

Ecole Supérieure Montsouris

Université Paris Est Créteil Val-de-Marne



La coordination des parcours de soin
des patients à l'hôpital : Une niche
d'efficacité et de qualité



Sylvain DECELLE

MTMOS
2012-2013



SOMMAIRE

1. INTRODUCTION	2
2. CADRE CONTEXTUEL	3
a. LE CH de DREUX.....	3
FRONTIERES :	4
CONCURRENCE PUBLIQUE.....	4
PRECARITE	5
ETAT DE SANTE DE LA POPULATION.....	5
DEMOGRAPHIES	6
EN SYNTHESE	7
b. LE PARCOURS DE SOINS :.....	8
c. LA COORDINATION DU PARCOURS DE SOINS	9
3. ETAT DES LIEUX DE LA COORDINATION DES PARCOURS DE SOIN INTRA HOSPITALIER DES PATIENTS DU CH DE DREUX.....	11
a. Méthodologie de l'étude / Périmètre	11
b. Etapes de réalisation	12
c. Résultats	12
4. AXES D'AMELIORATION DE LA COORDINATION DES PARCOURS DE SOIN INTRAHOSPITALIER DES PATIENTS DU CH DE DREUX.....	12
Axes d'amélioration identifiés.....	12
Moyens nécessaires.....	12
Calendrier prévisionnel	12
Indicateurs d'évaluation.....	12
5. CONCLUSION	12
6. BIBLIOGRAPHIE.....	12
7. ANNEXES.....	13

1. INTRODUCTION

Cadre adjoint au chef de pôle de médecine spécialisée à l'hôpital de Dreux depuis sa création en juin 2011, auparavant responsable entre autres de l'unité transversale d'éducation thérapeutique du patient j'ai très tôt souhaité travailler avec le chef de pôle autour du patient porteur d'une ou plusieurs maladies chroniques.

A l'occasion de ma formation au Master 2 de Management des Organisations Soignantes de l'Ecole Supérieure Montsouris / Université Paris Est Créteil Val de Marne, j'ai décidé de mener mon projet managérial en l'axant Initialement sur le parcours de soins des patients atteints de pathologies chroniques (Avant projet managérial juin 2012).

Au fur et à mesure des réflexions, ce projet devait ne s'intéresser, pour des questions de calendrier de travail contraint, qu'à l'étape de la consultation externe hospitalière de médecine de spécialité. (Dernier trimestre 2012)

La conjonction d'éléments de contexte favorables et de mes échanges avec le Directeur d'établissement, le président de la CME, le chef de pôle, les membres du directoire de pôle, mais aussi ceux du groupe de travail sur la création d'un GCS, m'ont finalement permis de réorienter le travail sur l'un des trois axes structurant du pôle de médecine spécialisée, à savoir le parcours du patient chronique dans l'établissement.(mi décembre 2012)

Nous avons pour ce faire choisi de commencer par réaliser un large état des lieux de la coordination du parcours patient quel qu'il soit au sein du centre hospitalier de Dreux, afin d'identifier qui sont les véritables acteurs de la coordination de parcours et quels outils sont utilisés. Cet état des lieux diagnostic a également comme objectif d'identifier les améliorations possibles afin de gagner en qualité et efficacité dans les prises en soins.

Après avoir situé cet établissement dans son contexte géographique, démographique et socio économique, ce qui éclaire la pertinence de travailler sur la coordination du parcours de soins, nous nous intéresserons à définir au mieux ce que l'on nomme parcours de soin aujourd'hui et en quoi peut consister la coordination du parcours de soin des patients.

Puis nous exposerons la méthodologie choisie pour réaliser l'état des lieux de cette coordination au Centre hospitalier de Dreux, les étapes et contenus clés de sa réalisation et ses principaux résultats.

Enfin nous présenterons les axes d'amélioration identifiés pour améliorer la coordination du parcours des patients au sein de l'établissement, les moyens nécessaires et le calendrier prévisionnel de leur mise en place, ainsi que les indicateurs d'évaluation retenus.

2. CADRE CONTEXTUEL

a. LE CH de DREUX

Bâti en 1973 dans une architecture de type « hôpital-bloc », le centre hospitalier de Dreux est localisé dans la ville et a développé son offre quasi exclusivement sur le même site, y compris pour la psychiatrie (2 secteurs), l'hébergement de personnes âgées dépendantes et tous les services supports.

Il fête cette année ses 40 ans.

Classé dans la catégorie des « grands CH » sur le site Platines¹, l'établissement compte 800 lits au total dont près de 400 lits de MCO.



La médecine représente 267 lits et 13000 séjours annuels.

Il dispose d'1 scanner et 1 IRM.

Il emploie 2000 personnes constituant ainsi le premier employeur de l'agglomération. Son budget annuel est de 135 millions d'Euros et le déficit 2012 avoisine les 3%

Si ces éléments sont extrêmement classiques, les CH de province de cette typologie étant très nombreux, il existe par contre des spécificités remarquables à l'hôpital de Dreux qui sont utiles pour comprendre le contexte dans lequel le projet se situe.

Trois caractéristiques majeures du Centre Hospitalier de Dreux et de son territoire:

- **Frontières et concurrence publique,**
- **Précarité et état de santé,**
- **Démographie de la population et des professionnels de santé**

¹ www.platines.sante.gouv.fr/

FRONTIERES :

Cf Carte / service comunication

A moins d'une heure de Paris, Dreux se situe au carrefour de l'Île-de-France, de la région Centre et de la Normandie

Le centre hospitalier de Dreux est situé à l'extrême Nord de la région Centre (Préfecture de région Orléans), en sous préfecture du département d'Eure et Loir (Préfecture Chartres) et est frontalier de l'Île de France et de la Haute Normandie, plus précisément du département des Yvelines (Versailles) et de l'Eure (Evreux).

De cette situation géographique particulière émanent quelques spécificités : les patients accueillis proviennent de 3 régions différentes, son bassin de recrutement compte environ 130 000 habitants qui bénéficient d'une offre de soin équivalente ou supérieure :

- vers le Nord à l'hôpital d'Evreux ou au CHU de Rouen,
- vers le Sud à l'hôpital de Chartres
- vers l'Est à l'hôpital de Versailles et les hôpitaux de l'APHP

Le tout dans un rayon compris entre 30 et 80 km tout au plus.

CONCURRENCE PUBLIQUE

Sur les communes avoisinantes, une seule clinique est installée, non chirurgicale, elle assure l'activité d'hémodialyse que l'hôpital ne propose pas et est spécialisée en cardiologie (39 lits). (hospidiag)

Les cliniques chirurgicales les plus proches sont localisées à Chartres.

La concurrence privée locale est donc extrêmement faible et en ce qui concerne le non chirurgical, c'est bien avec d'autres établissements publics que la concurrence existe.

L'hôpital de Dreux est en effet situé à 30 Km du CH de Chartres, préfecture du département, et à 40 km de celui d'Evreux, par des voies de communications aisées (routes à 4 voies).

Ces deux établissements comparables constituent de forts pôles d'attractivité, en plus des établissements parisiens situés à moins d'une heure de trajet.

Voir PMSI pilot pour taux de fuites...

La rivalité historique entre les hôpitaux de Dreux, sous préfecture, et Chartres, préfecture, a stimulé l'établissement qui propose aujourd'hui une offre de soins quasi similaire.

L'anxiété historique de voir l'ARH puis l'ARS de la région Centre rationaliser l'offre de soins sur le département, au détriment du CH de Dreux, est perçue aujourd'hui différemment grâce au projet de développement d'un GCS de moyens interrégional entre l'hôpital de Dreux (Eure et Loir – Centre) et les hôpitaux « locaux » de Houdan (Yvelines – Île de France) et Verneuil sur Avre (Eure – Haute Normandie).

Construit sur une logique de communication facilitée par l'axe routier de la Nationale 12 sur lesquels sont situés les 3 établissements, il constitue une nouvelle logique de développement ouvrant des perspectives et opportunités nouvelles tant pour les établissements que pour les usagers.

Les ARS des trois régions sont en effet favorables à la création de ce GCS.

Position frontalière et concurrence publique obligent donc à se différencier par la qualité de la prise en charge, une meilleure coordination du parcours de soins du patient y contribue

PRECARITE

Près de la moitié des patients proviennent de Dreux et Vernouillet, deux communes accolées qui se caractérisent par une forte précarité sociale. Le bassin de recrutement dans son ensemble ne contraste pas fondamentalement avec les données exposées ci après.

En 2012 l'ORS Centre a réalisé une étude préliminaire à la signature d'un Contrat Local de Santé² qui caractérise assez fidèlement les usagers de l'établissement et par conséquent ses spécificités :

Héritier d'une longue tradition industrielle, le territoire de Dreux a fait appel à partir des années soixante à une main d'œuvre immigrée (Maghreb, Portugal, Afrique Subsaharienne).

La population double de 1945 à 1975 et des grands ensembles se développent rapidement autour du centre ville. En 2008, près de 45% de la population du territoire vit dans l'une des cinq zones urbaines sensibles (ZUS) de Dreux-Vernouillet.

Aujourd'hui, le territoire est très fortement marqué par la gestion d'une forte présence de population immigrée, confronté également à une précarité sociale très importante et aux taux de chômage et de bénéficiaires de minima sociaux (RSA, AAH) les plus élevés de la région.

Le taux de chômage frôle les 22% des 15-64 ans à Dreux, soit plus du double des moyennes départementales, régionales et nationales

11,2% des ménages sont allocataires du RSA socle (contre 4,1% en Région et 5,1% en France)

4,6% des ménages sont allocataires de l'AAH (contre 2,9 % en Région et 3,2% en France)³

Ces éléments impactent le fort recours au service des urgences (Plus de 50 000 passages annuels) ainsi que l'importance du travail social dans les prises en charge de cette typologie de patients.

ETAT DE SANTE DE LA POPULATION⁴

Le lien entre précarité sociale et santé n'étant plus à démontrer et étant particulièrement prégnant en France comme le souligne encore le rapport annuel 2012 du HCAAM, la population présente logiquement un état de santé dégradé.

Que ce soit chez les hommes comme chez les femmes, le territoire est marqué par une surmortalité générale et prématurée (survenue avant 65 ans) que ce soit en comparaison avec le département, la région et la France hexagonale.

Plus précisément en ce qui concerne les malades chroniques, part ultra majoritaire des patients du pôle de médecine spécialisée, une surmortalité par cancers et par cancers prématurés est notable. S'agissant des maladies de l'appareil circulatoire il existe une surmortalité prématurée.

En lien avec un contexte environnemental, social, culturel et les habitudes nutritionnelles de la population, le diabète présente une prévalence notable.

Marqueur de précarité sociale, la tuberculose est également une problématique sur le territoire.

De façon transversale, il ressort un accès aux suivis médicaux retardés du fait de la précarité et parfois de l'isolement social des habitants.

La précarité sociale est un frein à l'accès et à la continuité des soins.

Une coordination effective permettrait de contribuer à minimiser les inégalités sociales de santé et d'influer sur l'état de santé de la population qui en résulte.

² ORS Centre, Diagnostic santé des villes de Dreux et Vernouillet en vue de l'élaboration d'un Contrat Local de Santé, septembre 2012

³ Source : Caf, Insee – RP 2008 et RP 2009

⁴ ORS Centre, Diagnostic santé des villes de Dreux et Vernouillet en vue de l'élaboration d'un Contrat Local de Santé, septembre 2012

DEMOGRAPHIES⁵

Le vieillissement de la population :

Comme partout en France, la population vieillit et la proportion des personnes de plus de 65 ans ne cesse de croître. Cependant localement la population ne se démarque pas par une pyramide des âges plus défavorables, mais le fait notable est l'isolement des personnes âgées car les 75 ans et plus vivant encore à leur domicile vivent davantage seuls en comparaison aux différents territoires de référence.

La proportion de personnes âgées bénéficiaires du minimum vieillesse en comparaison au département et à la région est également plus élevée.

Par conséquent la question du retour à domicile et du lien entre la ville et l'hôpital pose question.

La question de l'offre de soins pour les personnes âgées est également une problématique.

En effet, la démographie médicale extrêmement faible du territoire ainsi que des pathologies lourdes associées à la vieillesse nécessitant des déplacements à domicile conduisent certains médecins traitants à refuser la prise en charge de personnes âgées provoquant ainsi une discrimination à l'âge.

La prise en charge de la dépendance sur le territoire nécessite, comme ailleurs une coordination et un travail de partenariat.

La désertification médicale libérale

Le nombre de médecins généralistes ne cesse de décroître et constitue un problème aigu.

La région Centre présente la plus faible densité de médecins généralistes libéraux en France et au sein de la région, c'est le département d'Eure et Loir qui est le moins doté. Dreux dans ce département constitue une poche de désertification médicale.

On compte en effet 63.8 médecins généralistes libéraux pour 100 000 habitants sur le bassin de vie contre une moyenne de 91.8 / 100 000 en France

Au nombre de 23 (soit 1 médecin pour 1869 habitants) en juin 2012 sur les communes de Dreux et Vernouillet, ils ne seraient plus que 15 à l'horizon 2015, en lien avec leur départ à la retraite programmé. (Moyenne d'âge de 53 ans)

L'offre de prise en charge est donc déficitaire sur le territoire. Il existe de réelles difficultés d'accès aux professionnels de santé, non seulement médecins généralistes mais aussi pédicures-podologues, infirmiers, médecins diabétologues, diététiciennes...impliquant des délais de rendez-vous relativement longs.

Certains patients n'ont pas d'autre choix que de s'orienter vers des structures extérieures même au département et à la région (Chartres, Versailles, Rambouillet). La précarité sociale et l'absence de mobilité impactant ainsi la qualité de prise en charge de la maladie pour certains usagers.

L'automédication, la recherche de solution sur Internet ou auprès des proches voire le renoncement aux soins sont observés.

Le centre hospitalier de Dreux ainsi que son service d'urgences sont bien repérés par la population de par la diversité de soins, de réponses et de prise en charge qu'ils offrent. (Comme en témoigne l'activité du service des urgences qui compte plus de 50 000 passages annuels)

Les habitants témoignent également d'inégales prises en charge sanitaires (discrimination et stigmatisation) liées à leurs contraintes socio-économiques constituant un frein à l'accès aux soins (refus de

⁵ ORS Centre, Diagnostic santé des villes de Dreux et Vernouillet en vue de l'élaboration d'un Contrat Local de Santé, septembre 2012

personnes bénéficiant de la CMU, plages horaires réservées à cette patientèle, demande de règlement en début de consultation, coût élevé de certains médicaments et examens...).

Les professionnels quant à eux sont pour la plupart demandeurs de formation permettant une meilleure approche, compréhension ainsi que des connaissances plus fines des différentes cultures résidant sur le territoire. Ils témoignent également d'un manque de repère et de connaissance sur le partenariat et sur « qui fait quoi ? ». Entravant ou ralentissant l'orientation des patients vers les ressources les plus appropriées, ce manque d'informations se conforte dans le faible lien que les professionnels partagent entre les dossiers d'un même patient.

Tout comme la précarité sociale, l'isolement des personnes âgées ne facilite pas leur parcours dans le système de santé.

La désertification médicale libérale amène pour l'instant l'hôpital à se positionner fortement sur la coordination du parcours de soins de ses usagers.

EN SYNTHÈSE

Géographiquement situé à un carrefour interrégional, le CH de Dreux est en concurrence multiple avec d'autres établissements, essentiellement publics pour ses activités de médecine.

Son bassin de population est socialement précaire et présente un état de santé dégradé

L'offre de premier recours libérale est très insuffisante et ne cesse pour l'instant de décroître.

Situé au cœur de la ville, l'hôpital constitue donc naturellement le chef d'orchestre du soin sur son bassin de recrutement et se doit, tant pour affronter la concurrence, que pour prendre en charge des patients en difficulté sociale ou pour pallier au rôle que ne pourra pas jouer la médecine libérale, de coordonner au mieux les parcours des patients qui s'adressent à lui dans un contexte de financement qui oblige à l'efficacité, et d'exigences de qualité sans cesse croissantes.

Les différents acteurs locaux en santé, conscients des difficultés croissantes, se déclarent demandeurs d'un travail de partenariat afin d'améliorer la coordination et la qualité des prises en charge.

Le plan stratégique régional de santé 2012-2016 de la région Centre affiche trois axes structurants :

- Réduire les inégalités sociales et territoriales de santé
- Faire face au défi de la démographie des professions de santé
- Développer la performance du système de santé

Ils sont en résonance parfaite avec les problématiques spécifiques que nous venons de détailler à l'échelle de l'Hôpital de Dreux, et un des leviers d'action repose sur l'optimisation de la coordination du parcours de soin des patients, ce qui justifie ce projet.

b. LE PARCOURS DE SOINS :

Parcours de soins, parcours de santé, médecine de parcours, chemin clinique, projet personnalisé de soins de quoi parle-t-on ?

Récemment mis en avant par la Haute Autorité de Santé la notion de **parcours de soins** précède la parution des guides spécifiques à certaines pathologies chroniques de la HAS⁶

Si la définition du nom commun « parcours » est simple et n'ouvre pas à discussion (chemin pour aller d'un point à un autre selon le Petit Robert), il n'en est pas de même pour ce qui concerne le parcours de soin ou ses prétendus synonymes, très en vogue actuellement.

Tout d'abord pour différencier **parcours de soin ou de santé**, Marie-Dominique Lussier, en charge des projets sur les parcours à l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) propose que si le raisonnement se fait à partir des structures on parle alors de parcours de soins, s'il est réalisé en référence à des bassins de population on parle de parcours de santé⁷

Le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) est lui allé plus loin dans son dernier avis en optant pour la notion de **médecine de parcours**, qui suppose de passer d'une médecine pensée "*comme une succession d'actes ponctuels et indépendants*" à une médecine "*dont l'objectif est d'atteindre (...) une qualité d'ensemble, et dans la durée, de la prise en charge soignante*" et permet de dépasser les clivages santé/soins. Une ambition qui nécessite encore du travail pour aboutir à une compréhension commune mais aussi un langage commun⁸.

Décrit en 2004 par l'HAS, Le **chemin clinique** (CC) est une méthode d'amélioration de la qualité des soins. Le CC, appelé *clinical pathway* ou *critical pathway* ou *integrated care pathway*, dans les pays anglo-saxons décrit, pour une pathologie donnée, tous les éléments du processus de prise en charge en suivant le parcours du patient au sein de l'institution.

Cette méthode vise à planifier, rationaliser et standardiser la prise en charge pluridisciplinaire de patients présentant un problème de santé comparable. Elle repose sur la description d'une prise en charge optimale et efficiente à partir des règles de bonnes pratiques.

Le CC peut être utilisé dans un établissement de santé, dans un réseau de soins ou dans le cadre de l'exercice libéral lorsque les professionnels se coordonnent entre eux⁹

Cette méthode contribue à :

- réduire la variabilité non justifiée de la prise en charge ;
- s'approprier les recommandations professionnelles ;
- mettre en œuvre des protocoles validés de prise en charge des patients ;
- améliorer la continuité et la délivrance de soins de qualité aux patients ;
- améliorer la coordination et la communication entre les acteurs de cette prise en charge
- rationaliser les soins et la gestion des risques.

Le CC est une méthode d'amélioration de la qualité des soins. Comme toutes les méthodes d'amélioration, le chemin clinique permet de comparer une pratique clinique à une démarche optimale et rend possible une EPP sur ce thème par exemple.

⁶ http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1242988/parcours-de-soins-de-l-insuffisance-cardiaque, Février 2012

⁷ Qu'est-ce qu'un parcours de santé? 16.04.12 – HOSPIMEDIA

⁸ Idem

⁹ HAS, Le chemin clinique, une méthode d'amélioration de la qualité. 2004

Le **parcours personnalisé des patients**, spécifique pour l'instant au patient de cancérologie dans le cadre des plans en particulier celui de 2009-2013 qui vise en priorité la personnalisation du parcours de soins et la vie après le cancer.

l'action 18.1, vise à personnaliser le parcours de soins des patients, d'une part, en coordonnant mieux les soins entre l'hôpital et la ville, principalement pendant la phase active des traitements du cancer, et en associant davantage le médecin traitant ; et d'autre part en appliquant un **Programme Personnalisé de Soins** (PPS) dont le champ concerne tout autant la prise en charge sanitaire que sociale et médico-sociale¹⁰. Cette coordination organisée repose alors explicitement sur une infirmière de coordination, financée dans le cadre du plan.

Le PPS tel que présenté plus largement par l'HAS pour toute maladie chronique n'est qu'un « outil de coordination des différents professionnels participant à la prise en charge des personnes ayant une maladie chronique »¹¹

Il est conçu pour permettre « une planification coordonnée et prospective de la prise en charge, une implication du patient, une harmonisation des pratiques et une personnalisation du parcours patient »¹².

Dans ce projet il s'agit donc bien de parler de parcours de soins puisque nous réfléchissons à partir de la structure hospitalière, les autres termes, ou outils pourront être utilisés à dessein.

c. LA COORDINATION DU PARCOURS DE SOINS

La coordination, étymologiquement *cum* (avec), *ordinare* (mettre en ordre, organiser), se définit comme l'« harmonisation d'activités diverses dans un souci d'efficacité »¹³ c'est bien globalement ce qui nous anime à l'hôpital, c'est l'efficience qui est recherchée.

Le Petit Robert définit ainsi le « *Parcours de soins coordonné* »: « En France, dispositif que doit respecter un assuré social afin de bénéficier de la prise en charge optimale de ses dépenses de santé »

Il fait en cela référence à la Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie qui introduit l'obligation de médecin référent, porte d'entrée du parcours de soins, dans un objectif de maîtrise des dépenses d'assurance maladie par la lutte contre le nomadisme médical.

Même si cette réforme n'invente pas le terme, elle va contribuer à sa large diffusion dans les milieux sanitaires et médico-sociaux.

La loi « Hôpital, Patients, Santé et Territoires » du 21 juillet 2009 rapproche quand à elle les soins de 1^{er} et 2^{ème} recours en facilitant leur partenariat au travers de pôles de santé par exemple et prévoit des « contrats d'amélioration de la qualité et de la coordination des soins » dans l'objectif d'optimiser la collaboration et donc la fluidité du parcours patient.

Dans ce projet ce n'est pas sous le jour de la « contrainte » d'un parcours obligé pour le patient que nous allons travailler mais plutôt sur l'objectif d'un parcours idéalement coordonné qui permette au patient, aux professionnels et au système de soins de gagner en qualité et en efficacité.

¹⁰ DGOS – INCA Résultats des expérimentations du parcours personnalisé des patients pendant et après le cancer – rapport d'évaluation – septembre 2012

¹¹ http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-04/pps_vierge.pdf, Février 2012

¹² Idem

¹³ <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/coordination/19067>

Le Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie (HCAAM) détaille dans un avis de mars 2012¹⁴ tous les enjeux de la coordination du parcours des patients :

« La qualité du soin ne peut alors s'apprécier que de manière globale, comme la qualité du « parcours » de soins de la personne malade, appréhendé dans sa totalité. Pour cela, les questions de coordination sont évidemment déterminantes, entre les différentes prises en charge sanitaires, mais aussi entre les prises en charge sanitaires et sociales.(...) »

La conviction du HCAAM est que la recherche d'une qualité soignante et sociale globale, c'est-à-dire sur l'ensemble du « parcours » de soins, constitue une orientation centrale pour tout le système soignant(...)

Or ce sont les « parcours » de ces personnes qui sont les plus susceptibles d'engendrer des interventions inadéquates des différents professionnels soignants : mal réparties entre eux, trop précoces ou trop tardives, incomplètes ou inutilement lourdes. Ces défauts de coordination sont autant de facteurs de non-qualité qui sont en même temps des coûts évitables pour l'assurance maladie.

Ainsi par exemple, par des approches territoriales comparatives, le HCAAM a pu estimer à plusieurs milliards d'euros l'ordre de grandeur financier des effets d'une mauvaise prise en charge du « parcours » de soins des personnes âgées dites « dépendantes » sur la seule dépense hospitalière.

Le HCAAM estime que c'est autour de l'amélioration de la qualité des « parcours » de soins, en portant prioritairement l'attention aux situations complexes pour lesquelles il y a le plus d'évidences de non-qualité, que – sans renoncer, évidemment, aux exigences prioritaires de bonnes pratiques et d'efficacité pour chaque étape particulière – se situe aujourd'hui un des gisements décisifs de qualité soignante et d'efficacité économique de notre système de santé, concept pour lequel on utilise souvent le terme « d'efficacité ».

C'est sur ce terrain de *l'efficacité des parcours de soins* que viennent exactement se superposer le défi soignant de la prise en charge des malades chroniques et le défi économique d'optimisation de la dépense de santé. C'est donc sur ce terrain que l'on peut, aujourd'hui, le mieux œuvrer à la défense des principes fondateurs de l'assurance maladie. »

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale 2013 prévoit dans son article 40 le financement « d'expérimentations, à compter du 1er janvier 2013 et pour une durée n'excédant pas cinq ans, dans le cadre de projets pilotes mettant en œuvre de nouveaux modes d'organisation des soins destinés à optimiser le parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie ».

Ceci afin d'éviter les hospitalisations à répétition des personnes âgées en favorisant le transfert d'informations entre professionnels de santé. « Le principe de cette approche est de permettre que la bonne personne reçoive la bonne prestation au bon moment. »¹⁵

Dans la partie du manuel de certification de la HAS V 2010 qui concerne le parcours du patient, la référence 18a est une pratique exigible prioritaire en santé mentale et en hospitalisation à domicile : « continuité et coordination de la prise en charge des patients » du fait de la multiplicité des intervenants et des champs d'intervention.

Dans le même esprit que le HCAAM, la HAS via la prochaine campagne de certification V 2014 qui aura lieu en juin 2014 à l'hôpital de Dreux introduit la méthode du « patient traceur » qui « place le regard des experts visiteurs au cœur des parcours de soins »¹⁶ ce qui va bien entendu interroger la qualité de la coordination de ce parcours.

¹⁴ HCAAM, Avenir de l'assurance maladie, les options du HCAAM, avis du 22/03/2012

¹⁵ COFARD J., <http://www.medscape.fr/autre/articles/1460089/>, 17/10/2012

¹⁶ http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1231981/la-methode-du-patient-traceur), avril 2012

Notons enfin que l'existence dans le Répertoire des métiers de la Fonction Publique Hospitalière d'un métier de Coordinateur (trice) parcours patient (code métier 05U40) et surtout de la récente multiplication des DU et Master en coordination de parcours de soins ou de santé confirme un besoin croissant de spécialisation en coordination.

Face aux enjeux très larges retrouvés autour de la coordination des parcours patients concernant souvent les articulations sanitaire et social, libéral et hospitalier, au sein de réseaux, les nouveaux métiers induits... qui font l'objet d'études approfondies¹⁷, nous centrons ce projet sur la coordination intra hospitalière des parcours de soins des patients, prioritairement ceux porteurs de maladies chroniques, en effet ils constituent l'immense majorité des patients du pôle de médecine spécialisée dans lequel j'exerce et compte tenu de l'évolution démographique en France, ils ne feront qu'augmenter en nombre et en complexité, c'est autour de ces patients qu'il faut prioritairement rechercher à gagner en efficience et qualité.

Le chef de pôle, les membres du directoire de pôle, le chef d'établissement et le président de la CME ont validé la pertinence de ce projet pour l'établissement.

! EN TRAVAUX CI-DESSOUS !

3. ETAT DES LIEUX DE LA COORDINATION DES PARCOURS DE SOIN INTRA HOSPITALIER DES PATIENTS DU CH DE DREUX

a. Objectifs du projet :

- **Réaliser un état des lieux des acteurs et outils de la coordination des parcours de soins intra hospitaliers des patients du centre hospitalier de Dreux**
- **Proposer une liste hiérarchisée d'actions d'amélioration**
- **Mettre en œuvre les actions retenues (hors calendrier Master)**

b. Méthodologie de l'étude / Périmètre

- **Constitution du groupe projet :**
S.DECELLE adjoint au chef de pôle de médecine spécialisée
Dr B, médecine urgentiste, en charge coordination parcours post urgences
Mme G, DSI en charge de la gestion des lits
Mme T, adjoint au chef de pôle médico tech et cadre de proximité des consultations générales

Objectifs du groupe = délimiter le périmètre de ses missions en accord avec le chef d'établissement, rendre compte périodiquement, réaliser l'étude, être force de proposition et assurer le suivi des actions

- **Revue de la littérature** sur le sujet par SD afin de définir sujet, reco bonnes pratiques, exemples nationaux et étrangers...

¹⁷ BLOCH M.A, HENAUT L., SARDAS J.C, GAND S, La coordination dans le champ sanitaire et médico-social, Enjeux organisationnels et dynamiques professionnelles, février 2011

- Réalisation d'un guide d'entretien puis des **Entretiens** avec les différents acteurs de la coordination du parcours patient.

Objectifs des entretiens : Points forts et points faibles de Dreux, propositions d'axes d'amélioration
Q'est ce que la coordination du parcours de soins ?

Que font ils, comment le font ils, avec qui le font ils, pourquoi le font ils, quand le font ils ?

Qu'aimeraient ils qu'il soit fait pour améliorer, qu'aimeraient ils faire pour améliorer ?...

- Recherche des **indicateurs** de qualité des parcours qui peuvent être recueillis en routine (DIM, qualité...) afin de pouvoir faire une éval. avant après en systématique
- **Synthèse et analyse** des entretiens afin de dégager les axes
- **Benchmarking**
- Outil impact / faisabilité
- Proposition priorisée des **axes d'amélioration** au commanditaire
- Organisation et **calendrier** de réalisation et d'évaluation.

c. Calendrier de réalisation

d. Résultats

4. AXES D'AMELIORATION DE LA COORDINATION DES PARCOURS DE SOIN INTRAHOSPITALIER DES PATIENTS DU CH DE DREUX

Axes d'amélioration identifiés (à hiérarchiser avec outil faisabilité / impact mais aussi qualité et efficience...)

Moyens nécessaires

Calendrier prévisionnel

Indicateurs d'évaluation

5. CONCLUSION

6. BIBLIOGRAPHIE

7. ANNEXES