi la coordination mise en œuvre entre les professionnels et les structures. Quant à l'axe

¹³ Haut Conseil de Santé Publique : Groupements hospitaliers de territoire (GHT) et santé publique « Saisir la chance pour passer du parcours de soins au parcours de santé, mars 2017.

clinique, nous garantirons avec les PCME et la direction qualité, les bonnes pratiques soignantes en nous appuyant sur l'équipe d'encadrement qui elle-même se référera notamment aux guides parcours élaborés par la HAS pour sécuriser les parcours et/ou aux besoins des formations des professionnels. L'objectif est d'éviter ainsi des événements indésirables graves et d'évaluer les parcours à travers les critères de la certification mais aussi à partir d'indicateurs spécifiques évoqués supra.

5.6 - Des outils pour un management par la clinique pour notamment l'amélioration des pratiques, donner du sens au travail interprofessionnel et renforcer la coordination

Développer le chemin clinique pour une vision holistique : Notre objectif est d'assurer une prise en charge de qualité et sécurisée conformément aux recommandations et au respect des bonnes pratiques de soins par l'ensemble des professionnels qui se coordonnent entre eux. Initier l'utilisation du chemin clinique nous permettra de dresser un plan de soins type par les équipes soignantes qui tracent les actions, les évaluent et les ajustent en prenant en compte la singularité du patient. Ce chemin sera intégré au DPI pour assurer une prise en soins pertinente et coordonnée. Cet itinéraire clinique est particulièrement recommandé quand une approche transversale et décloisonnée de la prise en soins est souhaitée (Griesser, 2010). L'intérêt d'utiliser ce processus est d'une part d'être plus performant en évinçant les actions jugées non pertinentes pour la PA, et d'autre part, d'améliorer la coopération et la coordination grâce au partage de documents et à l'émergence de nouveaux partenaires du cercle de soins.

Notre rôle de DS est de présenter l'intérêt de cette méthode aux équipes d'encadrement pour enrichir les parcours déjà formalisés et les plans de soins types en intégrant les activités et leurs objectifs spécifiques et singuliers pour les PA. Il s'agira ici pour nous de faire le lien avec les SI pour paramétrer le DPI pour le rendre opérationnel. Ce dispositif, certes requérant un travail non négligeable par les équipes soignantes au départ, permet *in fine* de clarifier les actions, les responsabilités et les acteurs concernés en intra et en extra hospitalier, et donne du sens au travail. Nous devons veiller à la bonne utilisation des outils mis à disposition à travers les équipes d'encadrement que nous missionnons. Nous nous attacherons à organiser l'accompagnement des équipes par des formations actions afin de faciliter leurs usages. Recentrer les activités sur la clinique en interprofessionnalité permet notamment de mettre en valeur la qualité du travail des équipes soignantes, d'autant plus indispensable dans un contexte de certification, de pertinence des soins, de gestion efficiente de la DMS, des flux, et de pénurie de personnel liée à un manque d'attractivité.

Développer les staffs pluridisciplinaires : Nous veillerons auprès des équipes d'encadrement, après s'être accordé avec le PCME et les chefs de pôles, à apporter notre contribution pour renforcer les staffs pluridisciplinaires en rappelant les objectifs de ces réunions de concertation et leur plus-value. Ces staffs interdisciplinaires et

pluriprofessionnels permettent de croiser les regards, de s'interroger sur les bénéfiques risques pour une réflexion et une conduite éthique, comme l'évoque un CGS enquêté. Il serait intéressant d'y convier un représentant des DAC, des CPTS concernés par le parcours des PA et les assistantes sociales pour faciliter la coordination. Nous rappellerons aux équipes l'obligation de réaliser des comptes-rendus de ces rencontres et de les intégrer dans le DPI avec la formalisation du PPS, du chemin clinique et de la complétude de la grille AGGIR et éventuellement du FAMO quand il s'agira de solliciter les professionnels du DAC. **Le Répertoire Opérationnel des Ressources** mis à leur disposition et son utilisation expliquée leur permettra également d'avoir accès aux professionnels intervenants dans le parcours du patient facilitant leur orientation. Par ailleurs pour faciliter les contacts, il sera nécessaire **de formaliser un mémento avec les contacts professionnels prévalents pour rendre l'offre visible et lisible y compris pour les usagers**. Tous ces éléments seront utiles et gages de qualité pour la suite du parcours extra hospitalier garantissant ainsi la sécurité de la sortie de la PA et de son RAD. Par conséquent, nous devons en tant que DS connaître les outils et les dispositifs de coordination existants et faire en sorte que ceux-ci soient mobilisés pertinemment par les équipes. Enfin, nous pourrions également proposer dans un premier temps aux cadres tout secteur d'activité confondu **de s'immerger une journée dans les structures respectives** afin de mieux comprendre les enjeux, les contraintes de chacun et les différents modes de financement. Connaître et reconnaître le travail de l'autre, ses missions et prérogatives sont fortement utiles pour renforcer les liens, les relations et par conséquent la coordination territoriale.

La messagerie sécurisée, la télésanté et le e-parcours : trois outils favorisant les échanges

L'interopérabilité entre les différents systèmes d'information est complexe compte tenu de la pluralité des logiciels métier utilisés par le sanitaire et le médico-social. Pour pallier cette complexité d'interopérabilité entravant le partage de documents et l'accès aux informations, **la messagerie sécurisée** semble être un bon compromis quand bien même son utilisation n'est pas dénuée de risques. De ce fait, en collaboration avec la direction, le directeur du SI, nous participerons au schéma directeur des systèmes d'information pour améliorer la prise en charge des patients, le pilotage de l'établissement et l'organisation de travail des professionnels dont nous avons la responsabilité. Nous devons nous assurer que les professionnels de santé aient les outils adaptés pour de bonnes conditions de travail, et de surcroît qu'ils respectent les usages et les procédures définies dans le cadre de la messagerie sécurisée et du RGPD. **Quant au déploiement de la télésanté et du e-parcours**, ceux-ci relèvent des choix stratégiques de l'établissement de les mettre en œuvre. Toutefois, pour la télésanté, nous pouvons être force de propositions et répondre à des appels à projet ou à des appels à manifestation d'intérêt avec des SSIAD, des DAC pour équiper les soignants de dispositifs tels que par exemple des stéthoscopes connectés

permettant d'ausculter la PA au domicile pour ainsi éviter des passages inutiles aux urgences, en obtenant ainsi un avis des urgentistes, des gériatres, des EMG. Ce dispositif requérant le consentement écrit du patient, le DS rappellera aux équipes d'encadrement cette condition *sine qua non* avant le retour à domicile de la PA. En ce qui concerne le déploiement du e-parcours sur le territoire, la stratégie numérique de l'hôpital est d'ouvrir son SIH vers la ville et le médico-social dans le cadre du programme HOP'EN qui finance les établissements pour garantir la continuité des parcours de soins entre les acteurs territoriaux. Si ce choix est retenu par la direction, nous veillerons, après recommandations de la direction des SI, au bon usage des messageries sécurisées, à la complétude du Dossier Médical Partagé (DMP), à l'usage de l'Identité Nationale de Santé et à la bonne utilisation des Cartes Professionnel de Santé (CPS) par les professionnels hospitaliers. **Équiper les professionnels hospitaliers d'une CPS** est donc un incontournable pour faciliter les échanges.

5.7 - Développer la recherche paramédicale pour une meilleure promotion de la santé sur le territoire

Le vieillissement de la population a pour conséquence une augmentation des pathologies chroniques, sources de dérèglements somatiques et psychologiques ayant un impact sur les flux, la DMS, la gestion de l'aval et les dépenses de santé. Pour augmenter l'espérance de vie en bonne santé des PA, éviter des hospitalisations intempestives etc, il est nécessaire de faire plus de prévention. Ainsi, nous devons développer une politique de promotion de la recherche paramédicale afin de garantir la qualité et la sécurité des soins, d'être dans une dimension plus préventive, éducative et palliative en renforçant le maillage territorial. Nous impulserons et faciliterons l'émergence de projets de recherche communs pour une recherche intégrée sur le territoire, pour une approche plus holistique. Le développement de la recherche nécessitera de notre part d'acculturer les équipes de cadres à la recherche, mais aussi de développer une politique de formation continue pour créer des nouveaux métiers favorisant les passerelles entre le sanitaire, la ville et le médico-social. Nous créerons un comité de recherche au sein de la CSIRMT pour accompagner les équipes au processus de recherche. Par ailleurs, il nous semble essentiel de déployer les protocoles de coopération avec les médecins qui permettront aussi d'enrichir les données probantes et de mener des projets de recherche médico-soignants en intra et en extra hospitalier.

5.8 - Une politique de formation à la hauteur des exigences : vers le déploiement des nouveaux métiers

Notre rôle est fondamental dans l'élaboration de la politique de formation. Dans le cadre de la stratégie RH du GHT et en concertation avec la DRH nous définirons la politique de promotion professionnelle des soignants et des équipes d'encadrement.

Nous identifierons les compétences individuelles et collectives à développer en corrélation avec les enjeux du système de santé tels que le vieillissement de la population, l'augmentation des polyopathologies, des pathologies chroniques pour répondre aux besoins de santé de la population et de décloisonnement pour favoriser la coordination. Ainsi, les métiers se reconfigurent, se transforment et se créent d'autant plus quand il s'agit d'avoir une approche territoriale qualitative et sécurisée de la prise en charge des patients y compris pour les cadres qui sont à l'interface de ces mutations organisationnelles. Nous élaborerons « un schéma organisationnel des compétences en lien avec les chefs de pôles et l'encadrement en corrélation avec les fiches de poste »¹⁴ ainsi qu'un plan de formation prenant en compte ces évolutions. Par ailleurs, nous serons vigilant à renforcer les formations des soignants autour de la personne âgée pour mieux comprendre leurs besoins afin d'adapter les prises en soins avec professionnalisme. Notre stratégie sera d'identifier les compétences nécessaires pour favoriser la coordination et sécuriser les parcours. C'est pourquoi, nous proposons de déployer de nouveaux métiers tels que :

- **Un cadre supérieur dédié à la structuration des parcours pour contribuer à la fluidification des parcours** (travail sur les entrées et sorties des patients, interface services hospitaliers et partenaires extérieurs, la structuration du parcours patients), **modéliser des parcours avec le chemin clinique, mener des audits organisationnels** et proposer des axes d'amélioration des prises en charge avec les partenaires, **analyser les ruptures de parcours** avec notamment l'IDE de parcours, **impulser la dynamique auprès des équipes d'encadrement et réaliser un accompagnement au changement...**
- **Une IDE coordinatrice de parcours pour objectiver les situations dites complexes** renforcer l'expertise clinique dans la sortie de la PA, utiliser les outils d'évaluation validés (FAMO, AGGIRR), faire le lien avec les partenaires et évaluer le lieu de vie des PA au domicile pour apporter des réponses adaptées, **proposer des interventions, des orientations pertinentes** pour éviter l'aggravation de la perte d'autonomie, les ruptures de parcours et respecter le choix des PA et de leurs aidants autant que faire se peut, **informer les PA et leurs familles sur les suites du parcours, préparer la sortie en amont** et les prévenir des risques éventuels afin de maintenir le lien en tant que référente. **Collaborer avec les DAC et les CPTS pour le suivi des patients complexes**
- **Des infirmières de Pratiques Avancées (IPA) pour renforcer l'expertise clinique.** Elles pourront être en soutien auprès des IDE coordinatrice de parcours, pour **assurer une surveillance clinique** adaptée et **mener des actions de prévention à travers notamment des consultations de prévention, plaie et cicatrisation, de renouveler et prescrire certains traitements...**Cette

¹⁴ Référentiel d'activité du directeur des soins, EHESP, 2023.

organisation permettra un suivi plus régulier et adapté permettant de rassurer les PA, leurs aidants et les professionnels du domicile qui feront le relais, et de partager la connaissance, l'expertise avec leurs pairs, mais aussi pour redonner du temps aux médecins.

Ces professionnels devront connaître et maîtriser d'autant plus les dispositifs et outils de coordination puisqu'ils contribueront également à former leurs pairs. Ils devront posséder des compétences telles que :

- Cliniques et techniques relatives au métier, à la connaissance, aux savoirs à mobiliser en situation en ayant une vision holistique de la prise en soins
- Communicationnelles permettant de travailler en équipe pluri et interprofessionnelle, pour créer du réseau pour que la coordination soit facilitée.
- Relationnelles pour écouter les besoins des personnes âgées, leurs familles et/ou aidants et les équipes interdisciplinaires
- Organisationnelles pour mettre en œuvre le parcours
- Managériales pour articuler les actions des acteurs aux temporalités et logiques différentes, gérer les conflits.

Le développement de ces nouveaux métiers nécessitera de notre part de travailler à court moyen et long terme sur la gestion des compétences et des parcours professionnels en collaboration avec la DRH pour :

- Adapter les compétences en lien avec les défis, les besoins, les organisations
- Repérer les potentiels afin de s'adapter aux changements systémiques et renforcer la multiplicité des talents,
- Anticiper les évolutions des carrières et des métiers
- Garantir la pérennité de fonctionnement des institutions
- Anticiper les départs à la retraite
- Proposer des formations diplômantes telles que le master de pratiques avancées

Par conséquent, des choix seront faits en fonction des souhaits, des capacités et potentiels de ces professionnels et des décisions budgétaires pour exercer en interprofessionnalité et en projet transversal pour les cadres. Par ailleurs, afin de consolider les liens avec les partenaires et de garantir un haut niveau de prise en charge, nous pourrions solliciter la formation continue pour organiser des formations communes, de la simulation en santé, des séminaires, des journées à thème sur le territoire pour renforcer les échanges, les compétences des professionnels et des partenaires de la ville et du médico-social notamment sur des thématiques telles que les pansements complexes, la recherche, la prise en charge de la douleur, les troubles cognitifs...

5.9 - Le management de l'encadrement par le DS : pierre angulaire des conditions de réussite de la coordination

Les équipes de cadre ont un rôle crucial dans l'optimisation de la coordination. Ce sont des traducteurs de la politique des soins auprès des équipes soignantes et de sa mise en œuvre. Leur rôle est considéré comme étant la clé de voûte du fonctionnement de la politique que nous impulsions avec l'encadrement supérieur. L'accompagnement des équipes, le maillage entre les acteurs sont facilités par le cadre qui favorise cette dynamique en tant que responsables de la qualité des soins, de la prise en charge des patients et du travail des équipes au sein du service pour être dans une constante amélioration continue. Le cadre est perçu par les équipes comme étant un soutien pour organiser les réunions et le RAD. Il doit contribuer à sensibiliser, à acculturer les équipes et veiller à la complétude dans le DPI des informations recueillies via les différents outils mis en place. Il est également un transmetteur d'informations et un accompagnateur au quotidien. Il doit être un facilitateur et jouer un rôle d'interface dans les relations entre les structures sanitaires, médico-sociales et la ville pour accompagner les équipes soignantes dans l'amélioration du parcours de la PA. De ce fait, nous accompagnerons et missionnerons les équipes d'encadrement afin de veiller à la bonne mise en œuvre des parcours par les équipes soignantes, de prendre en compte les propositions des soignants et des patients pour améliorer les parcours, et de veiller aux critères qualitatifs du parcours patient exigés dans le manuel de certification de la HAS. Le cadre doit s'assurer des compétences individuelles et collectives des soignants, déceler les talents et proposer des formations en adéquation avec les besoins institutionnels et les aspirations des professionnels. Son rôle est aussi d'organiser des formations actions permettant de maintenir les compétences. Cette proposition pourra s'étendre également aux partenaires extérieurs. Ainsi il nous semble opportun que les équipes d'encadrement (cadres et cadres supérieurs), le PCME et la direction qualité évaluent la gestion des parcours, leur lisibilité pour mesurer leur impact sur la prise en charge des PA. Ainsi il sera nécessaire que les professionnels :

- Connaissent et mobilisent les outils et les dispositifs de coordination existants, le ROR, les bonnes pratiques pour une meilleure fluidité et sécurité des parcours
- Se réunissent avec les acteurs pluriprofessionnels internes et externes concernés par le parcours du patient à travers des staffs cliniques, des réunions de concertation pour élaborer ensemble le chemin clinique
- Partagent les documents et les informations relatifs à la prise en charge via une messagerie sécurisée voire dans le cadre d'un e-parcours
- Co-rédigent des procédures communes de bonnes pratiques
- Se saisissent des indicateurs requêtés par le DIM et le contrôleur de gestion pour avoir en permanence un état des lieux et ainsi réajuster et anticiper

- Évaluent chaque étape du parcours pour repérer les points forts et les dysfonctionnements pour y remédier par des actions correctives pour éviter des évènements indésirables graves
- Identifient les causes de rupture du parcours avec les partenaires : développer des RETEX et se saisir des signalements pour en faire une analyse de pratiques (APP)
- Intègrent les usagers dans l'évaluation pour mettre en place des actions concrètes lors des RETEX et APP
- Réalisent des audits à blanc en utilisant la méthode du patient traceur pour non seulement se préparer aux exigences de la certification mais surtout pour garantir une prise en charge de qualité, c'est-à-dire un parcours répondant aux besoins de la PA, fluide et sans rupture, signe d'une coordination effective.
- Prennent en compte l'expérience patients, leurs besoins et ceux des aidants

5.10 - L'intégration des usagers et/ou de leurs aidants dans la co-construction et l'évaluation des parcours : Vers une éthique de la réciprocité

Dans le cadre de démocratie en santé, de la certification et des obligations de transparence que nous avons à l'égard des patients, la participation des usagers est aujourd'hui devenue incontournable. Ce regard sur le partenariat en santé est crucial pour tendre vers la performance des parcours. En tant que responsable de l'organisation des soins, de la politique d'amélioration continue de la qualité et sécurité des soins et de la gestion des risques et des conditions d'accueil et de prise en charge des patients, nous devons impulser et valoriser cette co-construction des parcours auprès des équipes d'encadrement, des gériatres, des assistantes sociales et des acteurs du territoire pour qu'elle soit effective et empreinte de sens pour tous. Nous devons être en appui pour appréhender ce « nouveau » paradigme et l'accompagner car tous ces acteurs cités supra ont bien évidemment une vision de l'entrée et de la sortie de l'hôpital à repenser pour répondre véritablement aux besoins des PA, de leurs aidants et aux contraintes organisationnelles et temporelles. Ainsi lors de la Commission Des Usagers (CDU), avec la direction qualité, nous pourrions présenter le projet de travail collaboratif autour des parcours de la PA et proposer aux représentants d'intégrer un groupe de travail sur la co-construction et l'évaluation des parcours des PA pour éviter des passages aux urgences et favoriser leur RAD. Par ailleurs, nous pourrions convier un représentant des usagers, une assistante sociale, un gériatre et des représentants¹⁵ du conseil de la vie sociale (CVS) d'un établissement médico-social à

¹⁵ Le conseil de la vie sociale est une instance qui vise à associer les usagers au fonctionnement des établissements et services sociaux et médico-sociaux. | Agence régionale de santé Ile-de-France (sante.fr) peuvent aussi participer au CVS : Un représentant des familles ou des proches aidants des personnes accompagnées, Un représentant des représentants légaux des personnes

participer également à la CSIRMT. L'objectif est qu'ils puissent apporter leur expérience et expertise en tant que patients et/ou aidants, membres du CVS pour faire des choix éclairés pour structurer, formaliser les parcours et envisager leur évaluation conjointe à partir d'indicateurs mesurant la qualité des soins perçues par les patients.

5.11 - Une collaboration avec les instituts de formation à renforcer pour acculturer précocement les apprenants

Il nous semble essentiel de travailler en étroite collaboration avec nos collègues DS des instituts de formation pour contribuer à la formation des futurs professionnels, au plus près des besoins dans une dimension territoriale, les sensibiliser et les préparer pertinemment à ces nouveaux modèles de prise en charge. Les apprenants y compris les étudiants cadres doivent être rapidement acculturer aux enjeux de la coordination et du e-parcours sur le territoire requérant des compétences spécifiques. Par ailleurs, nous nous assurerons que la politique de stages sur l'établissement soit clairement définie en proposant aux apprenants des parcours d'intégration ouverts vers l'extérieur, « hors les murs » permettant ainsi d'identifier les étapes des parcours des PA. Les cadres de proximité doivent travailler avec les cadres formateurs pour construire et ajuster l'encadrement des apprenants, leurs parcours de formation au plus près des besoins des PA et du PRS.

5.12 - La communication stratégiquement organisée du DS

Pour mettre en œuvre notre politique de soins et notre projet managérial, nous devons développer une stratégie de communication auprès des interlocuteurs protagonistes de la coordination pour construire des parcours structurés et sécurisés. Les enjeux de la communication prennent ici tout leur sens car nous sommes « *un manager leader* » (Belet 2003). Nous serons à la fois dans une communication institutionnelle, organisationnelle, managériale et promotionnelle, et éducative. En effet, nous accompagnons les équipes d'encadrement au déploiement de l'organisation en donnant du sens aux actions pour mobiliser et fédérer les cadres. Cette communication aura lieu en CODIR et à la CSIRMT, mais aussi lors des réunions organisées pour les cadres, les acteurs hospitaliers et territoriaux au cours desquelles les informations seront diffusées et les échanges favorisés permettant d'initier l'acculturation des différents acteurs et des équipes soignantes. Nous nous appuyerons sur notre projet managérial et de soins, le PTS pour fixer les objectifs et les attendus en lien avec les missions de la fonction d'encadrement. Cet élément est essentiel pour accompagner les cadres dans les mutations organisationnelles et sociologiques. Par ailleurs, nous faciliterons également les liens avec les partenaires. Pour

accompagnées, le médecin coordonnateur de l'établissement, un représentant de l'équipe médico-soignante.

ce faire, nous convierons les partenaires aux réunions cadres afin que ceux-ci présentent leur structure, leurs missions et les coopérations potentielles à envisager. Cette communication favorisera l'acculturation réciproque et une meilleure connaissance des professionnels impliqués dans la coordination des parcours pour qu'ils puissent « s'approprier » pour mieux travailler ensemble et se faire confiance. Partager les réussites en matière de coopération et de coordination permet ainsi de mieux fédérer les équipes autour d'un projet porteur de sens.

De plus, il serait pertinent que nous encourageons des réunions partenariales sur le territoire sur des thématiques prévalentes afin de partager les problématiques rencontrées mais aussi et surtout de mettre en lumière les expérimentations et les innovations réalisées permettant de renforcer la coordination territoriale. Des co-présentations entre l'intra et l'extra hospitalier sont à favoriser pour renforcer la dynamique partenariale.

Enfin, il serait intéressant de nous associer lors des appels à projet ou manifestation d'intérêt pour mener des projets communs autour de la prise en charge des patients et renforcer les liens avec la médecine de ville, le médico-social et les instituts de formation pour optimiser la prise en charge des patients.

Ainsi à travers une communication structurée, nous accompagnerons les cadres dans ce changement : d'ouvrir l'hôpital vers l'extérieur, « d'aller vers » et développerons ainsi une organisation apprenante « pour créer, acquérir et transférer de la connaissance et pour modifier son comportement en fonction de ses nouvelles connaissances et visions » (Garvin cité par Belet, 2003, p. 49). Il s'agit ici d'apprendre à travailler ensemble en interprofessionnalité au-delà des frontières hospitalières pour créer une dynamique coopérative territoriale qui fait sens pour les patients et les professionnels intra et extra hospitaliers.

CONCLUSION

Notre système de santé est fragilisé par de nombreuses contraintes et contingences que nous avons présentées dans ce travail pour poser le cadre de notre réflexion. C'est pourquoi, Il nous apparaît crucial, en tant que directeur des soins, que nous participions à la stratégie à déployer pour repenser collectivement l'offre de soins sur nos territoires d'exercice. L'objectif est de répondre pertinemment aux besoins de la population vieillissante fragilisée et ayant des souhaits de fin de vie au domicile et non à l'hôpital. Par ailleurs, dans un contexte de recherche de la pertinence et de l'efficacité, la question des flux, de la gestion des lits, de la DMS, des modes de financement et de la certification nous invite à modifier nos schémas de pensée et d'actions pour travailler autrement, en « aller vers » les acteurs du territoire pour « conjurer le sort » de l'hospitalocentrisme, grâce à une coopération et une coordination plus effective. L'hôpital doit non seulement renforcer le virage ambulatoire mais aussi le virage domiciliaire. *De facto*, la structuration des parcours

de soins des PA pour favoriser leur retour à domicile avec fluidité et sans « embûches », est un véritable levier pour faire face à la complexité systémique à laquelle nous sommes confrontés en tant que directeur des soins. Cette structuration des parcours, stratégie de projet d'établissement, doit être déclinée dans le PMSP du GHT. En tant que directeur des soins stratège facilitateur et au regard de nos missions, nous serons force de propositions stratégiques, organisationnelles et opérationnelles. Notre connaissance du système de santé, de ses acteurs, des dispositifs et outils de coordination doit nous permettre de nous positionner stratégiquement au sein du comité de direction. Nous apporterons notre vision prospective et innovante des modes de prise en charge et déclinons les axes stratégiques de l'établissement dans le PSMP, en intégrant la réflexion des équipes d'encadrement, des représentants des usagers, des CVS, des partenaires et des municipalités pour être dans une dimension intégrative, collective, holistique et à l'échelle du territoire. De surcroît, les préconisations proposées dans ce travail requièrent une politique de soins, managériale et de formation pour accompagner les équipes à ce changement de paradigme qui doit être empreint de sens pour les professionnels. Pour se faire, il s'agit d'apprendre à « s'appivoiser », à se faire confiance pour mieux travailler ensemble sur le territoire, à développer les compétences des professionnels au-delà des clivages hôpital, ville et médico-social, de nos prénotions, des prérogatives et contraintes respectives. « Managers leaders », notre communication sera stratégique et adaptée au contexte pour favoriser ce maillage territorial car nous devons impulser les rencontres, la création des liens entre les acteurs à travers notre stratégie managériale pour mener des projets territoriaux intégrant les acteurs et les usagers. Nous impulserons une organisation apprenante fondée sur le développement professionnel et la contribution des équipes à la création de la valeur de l'institution et du territoire. Nous dynamiserons la coopération et la coordination territoriale à travers des échanges professionnels, des formations, des outils facilitants et adaptés. Nous privilégierons les valeurs et les comportements tels que la responsabilisation, la réflexion conjointe sur des problématiques rencontrées, la confiance, l'éthique de la réciprocité à l'égard des partenaires et des usagers. Par ailleurs, nous proposons également de nous centrer davantage sur l'évaluation des parcours des personnes âgées en intégrant les PREMs pour consolider la coordination et le travail pluriprofessionnel. Quant au PROMs, ceux-ci favoriseraient une meilleure compréhension des personnes âgées et de leurs aidants pour faciliter leur engagement dans leur prise en charge et de surcroît améliorer le suivi préventif, éducatif, curatif et palliatif des patients et leur qualité de vie.

Bibliographie

Ouvrages

Aissou, M., Danos, JP., Jolivet, A. (2020). *Structurer les parcours de soins et de santé, politiques, méthodes et outils pour la mise en œuvre de la loi santé*. LEH.

Alter, N. (2006). *Don et échange social*. Dans N. Alter (Dir), *sociologie du monde du travail* (p.139-155). Puf.

Belet, D. (2003). *Devenir une vraie entreprise apprenante*. Editions d'organisations.

Bloch, MA., Hénaut, L., (2014). *Coordination et parcours, la dynamique du monde sanitaire, social et médico-social*. Dunod.

Bréchat, PH., Carmona, E., Huteau, G., Marin, P., Naty-Daфин, P., (2023). *Manuel de Santé Publique*. Raimondeau. J (Dir), (p.552-569). Presses de l'EHESP.

De Brabois, C. (2016). Mourir à domicile. Le choix de la vie chez soi. Dans E, Hirsch (Dir), *fin de vie, éthique et société* (p.523-531). Erès.

Dubet, F. (2002). *Le déclin de l'institution*. Seuil.

Griesser, A-C. (2010). *Petit précis d'organisation des soins, interdisciplinarité*. Lamarre.

Osty, F. (2006). Sociologie des professions et des métiers. Dans N. Alter (Dir), *sociologie du monde du travail* (p.61-79). Puf.

Zarifian, P. (2004). *Le modèle de la compétence*. Editions Liaisons.

Articles

Amri, K. (2023). Un système à bout de souffle qui doit laisser place à une nouvelle organisation : Le Parcours Patient, *Revue Finances hospitalières*, (janvier), 14-16.

Borgetto, M., Saison, J., Marin, P., Poirot-Mazeres, I., Moquet-Anger, ML., Vioujas, V., (2021). Le parcours du patient, *Revue de droit sanitaire et social*, (3), 393-453.

Ingham, M. (2015). L'apprentissage organisationnel dans les coopérations, *Revue française de gestion*, 8 (253), 55-81.

<https://www.cairn.info/revue-francaise-de-gestion-2015-8-page-55.htm>

Le Cossec, C., Giacomelli, M., de Chambine, S., (2018). Coopération des équipes hospitalières avec les médecins et paramédicaux de ville. *Santé publique*, 2 (30), 213-224.

<https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2018-2-page-213.htm>

Leicher, C. (2019). CPTS et territoire, sociale, *Regards*, 2 (56), 81-92

<https://www.cairn.info/revue-regards-2019-2-page-81.htm>

Lussier, MD. (2020). Parcours des personnes âgées dans le système de santé, *Regards*, 1 (57), 115-126.

Marin, P. (2019). Le financement au parcours de soins, entre mode d'allocation des ressources et promotion de la qualité et de la pertinence. *Gestions hospitalières*, (583), 106-109.

Michon, F., Habib, E., Lussier, MD., (2022). L'articulation ville-hôpital se pense à partir des caractéristiques de la population cible et de ses besoins, *Revue Soins* 867, 33-36.

Mémoires

Abbas. R. (2017). *La Coordination, pierre angulaire pour un parcours de soins optimisé, fluide, pertinent, un levier de performance pour le directeur des soins*. [Mémoire directeur des soins, EHESP].

Housset, J. (2013). *Faciliter les parcours des personnes âgées suite à une hospitalisation. Le territoire de santé : un enjeu de coordination pour le directeur des soins*. [Mémoire directeur des soins, EHESP].

Rapports et dossiers

Agence Régionale de Santé. (2018). *Ré hospitalisation des patients âgés de 80 ans et plus en Ile de France*

<https://www.iledefrance.ars.sante.fr/Rapport-Rehospitalisations-80ans-court-2018.pdf>

Agence Régionale de Santé. (2016). *Parcours de soins, parcours de santé, parcours de vie, pour une prise en charge adaptée des patients et usagers, lexique d'A à Z*.

Bloch, MA., (2022). *Dispositifs de coordination : En finir avec le « mille-feuille à la française » pour la santé des personnes, des professionnels et des territoires*
<https://www.cnsa.fr/dispositifs-de-coordination-en-finir-avec-le-mille-feuille-a-la-francaise>

Boussy, L. (2021). *Rapport interministériel sur l'Adaptation des logements, des villes, des mobilités et des territoires au vieillissement de la population.*
[https://www.Rapport Broussy - 26 mai 2021.pdf \(banquedesterritoires.fr\)](https://www.Rapport Broussy - 26 mai 2021.pdf (banquedesterritoires.fr))

Certain, MH., Lautman, A., Gilardi, H. (2023). *Rapport «tour de France des CPTS », Bilan et propositions pour le déploiement et le développement des communautés professionnelles territoriales de santé.*
[https://sante.gouv.fr/La mission « Tour de France des CPTS » - Ministère de la Santé et de la Prévention \(sante.gouv.fr\)](https://sante.gouv.fr/La mission « Tour de France des CPTS » - Ministère de la Santé et de la Prévention (sante.gouv.fr))

Dispositif d'appui à la coordination. (2021). *Boîte à outils.*
https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/dac_bo_vf2-2.pdf

Dispositif PAERPA. (2022). *Parcours de santé des aînés, des acteurs coordonnés pour une autonomie préservée.*
<https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/parcours-des-patients-et-des-usagers/le-parcours-sante-des-aines-paerpa/article/le-dispositif-paerpa>

DREES. (2017). *Etudes et résultats suivi des patients atteints de cancer : les généralistes favorables à des échanges renforcés avec l'hôpital.*
[https://Suivi des patients atteints de cancer : les généralistes favorables à des échanges renforcés avec l'hôpital | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques \(solidarites-sante.gouv.fr\)](https://Suivi des patients atteints de cancer : les généralistes favorables à des échanges renforcés avec l'hôpital | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (solidarites-sante.gouv.fr))

FHF. (2022). *Territoires de santé, une nouvelle organisation pour répondre aux besoins de la population.*
https://www.fhf.fr/sites/default/files/documents/Territoires_Sante-VF.pdf

Institut Montaigne. (2023). *Soins ambulatoires et à domicile : un virage essentiel.*
<https://Soins ambulatoires et à domicile : un virage essentiel | Institut Montaigne>

Haut Conseil de santé Publique. (2017). *Groupements hospitaliers de territoire (GHT) et santé publique « Saisir la chance pour passer du parcours de soins au parcours de santé.*

[https://www.Groupements hospitaliers de territoire \(GHT\) et santé publique \(vie-publique.fr\)](https://www.Groupements hospitaliers de territoire (GHT) et santé publique (vie-publique.fr))

Mesnier.T., Carli.P. (2019) « *Pour un pacte de refondation des urgences* »

Ministère des solidarités et de la santé, Dossier de presse. (2020-2022) : *vieillir en bonne santé, une stratégie globale pour prévenir la perte d'autonomie.*

Safon, MO., Suhard, V. (2018) *La pertinence des soins en France, synthèse documentaire.*
[https://La pertinence de soins en France : les principaux dispositifs et leurs évaluations \(irdes.fr\)](https://La pertinence de soins en France : les principaux dispositifs et leurs évaluations (irdes.fr))

Safon, MO. (2021). *La e-santé Télésanté, santé numérique ou santé connectée*
[https://La e-santé : Télésanté, santé numérique ou santé connectée \(irdes.fr\)](https://La e-santé : Télésanté, santé numérique ou santé connectée (irdes.fr))

Textes juridiques

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

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

Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé.

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

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

Circulaire DHOS/O2/DGS/SD5D n° 2002-157 du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatrique.

Instruction DGCS/3A/DGOS/R4 n° 2017-341 du 29 décembre 2017 relative à la mise en place d'une démarche de coopération renforcée entre établissements de santé médecine,

chirurgie, obstétrique et établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes dans le cadre de l'amélioration des parcours de santé des personnes âgées.

Site internet

ARS. (2022). *Les cellules d'appui à la résolution de situations complexes, (CARSIC)*.

<https://www.iledefrance.ars.sante.fr/les-cellules-dappui-la-resolution-des-situations-complexes-carsic>

FHF. (2022). *La responsabilité populationnelle : tous acteurs de notre santé !*

<https://www.fhf.fr/la-fhf-en-action-responsabilite-populationnelle>

HAS, Construire, organiser les parcours/ma santé 2022.

[https:// Haute Autorité de Santé - Construire, organiser les parcours/ma santé 2022 \(has-sante.fr\)](https://HauteAutoritedeSante.fr/Construire-organiser-les-parcours-ma-sante-2022)

HAS. (2022). *Manuel de certification*.

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/202210/manuel_certification_es_qualite_des_soins.pdf

HAS. (2020). *Evaluation de la pris en charge des personnes âgées selon le référentiel de certification*.

https://www.has-sante.fr/jcms/p_3219437/fr/evaluation-de-la-prise-en-charge-des-personnes-agees

HAS. (2017). *Le chemin clinique*.

[https://Haute Autorité de Santé - Chemin clinique \(has-sante.fr\)](https://HauteAutoritedeSante.fr/Chemin-clinique)

Ministère des solidarités et de la santé. (2018). *Rapport de l'atelier 10 hôpital et personnes âgées*.

https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/synthese_atelier_10_hopital_et_personne_agee_14_fev_2018_3_.docx.pdf

Ministère de la santé et de la prévention. *Coordination en santé*.

[https:// Coordination en santé - Ministère de la Santé et de la Prévention \(sante.gouv.fr\)](https://sante.gouv.fr/Coordination-en-sante)

Ministère de la santé et de la prévention. *Ma santé 2022 : mise en œuvre*.

[https:// Ma santé 2022 : mise en œuvre - Ministère de la Santé et de la Prévention \(sante.gouv.fr\)](https://sante.gouv.fr)

Observatoire innovation managériale, cercle de l'innovation de la Fondation Paris Dauphine. (2016). *Mécanismes de coordination de Mintzberg*.

[https://Mécanismes de coordination de Mintzberg \(observatoire-management.org\)](https://observatoire-management.org)

Peraldi, O. (2018), *Etude sur les séniors et les offres de services à la personne*.

<https://www.ifop.com/publication/85-des-francais-interrogés-souhaitent-vieillir-a-domicile/>

Liste des annexes

ANNEXE I : GUIDES D'ENTRETIEN

ANNEXE II : PARCOURS PATIENT EN CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE

ANNEXE I : GUIDE D'ENTRETIEN DES DIRECTEURS DES SOINS

Profil et expérience

Thème 1 : Politique de soins : Stratégie et structuration des parcours des personnes âgées

1) Pouvez-vous m'expliquer comment la coordination des parcours des personnes âgées se déroule et comment elle est structurée dans l'établissement et sur le territoire dans lequel vous exercez ?

- Avez-vous pris connaissance du PRS et Avez-vous à disposition un diagnostic stratégique et une cartographie des dispositifs de coordination existants sur votre territoire pour répondre aux besoins de santé des PA ?
- Comment avez-vous organisé la structuration des parcours (pourquoi et avec qui)
- Avez-vous travaillé en étroite relation avec le PCME pour structurer les parcours des PA si oui de quelle manière si non pourquoi ?
- les parcours sont-ils abordés dans le projet médico-soignant ? De quelle manière ?
- Sur quoi, sur qui repose la coordination et la coopération des parcours des PA ?

2) Selon vous, en quoi le directeur des soins est-il un acteur stratégique dans la structuration des parcours ? Votre vision ?

- Quel est votre rôle ? quels sont les leviers dont vous disposez ? que pouvez-vous mettre en place ?

3) Existe-t-il un projet territorial entre l'hôpital et la CPTS et/ou des conventions. Quel est le degré d'intégration ?

4) Selon vous, quels sont les enjeux mais aussi les freins rencontrés dans la structuration des parcours des PA au sein de l'établissement ?

- Quels sont les acteurs extérieurs ? les avez-vous rencontrés ?
- Quelles actions mises en œuvre pour structurer les parcours ? Quelles stratégies adoptez-vous pour limiter les freins et les difficultés ?

Thème 2 : Coordination entre les acteurs : dispositifs et outils mobilisés

5) Quels sont les outils et dispositifs connus et mobilisés par les équipes sur l'établissement afin d'optimiser et de sécuriser les conditions de départ des patients ?

- Existe-t-il des temps de rencontre entre les acteurs ?
- Y a-t-il une interopérabilité des SI ? ou envisagée ?
- Quels sont les obstacles relevés, les leviers ? les points positifs ?

6) Comment impliquez-vous l'encadrement et les partenaires extérieurs des dispositifs de coordination pour fluidifier et sécuriser les parcours de la PA ?

- Quel est le rôle des cadres supérieurs et des cadres de proximité dans la coordination et la coopération ? comment les sensibilisez-vous, les acculturez-vous aux enjeux de la coordination ?
 - L'encadrement et les équipes ont-ils rencontré les différents acteurs concernés ?
- 7) Quelles sont les ressources dont vous disposez pour fluidifier et sécuriser les parcours des PA**

Thème 3 : Compétences des professionnels

- 8) Selon vous, quelles sont les compétences requises des professionnels pour la coordination des parcours ?**
- 9) Existe-t-il dans votre établissement des nouveaux métiers ou avez-vous pour projet d'en mettre en place ?**
- Ide coordinatrice, gestionnaire ou référents ou coordonnateurs de parcours, case manager, IPA, référente en télémedecine,

Souhaitez-vous apporter des éléments qui vous semblent importants et que nous n'avons pas abordé en entretien ?

ANNEXE I : GUIDE D'ENTRETIEN DES CADRES DE SANTE ET DES CADRES SUPERIEURS DE SANTE

Profil et expérience

Thème 1 : Politique de soins : Stratégie et structuration des parcours des personnes âgées

1) Pouvez-vous m'expliquer comment la coordination des parcours des personnes âgées se déroule et comment elle est structurée dans l'établissement et sur le territoire dans lequel vous exercez ?

- Quelle est la politique du directeur des soins par rapport au parcours des PA ?
- Avez-vous l'impression que les parcours des PA sont bien structurés et organisés ?
- Travaillez-vous en étroite relation avec les médecins pour sécuriser et fluidifier les parcours des PA si oui de quelle manière si non pourquoi ?
- Les parcours sont-ils abordés dans le projet medico-soignant ? ou dans d'autres instances (CSITMT CDU)
- Sur quoi, sur qui reposent la coopération et la coordination pour améliorer des parcours des PA ?

2) Selon vous, en quoi le directeur des soins peut-il un acteur stratégique dans la structuration des parcours ? Votre vision ?

- Quel est son rôle ? quels sont les leviers dont il dispose ? que pourrait-il mettre en place avec les équipes ?

3) Existe-t-il un projet territorial entre l'hôpital et la CPTS et/ou des conventions. Quel est le degré d'intégration ?

4) Selon vous, quels sont les enjeux des parcours structurés pour les PA et quels sont les freins rencontrés ?

- Quelles stratégies adoptez-vous pour limiter les freins et les difficultés ?
- Quelles actions mises en œuvre ?

Thème 2 : Coordination entre les acteurs : dispositifs et outils mobilisés

5) Quels sont les outils et les dispositifs dont vous disposez pour favoriser la coopération et la coordination entre les professionnels de l'établissement, de la ville et du médico-social afin d'optimiser et de sécuriser les conditions de retour à domicile des PA ?

6) Comment coopérez-vous avec les partenaires extérieurs des dispositifs de coordination pour fluidifier et sécuriser les parcours ?

- Quel est le rôle des cadres supérieurs et des cadres de proximité ?
- Quels sont les acteurs extérieurs ? les avez-vous rencontrés ?

- Avez-vous une cartographie des dispositifs de coordination existants sur votre territoire pour répondre aux besoins de santé des PA ?
- Existe-t-il des temps de rencontre entre les acteurs ?
- Y a-t-il une interopérabilité des SI ? ou envisagée ?
- Quels sont les obstacles relevés, les leviers ? les points positifs ?

7) Quelles sont les ressources dont vous disposez pour fluidifier et sécuriser les parcours des PA

Thème 3 : Compétences des professionnels

8) Selon vous, quelles sont les compétences requises des professionnels pour la coordination des parcours ?

9) Existe-t-il dans votre établissement des nouveaux métiers ou est-ce un projet d'en mettre en place ?

Ide coordinatrice, gestionnaire ou référents ou coordonnateurs de parcours, case manager, IPA, référente en télémédecine.

Souhaitez-vous apporter des éléments qui vous semblent importants et que nous n'avons pas abordé en entretien ?

ANNEXE I : GUIDE D'ENTRETIEN DU DIRECTEUR DES OPERATIONS

Profil et expérience

Thème 1 : Politique de soins : Stratégie et structuration des parcours des personnes âgées

1) Pouvez-vous m'expliquer comment la coordination des parcours des personnes âgées se déroule et comment elle est structurée dans l'établissement et sur le territoire dans lequel vous exercez ?

- Quelle est la politique du directeur des soins par rapport au parcours des PA ?
- Avez-vous l'impression que les parcours des PA sont bien structurés et organisés ?
- Travaillez-vous en étroite relation avec les médecins pour sécuriser et fluidifier les parcours des PA si oui de quelle manière si non pourquoi ?
- Les parcours sont-ils abordés dans le projet medico-soignant ? ou dans d'autres instances (CSITMT CDU)
- Sur quoi, sur qui reposent la coopération et la coordination pour améliorer des parcours des PA ?

2) Selon vous, en quoi le directeur des soins peut-il un acteur stratégique dans la structuration des parcours ? Votre vision ?

- Quel est son rôle ? quels sont les leviers dont il dispose ? que pourrait-il mettre en place avec les équipes ?

3) Existe-t-il un projet territorial entre l'hôpital et la CPTS et/ou des conventions. Quel est le degré d'intégration ?

4) Selon vous, quels sont les enjeux des parcours structurés pour les PA et quels ont les freins rencontrés ?

- Quelles stratégies adoptez-vous pour limiter les freins et les difficultés ?
- Quelles actions mises en œuvre ?

Thème 2 : Coordination entre les acteurs : dispositifs et outils mobilisés

5) Quels sont les outils et les dispositifs dont vous disposez pour favoriser la coopération et la coordination entre les professionnels de l'établissement, de la ville et du médico-social afin d'optimiser et de sécuriser les conditions de retour à domicile des PA ?

6) Comment coopérez-vous avec les partenaires extérieurs des dispositifs de coordination pour fluidifier et sécuriser les parcours ?

- Quel est le rôle des cadres supérieurs et des cadres de proximité ?
- Quels sont les acteurs extérieurs ? les avez-vous rencontrés ?

- Avez-vous une cartographie des dispositifs de coordination existants sur votre territoire pour répondre aux besoins de santé des PA ?
- Existe-t-il des temps de rencontre entre les acteurs ?
- Y a-t-il une interopérabilité des SI ? ou envisagée ?
- Quels sont les obstacles relevés, les leviers ? les points positifs ?

7) Quelles sont les ressources dont vous disposez pour fluidifier et sécuriser les parcours des PA

Thème 3 : Compétences des professionnels

8) Selon vous, quelles sont les compétences requises des professionnels pour la coordination des parcours ?

9) Existe-t-il dans votre établissement des nouveaux métiers ou est-ce un projet d'en mettre en place ?

Ide coordinatrice, gestionnaire ou référents ou coordonnateurs de parcours, case manager, IPA, référente en télémédecine.

Souhaitez-vous apporter des éléments qui vous semblent importants et que nous n'avons pas abordé en entretien ?

ANNEXE I : GUIDE D'ENTRETIEN DU PRESIDENT DE CME ET DU CMEL

Profil et expérience

Thème 1 : Politique de soins : Stratégie et structuration des parcours des personnes âgées

1) Pouvez-vous m'expliquer comment la coordination des parcours des personnes âgées se déroule et comment elle est structurée dans l'établissement et sur le territoire dans lequel vous exercez ?

- Avez-vous pris connaissance du PRS et Avez-vous à disposition un diagnostic stratégique et une cartographie des dispositifs de coordination existants sur votre territoire pour répondre aux besoins de santé des PA ?
- Comment avez-vous organisé la structuration des parcours des PA et pourquoi et avec qui ?
- Avez-vous travaillé en étroite relation avec le directeur des soins pour structurer les parcours des PA (si oui de quelle manière si non pourquoi ?)
- les parcours sont-ils abordés dans le projet médico-soignant ? De quelle manière ?
- Sur quoi, sur qui reposent la coopération et la coordination des parcours des PA ?

2) Selon vous, en quoi le directeur des soins est -il un acteur stratégique dans la structuration des parcours ? Votre vision ?

3) En tant que PCME, Quel est votre rôle ?

Quels sont les leviers dont vous disposez ? que pouvez-vous mettre en place (et avec qui) ?

4) Existe-t-il un projet territorial entre l'hôpital et la CPTS et/ou des conventions. Quel est le degré d'intégration ?

5) Selon vous, quels sont les enjeux mais aussi les freins rencontrés dans la structuration des parcours des PA ?

- Quelles actions mises en œuvre ?
- Quelles stratégies adoptez-vous pour limiter les freins et les difficultés ?

Thème 2 : Coordination entre les acteurs : dispositifs et outils mobilisés

5) Quels sont les outils et dispositifs connus et mobilisés par les équipes médicales et paramédicales sur l'établissement en interne mais aussi par les partenaires de la ville et du médico-social afin d'optimiser et de sécuriser les conditions d'accueil et de départ des patients ?

- Existe-t-il des temps de rencontre entre les acteurs ?
- Y a-t-il une interopérabilité des SI ? ou envisagée ?
Quels sont les obstacles relevés, les leviers ? les points positifs ?

6) Comment coopérez-vous avec les partenaires extérieurs des dispositifs de coordination pour fluidifier et sécuriser les parcours ?

- Quel est le rôle des médecins, des cadres supérieurs et des cadres de proximité ?
- Quels sont les acteurs extérieurs ? les avez-vous rencontrés ? qu'attendez-vous d'eux ?

Thème 3 : Compétences des professionnels

7) Selon vous, quelles sont les compétences requises des professionnels pour la coordination des parcours ?

8) Existe-t-il dans votre établissement des nouveaux métiers ou est-ce un projet d'en mettre en place ?

Ide coordinatrice, gestionnaire ou référents ou coordonnateurs de parcours, case manager, IPA, référente en télémédecine

Souhaitez-vous apportez des éléments qui vous semblent importants et que nous n'avons pas abordé en entretien ?

Parcours RAAC

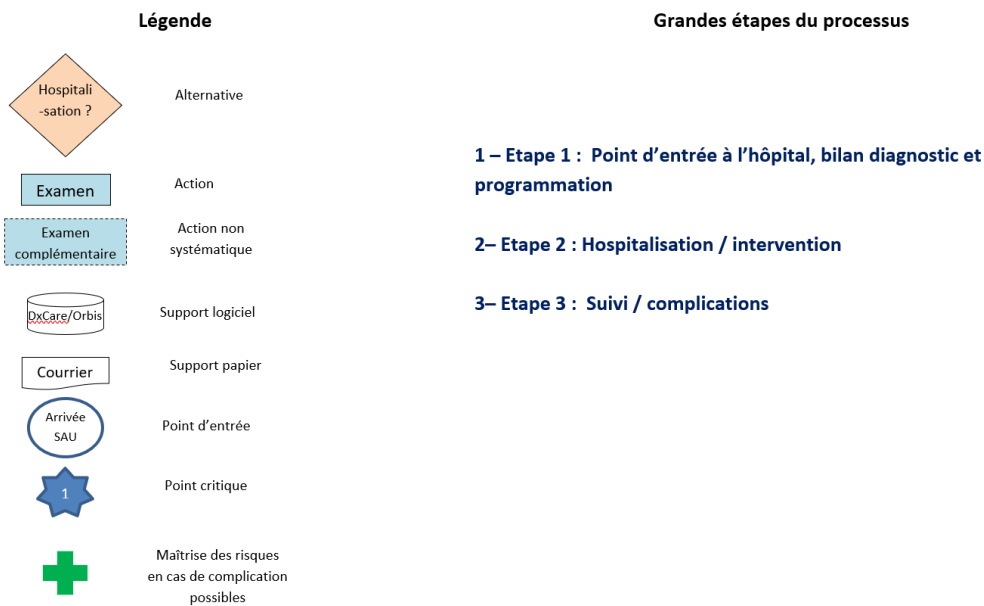
CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE

Parcours patient n°

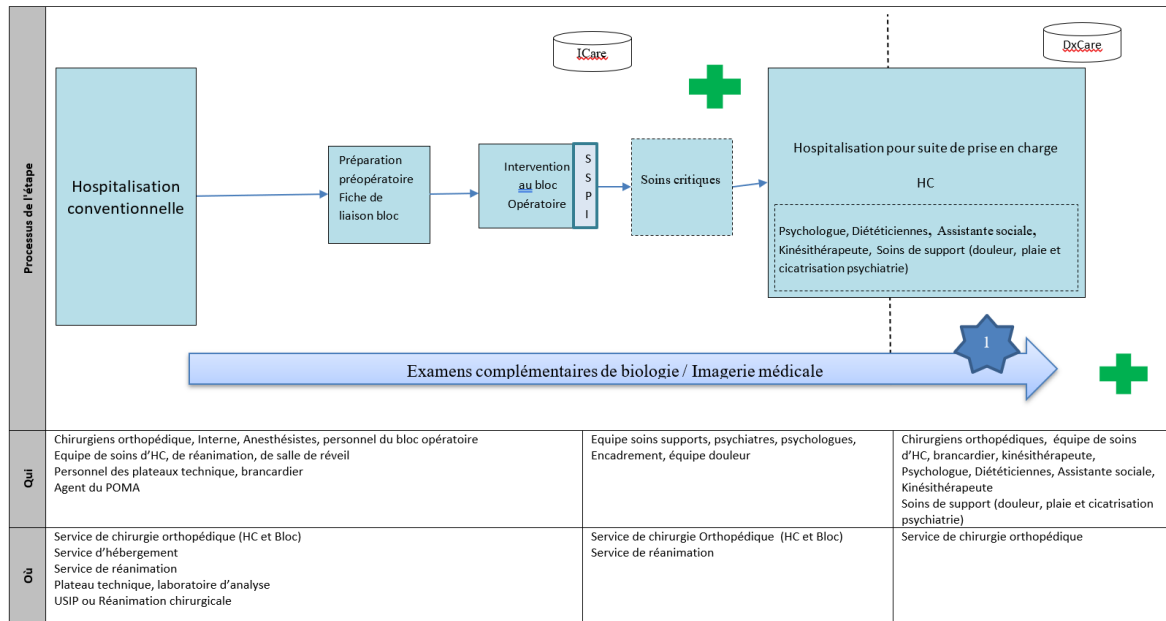
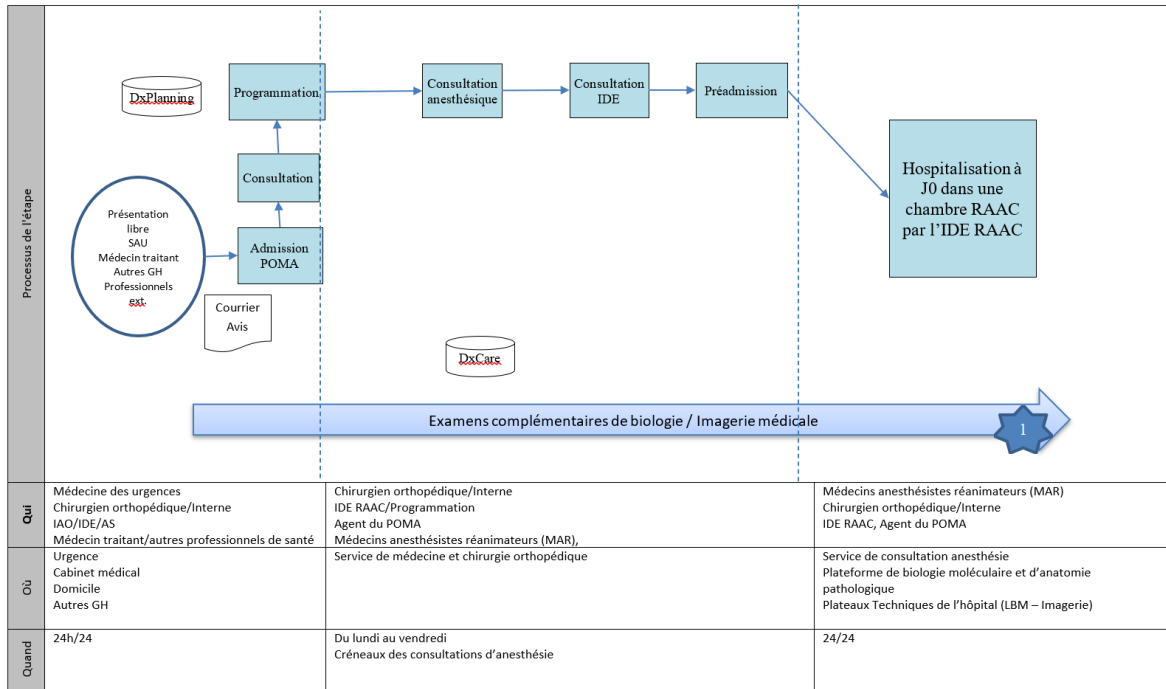
Date de création :

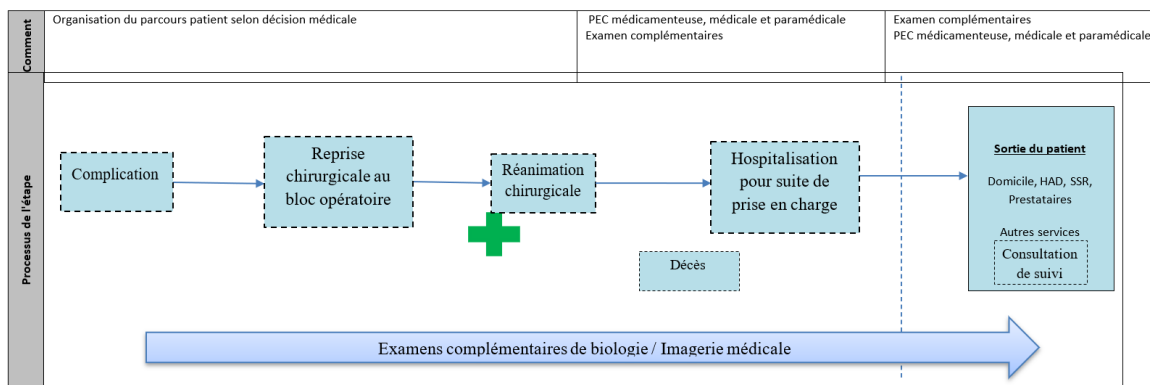
Date de mise à jour :

2. PROCESSUS



Etape 1 – Point d'entrée à l'hôpital, bilan diagnostic et programmation





Etape 3 – HOSPITALISATION/INTERVENTION

Etape 1 – Suivi / Complications /Sortie

Qui	Chirurgien/ MAR / médecin Encadrement EOH	Chirurgiens, Anesthésistes, Personnel du bloc opératoire, équipe de soins d'HC, de réanimation, de salle de réveil, personnel des plateaux technique, brancardier	Médecins Service social Encadrement Service d'hospitalisation Service de consultation Kinésithérapeute Prestataire
Où	Service d'hospitalisation Service de consultation	Service de chirurgie orthopédique (HC et Bloc) Service de réanimation, USC, SSPI Plateau technique, laboratoire d'analyse	Salle de soin de suite et réadaptation Domicile
Comment	Sur décision médicale	Organisation du parcours patient selon décision médicale	Organisation de la sortie du patient selon décision médicale et du patient

MICHON

Florence

30 novembre 2023

DIRECTEUR DES SOINS
Promotion 2023

**Le directeur des soins, un stratège facilitateur dans la structuration
des parcours de soins des personnes âgées pour un retour à
domicile sécurisé**

PARTENARIAT UNIVERSITAIRE :

Résumé :

Notre système de santé, et d'autant plus l'hôpital, haut lieu d'expertise, dont le rôle social est dévolu de par ses missions de service public, est fragilisé depuis ces dernières années par de fortes contraintes économiques, démographiques, sociologiques, et liées à l'augmentation de la population vieillissante et des pathologies chroniques, auxquelles il doit faire face.

Ma santé 2002 rappelle la nécessité de proposer une offre de soins territoriale graduée coordonnée entre les acteurs du sanitaire, de la ville et du médico-social, répondant aux besoins de la population. L'objectif est de construire des parcours de soins fluides, sans ruptures notamment pour les personnes les plus vulnérables et fragilisées que sont les personnes âgées. La notion de responsabilité populationnelle apparaît.

Toutefois, force est de constater que les ambitions ne sont pas à la hauteur des espérances tant il perdure encore une insuffisance de coopération et de coordination entre les acteurs pour rendre l'offre lisible pour les professionnels et les usagers, pour améliorer l'efficacité des prises en charge, diminuer les passages aux urgences, la DMS et répondre aux souhaits des personnes âgées de vivre et mourir au domicile. Le virage domiciliaire peine à s'ériger notamment par manque de connaissances des prérogatives des acteurs et des dispositifs et outils de coordination existants par les professionnels hospitaliers.

Le travail de recherche a mis en évidence le rôle du directeur des soins, un stratège facilitateur, dans la structuration des parcours de soins des personnes âgées pour leur retour à domicile. Sa vision stratégique, prospective et innovante contribue à l'amélioration des modes de prise en charge. De surcroît la politique de soins, managériale et de formation se décline en actions stratégiques, organisationnelles et opérationnelles pour accompagner les équipes d'encadrement à ce changement de paradigme. Cet accompagnement est empreint de sens pour les professionnels pour développer une organisation apprenante à visée systémique et holistique.

Mots clés :

Compétences, Coopération, Coordination, Métiers, Parcours de soins des personnes âgées, Qualité et sécurité des soins, Stratégie, Territoire

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.