



Colloque ANFH/EHESP – Paris, 14.03.2019
Les nouveaux métiers de la coordination des parcours des soins
Dossier documentaire

Sommaire

Rapports et guides.....	p. 2
Articles et dossiers.....	p. 7
Mémoires et thèses.....	p. 14
Ouvrages.....	p. 18
Textes réglementaires.....	p. 22

Rapports et guides

Fiches points clés organisation des parcours Haute autorité de santé (HAS)

L'objectif des fiches points-clés organisation des parcours est d'apporter des réponses qui portent :

- soit sur un ou plusieurs « épisodes de soin critiques » choisis pour leur importance en termes de qualité, de sécurité et d'efficacité d'un parcours de santé. Ces épisodes peuvent concerner une population ou une pathologie.
- soit sur l'organisation et l'optimisation des parcours de santé, sans relation directe avec une pathologie.

Elles s'adressent :

- aux professionnels de santé exerçant en ville, en établissement hospitalier ou en établissement médico-social, qui souhaitent optimiser les parcours des personnes dont ils ont la charge ;
- aux institutions, en premier lieu les ARS, qui ont la charge d'accompagner les professionnels au niveau des territoires et de s'assurer de la pertinence et de la qualité des parcours ainsi proposés.

Chaque fiche signale des expériences ou des projets remarquables sur la question traitée. Elle est accompagnée d'une note méthodologique et de synthèse bibliographique qui précise la méthode d'élaboration de la fiche, les experts sollicités, les éléments de bibliographie et leurs références et présente des éléments de gradation des données.

https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1603223/fr/fiches-points-cles-et-solutions-organisation-des-parcours

Sécurité sociale : Rapport 2018 sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, Cour des Comptes, 2018/10, 34 p.

Dans le cadre de la stratégie nationale de santé 2018-2022, les pouvoirs publics français ont affirmé l'ambition de porter à 70% en 2022 le taux de chirurgie ambulatoire et fixé un objectif de 55% de séjours hospitaliers de médecine en ambulatoire à cette même échéance.

Dans le prolongement de ses précédents travaux, la Cour a examiné le développement des prises en charge ambulatoires à l'hôpital, ses incidences sur les capacités hospitalières et les dépenses d'assurance maladie, ainsi que les conditions à réunir pour faire du virage ambulatoire un outil de transformation de l'offre de soins en ville comme à l'hôpital.

Le virage ambulatoire est engagé à l'hôpital en chirurgie, mais encore trop peu en médecine ; il a un impact incertain sur les dépenses de santé.

Pour devenir un réel levier de transformation du système de santé au bénéfice des patients, il appelle des actions de plus grande ampleur des pouvoirs publics pour réorganiser l'offre de soins médicaux, en ville comme à l'hôpital.

<https://www.ccomptes.fr/system/files/2018-10/RALFSS-2018-05-virage-ambulatoire-systeme-de-sante.pdf>

Ma santé 2022 : Un engagement collectif [Dossier de presse] Ministère des solidarités et de la santé, 2018/09, 52 p.

Partant du constat que le système de santé français est devenu inadapté, le Président de la République et la Ministre des solidarités et de la santé ont présenté le 18 septembre 2018 une réforme qui propose une transformation en profondeur autour de 3 engagements prioritaires :

- Placer le patient au cœur du système et faire de la qualité de sa prise en charge la boussole de la réforme
- Organiser l'articulation entre médecine de ville, médico-social et hôpital pour mieux répondre aux besoins de soins en proximité
- Repenser les métiers et la formation des professionnels de santé.

Ces engagements sont le résultat notamment des conclusions de cinq groupes de travail qui ont remis à l'été 2018, après une période de consultation, leurs rapports finals.

Les 10 mesures phare de la réforme sont les suivantes :

- Création dès 2019, de financements au forfait pour la prise en charge à l'hôpital des pathologies chroniques dont le diabète et l'insuffisance rénale chronique pour leur partie hospitalière
- Déploiement de 1 000 Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) pour mailler le territoire national à l'horizon 2022
- Soutien financier au développement des assistants médicaux auprès des médecins libéraux sous certaines conditions (exercice groupé, exercice coordonné.)
- Labellisation dès 2020 des premiers « Hôpitaux de proximité », avec l'objectif de reconnaissance de 500 à 600 établissements
- Réforme du régime des autorisations des activités de soins
- Création d'un statut unique de praticien hospitalier, associé à la suppression du concours PH
- Redonner au service son rôle de « collectif » dans l'organisation des activités de soins et le management de l'équipe soignante
- Élargissement des compétences de la commission médicale d'établissement pour renforcer la participation des médecins au pilotage des hôpitaux
- Suppression du Numerus clausus et refonte des premiers cycles des études en santé
- Réforme du 2e cycle des études médicales et suppression des épreuves classantes nationales.

Le projet de loi de financement de la Sécurité Sociale pour 2019 intègrera les premières mesures de Ma Santé 2022, notamment concernant la réforme du financement du système de santé ou les évolutions dans l'organisation des soins.

Certaines mesures présentées relèvent du domaine de la loi.

Des dispositions législatives ad hoc seront donc requises dès 2019 pour porter notamment la réforme des études de santé et l'évolution des métiers et organisations en santé.

https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ma_sante_2022_pages_vdef_.pdf

Stratégie de transformation du système de santé. Rapport final : Repenser l'organisation territoriale des soins

Ministère des solidarités et de la santé, 2018/09, 22 p.

Une consultation autour de la stratégie de transformation du système de santé (STSS) a été lancée le 13 février 2018 autour de cinq axes : la qualité et la pertinence des soins, les modes de financement et de régulation, le virage numérique, la formation et la gestion des professionnels de santé et l'organisation territoriale des soins.

Pour chacun de ces axes, un ou plusieurs pilotes ont été désignés.

Ce rapport présente les conclusions du groupe de travail sur l'organisation territoriale des soins, piloté par Pierre Pribile, directeur général ARS Bourgogne-Franche-Comté, et Norbert Nabet, directeur général adjoint de l'ARS Provence-Alpes-Côte d'Azur.

Il avance des propositions pour transformer le système en favorisant la prise en charge hors les murs et la responsabilisation conjointe des opérateurs au bénéfice des patients.

Les principales mesures sont les suivantes :

Fusion de l'ensemble des dispositifs de coordination au sein des PTA, création d'établissements publics de santé de territoire à la place des groupements hospitaliers de territoire renforcement de l'exercice coordonné pour les soins de premier recours, sécurisation du maintien et du retour au domicile, organisation des coopérations dans les filières entre public et privé avec l'émergence de projet de santé de territoire, intégration des établissements médico-sociaux dans le continuum de prise en charge, implication des patients dans le fonctionnement du système de santé.

Appropriation des usages des services de coordination - Conduite du changement et mobilisation des acteurs

ANAP, 2018/05, 26 p.

Les projets TSN reposent sur le déploiement d'un système d'information et d'outils numériques contribuant à la coordination des professionnels de santé et acteurs de la prise en charge.

Dans le cadre du programme TSN, cinq régions pilotes ont développé des projets innovants visant à améliorer la prise en charge coordonnée des patients à partir de la médecine de ville et tout au long du parcours de soins (établissements de santé, secteur médico-social, etc.), en développant le partage et l'échange d'informations à l'échelle d'un territoire, grâce aux outils numériques.

Dès lors, les professionnels de santé de ces territoires d'expérimentation, en premier lieu libéraux, ont vu leurs pratiques modifiées par de nouveaux dispositifs de coordination s'appuyant sur des services numériques.

S'appuyant sur le recueil d'observations de chacune des régions pilotes, ce document propose une synthèse des enseignements et des informations clés en matière de conduite de changement, de mobilisation des acteurs et d'appropriation de nouveaux usages.

<http://www.anap.fr/ressources/publications/detail/actualites/appropriation-des-usages-des-services-de-coordination-conduite-du-changement-et-mobilisation-des-acteurs/>

Constituer une Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS) en Île-de-France [Guide pratique]

ARS Ile-de-France, 2017/10, 82 p.

Depuis 2010, l'exercice collectif et coordonné sous différentes formes (maisons et centres de santé pluriprofessionnels, cabinets de groupe), a mobilisé les professionnels de ville et attiré à nouveau de jeunes professionnels vers l'exercice ambulatoire ; une impulsion supplémentaire à l'organisation des soins de ville a été donnée en 2016 par la Loi de Modernisation de notre système de santé créant les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé, les CPTS.

Sous le vocable de CPTS, peuvent se retrouver souvent plusieurs unités de santé de premier et second recours, organisées soit en équipes de soins primaires soit en maisons ou centres de santé, soit encore en cabinets mono professionnels.

Équipes regroupant des soignants médicaux et para médicaux libéraux ou salariés, parfois exerçant leur activité en individuel et reliés entre eux par un projet de santé commun.

Toutes ces équipes accueillent des professionnels du second recours qu'ils soient libéraux ou hospitaliers et des professionnels du champ médicosocial, voire social.

Le cadre des CPTS, volontairement souple, permet à chaque équipe de définir son périmètre d'intervention, ses priorités et, dans toute la région, des équipes peuvent se porter volontaires sur des territoires de taille et de configuration différentes mais en cohérence avec leur environnement.

Ces CPTS peuvent avoir de multiples visages mais elles ont un point commun, pierre angulaire de chacune : le projet de santé territorial.

Ce guide a l'ambition d'être un appui méthodologique à même d'aider les équipes qui souhaitent se constituer en CPTS.

Après une description du cadre du CPTS, il propose des outils d'aide à la construction du CPTS, sous la forme de fiches techniques, pour passer de la réflexion à la phase opérationnelle et répondre aux questions qui pourront se poser lors de sa construction.

<http://www.iledefrance.ars.sante.fr/system/files/2017-10/CPTS-guide-2017.pdf>

Organisations territoriales au service de la coordination. Tome 1 : Construction de dispositifs d'appui à la coordination des situations complexes

ANAP, collection Mettre en oeuvre et partager, 2017/09, 50 p.

L'un des défis à relever par les acteurs du système de santé est de structurer des organisations du parcours de santé mieux coordonnées et pluri professionnelles, en particulier pour les situations complexes.

Ce document, qui s'adresse principalement aux acteurs de la coordination sur les territoires, est une aide à la construction de dispositifs d'appui à la coordination des situations complexes. Il traite, à partir des retours d'expériences des cinq projets Territoire de soins numérique (TSN), des sujets clés, des points de vigilance et des questions à se poser pour construire un dispositif d'appui à la coordination de type Plateforme territoriale d'appui (PTA).

Pour rappel, Territoire de soins numérique (TSN) est un programme doté d'un budget de 80 millions d'euros dans le cadre du PIA (Programme d'investissement d'avenir) sur la période 2014-2017.

Il a pour objectifs de faire émerger dans des territoires pilotes, avec la mobilisation de l'ensemble des acteurs de l'offre de soins et l'appui des industriels, des organisations innovantes de prises en charge des patients appuyées par un bouquet de services intégrés et utilisés au quotidien par les professionnels et les patients.

Ces organisations ont pour objet d'améliorer la coordination des prises en charge.

Suite à un appel à projet, 5 régions ont été sélectionnées en septembre 2014 par un comité d'experts indépendants : - Aquitaine : XL ENS (Landes espace numérique de santé) - Bourgogne : E-TICSS (Territoire innovant coordonné santé social) - Île-de-France : TERR-ESANTE (« *Le numérique au service de la santé en métropole du Grand-Paris* ») - Océan Indien : OIIS (Océan Indien Innovation Santé) - Rhône-Alpes : PASCALINE (Parcours de santé coordonné et accès à l'innovation numérique).

Par ailleurs, TSN est un laboratoire pour tester le modèle de plateforme territoriale d'appui à la coordination des parcours de santé (art. 74 de la loi de modernisation du système de santé) et déterminer les outils numériques qui peuvent contribuer à son développement.

<http://www.anap.fr/ressources/publications/detail/actualites/organisations-territoriales-au-service-de-la-coordination-tome-1-construction-de-dispositifs-dappui-a-la-coordination-des-situations-complexes/>

Mettre en oeuvre un projet de parcours en psychiatrie et santé mentale : Méthodes et outils pour les territoires

ANAP, 2016/12, 40 p.

MARTINEZ Corinne, PROULT Elise, SERVANT Benoît

La démarche d'élaboration d'un parcours en psychiatrie et santé mentale proposée par l'ANAP a pour objectif l'amélioration des réponses aux besoins des personnes adultes vivant avec des troubles psychiques au sein d'un territoire.

Cette méthode vise également à rendre cohérentes les interventions respectives des acteurs qui oeuvrent dans des champs ordinairement séparés (sanitaire, médico-social, social) et contribue à partager des pratiques professionnelles qui étaient jusqu'alors clivées.

Elle s'appuie sur les travaux issus de deux vagues d'accompagnement par l'ANAP de projets territoriaux portés par 6 ARS.

La présente publication restitue la méthode ainsi que les clés et facteurs de réussite de ce type de démarche en indiquant :

- Comment se préparer à entrer dans la démarche - Prérequis ;
- Comment structurer la démarche - Phase I : Cadrage ;
- Comment construire un diagnostic partagé - Phase II : Élaboration du diagnostic partagé ;
- Comment parvenir à une feuille de route réaliste - Phase III : Élaboration de la feuille de route ;
- Comment pérenniser la démarche - Phase IV : Mise en oeuvre de la feuille de route.

Ce recueil est accompagné d'une boîte à outils téléchargeables sur le site de l'ANAP : fiches thématiques, supports-types.

<http://www.anap.fr/ressources/publications/detail/actualites/mettre-en-oeuvre-un-projet-de-parcours-en-psychiatrie-et-sante-mentale-methodes-et-outils-pour-les-territoires/>

Améliorer la coordination entre le médecin généraliste et les différents acteurs de soins dans la prise en charge des troubles mentaux - Note de cadrage Haute Autorité de Santé (HAS), 2015/04, 18 p.

La finalité de ce projet est d'améliorer les prises en charge et le suivi des patients présentant des troubles mentaux par la promotion d'une meilleure coordination entre le médecin généraliste et les différents acteurs de soins. La contribution de la HAS consiste à identifier des dispositifs de coordination éprouvés, pertinents pour les professionnels, répondant aux attentes des patients et de leur entourage, et à les promouvoir. Ce projet s'inscrit dans le programme pluriannuel de la HAS relatif à la psychiatrie et à la santé mentale.

Le projet est décliné en deux volets :

Volet 1 : rapport « socle de connaissances »

Objectif : mettre à disposition des acteurs professionnels, institutionnels et usagers l'état des lieux des pratiques et la synthèse des données scientifiques sur la coordination et la communication interprofessionnelles dans la prise en charge des troubles mentaux

Volet 2 : préconisations pour améliorer la coordination et les échanges d'informations entre professionnels dans la prise en charge des personnes présentant des troubles mentaux

Son objectif est de promouvoir les pratiques de coordination entre médecins généralistes et autres acteurs de soins pour améliorer la prise en charge des patients présentant des troubles mentaux

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-04/note_de_cadrage_coordination_mg_psy.pdf

Outils de déclinaison du parcours des patients insuffisants rénaux en prétraitement de suppléance

Haute Autorité de Santé (HAS), 2015/05

Dans la continuité des travaux publiés en 2012 sur les parcours de soins de patients atteints de maladies rénales chroniques, la HAS a été sollicitée par la DGOS par lettre du 27 mai 2014 pour élaborer des outils de déclinaison du parcours prétraitement de suppléance. Ces outils sont destinés à être utilisés dans le cadre des expérimentations concernant les parcours de soins des adultes atteints d'insuffisance rénale chronique (IRC) prévus par l'article 43 de la LFSS 2014.

Le dispositif d'expérimentation est prévu pour une durée maximale de 4 ans. Un décret en Conseil d'Etat a été publié en avril 2015.

Selon le stade d'évolution de l'IRC, deux types de parcours sont différenciés : Le parcours prétraitement de suppléance des patients aux stades IIIB, IV, et V ; Le parcours des patients au stade V suivant un traitement de suppléance.

Les 6 régions pilotes ont été désignées en avril 2015 : Alsace, Aquitaine, Languedoc-Roussillon, Pays-de-la-Loire, Réunion et Rhône-Alpes

Outils disponibles :

- Le dispositif d'inclusion dans l'expérimentation présente les critères d'inclusion, organise l'orientation vers la consultation du néphrologue et le retour au médecin traitant des préconisations du néphrologue pour l'organisation du parcours du patient.
- Le dispositif d'annonce du besoin de suppléance organise un processus en deux branches qui se rejoignent au moment de la décision partagée : information objective du patient et concertation entre professionnels permettant une ou plusieurs propositions de suppléance élaborées de façon collégiale.
- Le Schéma des parcours de soins des personnes atteintes de maladie rénale chronique permet de faciliter la visibilité du parcours.
- La Checklist du parcours maladie rénale chronique - pré-suppléance s'utilise après l'inclusion dans le dispositif de l'expérimentation. C'est une liste de situations qui permet d'identifier et de prioriser l'ensemble des difficultés rencontrées par les patients et les professionnels à impliquer pour y répondre. Elle peut être utilisée comme un support de suivi.

http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2050086/fr/outils-de-declinaison-du-parcours-des-patients-insuffisants-renaux-en-pretraitement-de-suppléance

Articles et dossiers

L'infirmière coordinatrice de transplantation rénale

DE BRITO Yolaine, L'Infirmière magazine, n° 402, 2019/03, pp. 48-51

Face à l'augmentation du nombre de patients éligibles à une transplantation, du nombre de patients greffés mais également au taux de survie de plus en plus élevé de ces derniers, des postes d'infirmière de coordination ont été créés dans les CHU dès le début des années 1990, sous l'impulsion des équipes médicales de transplantation. Ceci afin d'optimiser le suivi des patients.

L'infirmière coordinatrice de transplantation rénale devient alors un professionnel de référence dans le parcours de soin du patient. Si cette fonction se développe de plus en plus dans les CHU, elle demeure néanmoins très marginale dans les CH périphériques. Faute de moyens financiers ou d'intérêts démontrés ? L'objectif de cet article est double, partager l'expérience du CH de Troyes (10) et mettre en lumière :

- les missions de l'infirmière coordinatrice de transplantation rénale au sein d'un CH ;
- les avantages de ce type de poste, tant pour les patients en insuffisance rénale chronique (IRC) que pour les néphrologues de l'établissement, ainsi que les équipes de transplantation des CHU référents.

Au CH de Troyes, le poste d'infirmière coordinatrice de transplantation rénale a été créé en octobre 2017. Les objectifs étaient de mieux répondre aux attentes et besoins des patients, d'améliorer l'accessibilité à la greffe rénale des personnes en IRC terminale et éligibles à cette transplantation et de fluidifier le parcours de soin.

Care trajectory management: a conceptual framework for formalising emergent organisation in nursing practice

ALLEN Davina, Journal of Nursing Management, vol. 27/1, 2019/01, pp. 4-9

Aim

To offer a new conceptual framework for formalizing nurses' work in managing emergent organisation in health and social care.

Background

Much health and social care requires continuous oversight and adjustments in response to contingencies. Nurses have an important role in managing these relationships.

Evaluation

A longstanding programme of research on the social organisation of health and social care work provided the foundations for the article.

Key issue

Nurses' work in managing emergent organisation may be conceptualized as care trajectory management and factors contributing to trajectory complexity are explored.

Conclusions

Care trajectory management is essential for the quality and safety of health and social care but poorly served by existing management frameworks.

Implications for Nursing Management

Care trajectory management offers a conceptual framework for the development of new management structures to support an important but poorly supported element of nursing practice.

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jonm.12645>

De l'infirmière à l'infirmière de pratique avancée, gérer au mieux la transition

DEBOUT Christophe, Soins, n° 829, 2018/10, pp. 53-58

La transition vécue par toute infirmière confirmée qui s'engage dans une formation post-diplôme est souvent ressentie comme difficile.

Ce phénomène a été étudié plus spécifiquement dans le domaine de la pratique avancée.

Alors que la France s'apprête à former et à déployer des infirmières de pratique avancée diplômées d'État, il est essentiel d'intégrer ces enseignements issus de la recherche, afin de faciliter leur parcours de formation et leur première prise de poste.

La considération appropriée de ces éléments impactera directement les résultats cliniques qui leur seront imputables et leur qualité de vie au travail.

Les IPA en ville. c'est pour bientôt

SURBLED Malika, L'infirmière libérale magazine, n° 351, 2018/10, pp. 56-58

En juin 2019, les premiers infirmiers de pratique avancée (IPA) diplômés d'état sortiront des bancs de la fac.

En ville, ces professionnels suivront des files actives de patients pour des entretiens, sans pour autant prendre la place des Idels.

Pratique avancée infirmière : c'est parti !

MORISSET Jérôme, Santé Mentale, n° spécial, 2018/08, pp. 2-7

L'auteur fait le point sur la pratique avancée des infirmières, sur les domaines d'intervention, les compétences, les modalités de formation, les objectifs et son déploiement prévu en 2019 pour la santé mentale.

Perspectives de pratiques avancées appliquées à la coordination des parcours de soins et de santé

PEOC'H Nadia, Techniques hospitalières, n° 768, 2018/01, pp. 13-18

Le parcours de la personne malade, handicapée, âgée et l'émergence de la notion de démocratie en santé avec les nouveaux rôles des patients (patient co-partenaire de soins, le Montreal Model) interrogent les contours de la pratique infirmière avancée.

La territorialisation de l'offre de soins interroge les métiers de coordination de parcours de soins et de santé cohérents, accessibles, sécurisés et efficaces pour lesquels l'exercice en pratiques avancées trouve sa légitimité et son périmètre d'action.

Analysing healthcare coordination using translational mobilization

ALLEN, Davina, Journal of Health Organization and Management, vol.32/3, 2018/01, pp. 358-373

Purpose

The purpose of this paper is to introduce translational mobilization theory (TMT) and explore its application for healthcare quality improvement purposes.

Design/methodology/approach

TMT is a generic sociological theory that explains how projects of collective action are progressed in complex organizational contexts. This paper introduces TMT, outlines its ontological assumptions and core components, and explores its potential value for quality improvement using rescue trajectories as an illustrative case.

Findings

TMT has value for understanding coordination and collaboration in healthcare. Inviting a radical reconceptualization of healthcare organization, its potential applications include: mapping healthcare processes, understanding the role of artifacts in healthcare work, analyzing the relationship between content, context and implementation, program theory development and providing a comparative framework for supporting cross-sector learning.

Originality/value

Poor coordination and collaboration are well-recognized weaknesses in modern healthcare systems and represent important risks to quality and safety. While the organization and delivery of healthcare has been widely studied, and there is an extensive literature on team and inter-professional working, we lack readily accessible theoretical frameworks for analyzing collaborative work practices. TMT addresses this gap in understanding.

<http://orca.cf.ac.uk/108873/8/Publishers%20PDF%20%28002%29.pdf>

Coopérations autour des parcours de santé

JULLIAN Eric, TROUILLET Hélène, MAQUINAY Guillaume, BARREAU Pascal (coor.), MANGEONJEAN Francis (coor., et al.), Soins Cadres, n° 104, 2017/11, pp. 13-38

Au sommaire de ce dossier « Coopérations autour des parcours de santé » :

- Le partenariat à l'épreuve de la réalité ;
- L'articulation des secteurs sanitaire et médicosocial : un partenariat négocié ;
- Un réseau territorial engagé dans la démarche palliative ;
- HAD, un véritable partenariat dans le circuit du médicament ;
- Sanitaire et médicosocial, une interdépendance agitée ;
- Le secret professionnel, le sanitaire et le social ;
- Une coopération au service du parcours des personnes âgées ;
- Du référent soignant en psychiatrie à case manager ;
- Assistante sociale en psychiatrie, la carte du social au sein du sanitaire.
- Parcours de soins aux Etats-Unis, cinq ans après

De référent soignant en psychiatrie à case manager

FAIVRE Cécile, MOUROT Pascale, Soins Cadres, n° 104, 2017/11, pp. 31-33

Les soins en psychiatrie se sont fondés pendant des décennies sur la référence soignante.

Sous l'influence anglo-saxonne, un nouveau paradigme s'imisce peu à peu dans les pratiques de soins : le case management.

Il impulse une conception inédite du soin et, par voie de conséquence, remodèle les pratiques des professionnels de santé.

Le bouleversement est important et l'encadrement a un rôle primordial à jouer dans sa mise en oeuvre.

Lien ville-hôpital : transformer l'essai

HUNSINGER Véronique, Objectif Soins & Management, n° spécial, 2017/09, pp. 8-10

Le virage ambulatoire rend plus impérieuse la bonne coordination entre l'hôpital et la ville afin d'assurer la continuité et la sécurité des soins.

Tous les acteurs en ont aujourd'hui conscience et les initiatives ne manquent pas.

Reste à l'organiser plus largement.

L'infirmier psy, un case manager "évident" ?

FRIARD Dominique, Santé Mentale, n° 216, 2017/03/01, pp. 41-44

Le case management doit s'appuyer sur un statut, qui reconnaisse les compétences et les spécificités du professionnel.

L'opportunité pour les infirmiers de développer et exercer des pratiques transversales en ville et à l'hôpital.

What ethics for case managers? Literature review and discussion

CORVOL Aline, MOUTEL Grégoire, SOMME Dominique, Nurs Ethics, 201611, vol.23/7, pp. 729-742

Little is known about case managers' ethical issues and professional values.

Objectives

This article presents an overview of ethical issues in case managers' current practice. Findings are examined in the light of nursing ethics, social work ethics and principle-based biomedical ethics.

Research Design

A systematic literature review was performed to identify and analyse empirical studies concerning ethical issues in case management programmes. It was completed by systematic content analysis of case managers' national codes of ethics.

Findings

Only nine empirical studies were identified, eight of them from North America. The main dilemmas were how to balance system goals against the client's interest and client protection

against autonomy. Professional codes of ethics shared important similarities, but offered different responses to these two dilemmas.

Discussion

We discuss the respective roles of professional and organizational ethics. Further lines of research are suggested.

La coordination, un enjeu infirmier [dossier]

LE BŒUF Dominique (coord.), Soins, n° 806, 2016/06, pp. 19-55

Au sommaire de ce dossier consacré à la coordination des soins :

- Des compétences spécifiques
- Coordonnateurs de parcours, quelles dynamiques professionnelles pour les infirmiers?
- Les nouveaux métiers de la coordination, profils et missions
- L'infirmier coordonnateur dans le système de soins français
- La coordination en oncologie, les infirmiers pivots
- Une plateforme de coordination infirmière en oncologie pour le retour à domicile
- La coordination des soins en centre de santé
- La coordination territoriale d'appui, rôle et compétences infirmières
- L'infirmière coordinatrice hospitalière pour le don, les prélèvements d'organes et de tissus
- Le rôle de l'infirmier coordonnateur en service de soins infirmiers à domicile
- La méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie
- Logique de parcours et coordination des soins
- Vers un dossier médical partagé pour favoriser la coordination des acteurs.

Une infirmière de coordination au bloc opératoire

SOUSSAN Line, Inter Bloc, vol. 35/1, 2016/01, pp. 50-52

L'ibode peut devenir par délégation un bon collaborateur du cadre de bloc dans la gestion de la programmation journalière du bloc opératoire.

À l'Hôpital Foch de Suresnes (92), un poste d'infirmier de coordination a été créé afin de secondar les cadres de proximité qui ont en charge plusieurs services.

Une fiche de fonction a ainsi été conçue par la direction des ressources humaines et un appel à candidatures lancé.

Le parcours de soins coordonné plus plébiscité par les infirmières que par les généralistes

CLERC Cyrienne, ActuSoins, 2015/10/21

Le parcours de soins coordonné, mis en place en 2005, a une meilleure image chez les patients et, côté professionnels de santé, les infirmières en ont une vision plus positive, indique un sondage réalisé par Ipsos pour MSD France en collaboration avec l'association Coopération santé.

Cette enquête est diffusée à l'occasion d'un colloque sur le parcours de soins du patient organisé par Coopération santé.

<http://www.actusoins.com/267275/le-parcours-de-soins-coordonne-plus-plebiscite-par-les-infirmieres-que-par-les-generalistes.html>

Les IPA en quête de reconnaissance

VLAEMÏNCK Françoise, Objectif Soins Management, n° 239, 2015/10

La nécessité d'améliorer la prise en charge des patients chroniques a fait émerger de nouveaux métiers infirmiers.

Pourtant promises à un nouvel avenir professionnel, les infirmières de pratique avancée (IPA) diplômées patinent depuis plusieurs années, faute d'un cadre légal et par conséquent de cadre d'emploi.

La future loi de santé pourrait donner corps à ce rôle infirmier mais la prudence reste de mise.

Nouveau champ professionnel en France. Les besoins de formation des gestionnaires de cas

SOMME Dominique, CORVOL Aline, COUTURIER Yves, et al., Santé Publique, vol. 27, Suppl, 2015/01, pp. 61-66

La gestion de cas est un champ professionnel assez récent en France qui s'appuie sur un ensemble de tâches largement décrit à l'international : identification du bon niveau d'intervention, évaluation multidimensionnelle standardisée, planification de l'ensemble des aides (soins et services), mise en place du plan, monitoring et réévaluation de celui-ci et réévaluation régulière de l'ensemble des besoins dans un processus continu et de long terme. Les caractères à la fois spécifique, systématique et dédié de ces tâches rendent une formation indispensable.

Cet article présente notamment l'historique de la gestion de cas et de la formation en France, et analyse les différents cadres de formation internationaux, identifiés au travers d'une recherche sur Internet.

<https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2015-HS-page-61.htm>

Expertise dans la coordination des parcours de soins

VIGNOT Marina, Revue de l'infirmière, n° 205, 2014/11, p. 37

Intéressée, dès ses premiers pas infirmiers, par les prises en charge complexes des personnes atteintes de maladies chroniques, Marina Vignot a fait de la coordination des parcours de soins le fil conducteur de son cheminement professionnel.

Améliorer la coordination des soins : enjeux et stratégies États-Unis/France

CATILLON Maryaline, Gestions Hospitalières, n° 540, 2014/11, pp. 524-527

Réduire les coûts et améliorer la qualité des soins : les systèmes de santé français et américain sont confrontés à des défis comparables.

Pour y répondre, la « loi Obama » fait de l'amélioration de la coordination des soins un levier majeur à travers la mise en place de nouveaux modèles et incitations économiques.

Sans apporter de réponses immédiates, la comparaison internationale propose des pistes de recherche à visée opérationnelle pour mieux comprendre et évaluer la coordination des soins et éclairer les options possibles pour l'améliorer.

Parcours et coordination. Les nouveaux organisateurs de l'action médico-sociale

LOUBAT Jean-René, Gestions Hospitalières, n° 538, 2014/08, pp. 395-399

Déjà utilisé dans le secteur sanitaire, le parcours s'impose désormais comme un paradigme remplaçant ou transcendant peu à peu ceux de filières et d'établissements qui constituaient le maillage institutionnel du secteur de l'action médico-sociale.

La primauté du parcours entérine le « recentrage sur la personne », évoqué par les textes législatifs de ces dernières décennies, et signe l'adoption d'une vision dynamique de l'existence.

Fondamentalement, c'est donc un modèle historique qui est en train de muter.

Les conséquences s'avèrent multiples, que ce soit sur le regard porté sur la personne en situation de handicap et ses besoins, sur les prestations proposées et les pratiques professionnelles, ainsi que sur les organisations et le partenariat envisagés.

The role played by relatives in coordinating the care pathway of ill persons (Les proches-aidants, quels rôles dans la coordination du parcours de soins des personnes malades)

BUTHION V., GODE C., Journal de Gestion et d'Economie Médicales, vol. 32, n° 7-8, 2014, pp. 501-519

La coordination des différentes tâches à accomplir au sein des équipes évoque une question fondatrice des théories du management et une préoccupation majeure pour le milieu médical.

Dans ce domaine, la coordination est avant tout abordée comme une affaire de structures et de professionnels construisant des habitudes de travail devenant des « réflexes » au fil du temps.

Pour autant, de nombreuses situations nécessitent une approche plus dynamique de la coordination, celle qui est « en train de se faire » et peut bousculer protocoles et structures.

Il est intéressant d'adopter cette approche, dite « en pratique », de la coordination pour examiner la posture des proches, spécifique par rapport à celles des patients traités par les professionnels.

Les proches représentent le tissu principal du soutien des personnes atteintes d'une maladie. Appelés « proches-aidants », ils sont conduits à devenir assistants de vie, soignants dans certaines circonstances particulières et/ou gardiens vigilants des signes de détérioration.

Leur participation est indispensable à la coordination des parcours de soins des personnes malades.

Leur rôle est pourtant peu étudié sous l'angle de la coordination « en pratique ».

Au moyen des résultats d'une étude menée sur les soins de supports en cancérologie, cet article interroge les pratiques de coordination développées par les proches-aidants dans le parcours de soins des personnes malades.

Intégrer les proches dans leur caractère ambivalent, à la fois acteurs aidants, mais également personnes touchées par les conséquences de la dégradation de la santé de leurs proches, est une étape fondamentale à un parcours de soins.

La médecine de parcours à l'épreuve des faits. Quels enjeux pour les dirigeants en santé? (Séminaire 1)

OLLIVIER Roland (coor.), MINVIELLE Etienne (coor.), Gestions Hospitalières, n° 537, 2014/06, pp. 376-377

Dans les pays industrialisés, l'allongement de la durée de vie ainsi que les évolutions de divers facteurs environnementaux (alimentation, activité physique, exposition à divers agents chimiques.) contribuent à l'augmentation de l'incidence de maladies complexes et chroniques. La prise en charge globale de ces pathologies doit être organisée de telle sorte à garantir la qualité des soins, accessibles à tous sur un territoire, avec le souci d'efficacité économique et de qualité des conditions de travail des professionnels de santé.

Comment trouver l'organisation la plus adaptée à la résolution de cette équation ?

Le Pr Minvielle présente en ouverture des éléments mesurables qui conduisent au constat actuel d'un besoin de coordination dans la prise en charge, et propose avec l'aide des apports des sciences de gestion des leviers à la mise en oeuvre et des pistes d'expérimentation.

Coordonnateurs d'innovations : Les nouvelles professionnalités en organisations sanitaires et médico-sociales

BLOCH Marie-Aline, HENAUT Léonie, La Revue hospitalière de France, n° 557, 2014/03, pp. 16-20

Ces dernières années, le monde sanitaire, social et médico-social a vu naître de nouveaux professionnels dont la mission, ou l'une des missions, est de « coordonner », c'est-à-dire de remédier à la fragmentation croissante du système de soins et d'aides.

Parmi ces professionnels, figurent des « coordonnateurs de parcours » et des « coordonnateurs d'innovations », ces derniers étant chargés de mettre en oeuvre les nouveaux principes de gestion des soins, les nouveaux instruments ou encore les nouvelles modalités de travail.

Qui sont ces coordonnateurs d'innovations ?

Quelles difficultés rencontrent-ils ?

Après avoir étudié deux types de coordonnateur, le « relais-traducteur » et « l'entrepreneur de réformes », cet article se penche plus particulièrement sur le troisième type, le « champion organisationnel », à travers l'exemple des directeurs de soins.

Nouveau métier : Idelia, un mot de liaison

VLAEMYNCK Françoise, BALICKI David (phot.), L'infirmière magazine, n° 336, 2014/01, pp. 20-23

L'hospitalisation à domicile (HAD) connaît actuellement un regain d'activité.

Face à une prise en charge de plus en plus complexe, l'AP-HP a décidé de structurer de manière pérenne la coordination du parcours des patients en créant un nouveau métier infirmier : « Idelia » pour « infirmière de liaison ».

Précisions.

Les infirmières en pratiques avancées dans les services de soins

RODRIGUEZ Marie-Pierre, Gestions Hospitalières, n° 528, 2013/08-09, pp. 410-413

Ancrées dans les soins, les infirmières en pratiques avancées (IPA) jouent un rôle clé dans la coordination des soins et dans les relations avec les patients.

En septembre 2011, les premières IPA sont entrées en fonction à l'Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille.

Un an après, les auteurs ont cherché à savoir si elles étaient parvenues à trouver leur place dans l'organisation des soins et à connaître les perceptions des équipes et des patients.

Prise de position de la société française de gériatrie et gérontologie sur le concept d'intégration

SOMME Dominique, TROUVE Hélène, PASSADORI Yves, CORVEZ Alain JEANDEL, Claude, BLOCH Marie-Aline, RUAULT Geneviève, DUPONT Olivier, DE STAMPA Matthieu, Gérontologie et société, 2013/2, vol. 36/145), pp. 201-226

Le concept d'intégration des soins et des services, bien que datant des années 90, n'est que récemment apparu dans les politiques publiques en France.

Ce concept doit s'articuler avec celui de « coordination » qui a prévalu dans la conduite de la majorité des politiques publiques touchant le champ gérontologique depuis les années 60 en France.

Afin de clarifier le concept et son adaptation à la réalité du système de soins et de services français, la Société française de gériatrie et de gérontologie a mandaté un groupe de travail interdisciplinaire. Les travaux de ce groupe sont synthétisés dans cet article.

La gestion de cas en gérontologie : nouveau métier, nouvelles questions

CORVOL Aline, MOUTEL Grégoire, SOMME Dominique, Gérontologie et société, 2012/3, vol. 35/142, pp. 195-204

La gestion de cas est une pratique professionnelle qui s'implante actuellement en France, en particulier dans le domaine des soins aux personnes âgées en perte d'autonomie, sous l'impulsion du Plan National Alzheimer 2008-2012.

Les « gestionnaires de cas » sont des professionnels qui interviennent auprès de personnes âgées vivant à domicile dont la situation est jugée particulièrement complexe sur le plan médical et social. Ils ont une expérience professionnelle comme infirmiers, travailleur social, psychologue ou ergothérapeute, et reçoivent une formation spécifique. Ils évaluent les besoins des personnes suivies et planifient et coordonnent les soins et les aides nécessaires. Ils accompagnent la personne sur le long terme, avec des visites régulières à domicile. L'implantation de ce nouveau service s'accompagne de la mise en place d'outils visant à favoriser le travail en commun des acteurs des secteurs sanitaires et sociaux au niveau d'un territoire pour lutter contre la fragmentation du système et promouvoir l'intégration. Nous discutons ici des spécificités du modèle français de gestion de cas, dit « intensif », et des questions éthiques qu'il soulève.

Elles concernent principalement trois domaines : le respect des choix des personnes vulnérables, en particulier en cas de refus de soins ; le respect de leur vie privée alors que des informations personnelles sont recueillies et partagées ; et la place possible du gestionnaire de cas dans le système d'allocation des ressources.

<https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe1-2012-3-page-195.htm>

Mémoires et thèses

Rôles et compétences des "coordinateurs d'innovation" dans le domaine des soins et des accompagnements pour les personnes ayant eu un AVC.

AUDIER Manon, DE CARHEIL Ariane, DRUILLET Valentine, LAVOIVRE Christine, MAZEREAU Anne, PASCINTO Lionel, RENAUD Sonia, MIP Module interprofessionnel de santé publique, EHESP, 2015, 27+VIII p.

La création récente des fonctions d'animateur de filière AVC résulte de l'adoption du plan AVC pour la période 2010-2014.

La filière AVC cherche à pallier les difficultés d'articulation entre les différents acteurs, en amont et en aval de la prise en charge.

La circulaire du 6 mars 2012 décline de façon opérationnelle le plan dans une nouvelle logique. Il s'inscrit dans le courant du « new public management » promoteur de nouvelles manières de penser l'organisation administrative dans une recherche d'efficience.

Dans ce contexte d'émergence d'un professionnalisme organisationnel, la fonction d'animateur de filière est spécifiquement créée.

Jouant un rôle majeur au sein de la filière naissante, les animateurs créent du lien entre chacun de ses acteurs sur le territoire.

Ils s'appuient sur un référent AVC identifié au sein de l'ARS.

Ce dernier pilote et donne un point de vue global à leur action.

L'étude cherche à déterminer dans quelle mesure les animateurs ont contribué à développer une fonction innovante qui pourrait être transposable à d'autres filières.

Elle formule pour cela deux hypothèses qu'elle cherche à vérifier : d'abord, les animateurs de filière exercent tous les mêmes activités, mais de façon différente en fonction du contexte et de leur métier d'origine ; ensuite, un métier d'animateur pourrait être en train de se constituer, avec une mission unique, des activités propres, un socle de compétences commun et un sentiment d'appartenance.

Les missions prescrites à ces professionnels sont complexes et s'apparentent à celles de coordinateurs d'innovations (Bloch et Henaut) par opposition aux coordonnateurs de parcours. Ils mettent en oeuvre une gestion opérationnelle innovante qui passe par une vision stratégique, un partenariat à impulser, à formaliser et à entretenir, l'animation de réseaux, la gestion de projets, l'évaluation et le réajustement éclairé par un suivi statistique.

L'exercice effectif varie selon le territoire, la légitimité des acteurs, les moyens mis disposition et le cumul d'activités.

Entre neurologues et professionnels non médicaux, les profils diffèrent.

L'existence d'un socle commun de compétences et d'une expertise partagée accompagne une reconnaissance académique.

Des interrogations sur l'évolution des fonctions, alors que le plan AVC s'achève et que les résultats des premières évaluations sont attendus, invitent à poursuivre la réflexion.

Mais le modèle s'impose d'ores et déjà comme avant-gardiste.

Il préfigure une modalité d'action décloisonnée des champs sanitaires, sociaux et médico-sociaux, notamment pour les pathologies générant des handicaps.

Le partage des compétences pourrait favoriser les synergies.

Il est alors possible d'envisager la pérennisation de la fonction qui ne cesse pour autant d'évoluer.

Les enseignements de l'expérience américaine en matière de coordination des soins. Définition, évaluation, déterminants, incitations, conduite de projets sur le terrain **CATILLON Maryaline, mémoire EHESP de Directeur d'Hôpital, 2013, 80 p.**

La coordination des soins est un enjeu de santé publique universel, mais sa définition ne fait pas consensus.

C'est une priorité sur les agendas politiques de nombreux pays de l'OCDE en raison de son impact sur la maîtrise des dépenses et sur l'amélioration de la qualité des soins, mais les stratégies pour l'améliorer sont multiples et leur impact est encore incertain.

C'est également un sujet au coeur de la réforme des systèmes de santé en France et aux États-Unis, mais la comparaison internationale est un véritable challenge en raison des différences systémiques et culturelles entre nos deux pays.

C'est enfin une question stratégique pour un futur directeur d'hôpital, car elle redéfinit la place de l'hôpital dans le système de santé.

Ce travail définit l'approche américaine de la coordination des soins, puis expose ses modalités d'évaluation, ses déterminants, les évolutions prévues par la loi Obama en termes de dispositifs et d'incitations économiques ainsi que les questions posées par la conduite de projets d'amélioration de la coordination des soins sur le terrain.

Il soulève ensuite, dans une perspective comparative, quelques grandes questions sur l'approche française de la coordination des soins, sa formulation en termes de parcours, ses modalités d'évaluation, ses déterminants, ainsi que les options envisagées ou envisageables pour la faire évoluer.

<http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Ehesp/memoires/edh/2013/catillon.pdf>

Faciliter les parcours des personnes âgées suite à une hospitalisation. Le territoire de santé : un enjeu de coordination pour le directeur des soins

HOUSSET Jacky, mémoire EHESP de Directeur des Soins, 2013, 58 p.

Le vieillissement de la population française n'est pas sans conséquence sur le système de soins.

Cette population connaît des fragilités liées à l'âge, aux pathologies chroniques et à l'isolement géographique et social.

Dès lors, la logique de parcours de santé des personnes âgées hospitalisées vers les structures médico-sociales doit tenir compte de l'ensemble de ces facteurs afin de produire le juste soin.

Or, le système de soins fragmenté nécessite de développer la coordination des acteurs appuyée par des systèmes d'information partagés.

Notre étude analyse les conditions favorables à la coordination des acteurs dans le cadre des parcours de personnes âgées sur un territoire de santé de proximité.

A l'aune de la littérature existante, des entretiens et des écarts entre les discours et la réalité observée, des préconisations affirmant le directeur de soins comme acteur stratégique collaborant avec les partenaires internes et externes visent à l'amélioration de la coordination des parcours.

<http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Ehesp/Memoires/ds/2013/housset.pdf>

La coordination dans le parcours de soins : un axe managérial pour le directeur des soins

MILLIET Chantal, mémoire EHESP de Directeur des Soins, 2013, 59 p.

La notion de parcours de soins occupe une place prépondérante dans notre système de santé, il répond à deux enjeux l'amélioration de la qualité des soins et la maîtrise des dépenses de santé.

Ces enjeux sont rendus nécessaires par l'augmentation des maladies chroniques, l'allongement de la durée de vie et la modification de besoins et attentes de la population.

L'hôpital n'est plus aujourd'hui le seul lieu de soin il s'intègre dans un parcours de soins coordonné et individualisé.

Ce positionnement, confère aux établissements de santé un rôle dans la coordination des professionnels du soin en amont et en aval d'une prise en charge hospitalière.

Cependant l'hyperspécialisation de la médecine et l'expertise développée au regard, a conduit à des organisations parcellisées et cloisonnées au sein des hôpitaux.

Il s'agit donc pour le directeur des soins de conduire un projet pour sortir d'un modèle « balkanisé » et se diriger vers une coordination volontaire dans le cadre d'un parcours de soins, c'est-à-dire conduire les équipes autour d'une coopération interservice et interpôle.

Cette culture du parcours de soins permettra de sortir d'un professionnalisme hospitalo-centré pour intégrer les établissements de santé dans le système globale de santé.

D'un hôpital de séjours à un hôpital de parcours, 1 : L'optimisation de la gestion des lits au CHU de Nîmes

GAUTHERET Julie, mémoire EHESP de Directeur d'hôpital, 2013, 55p.

L'optimisation de la gestion de la ressource lit constitue un enjeu stratégique pour le CHU de Nîmes.

En effet, il s'agit de répondre aux besoins de santé du territoire, d'assurer une prise en charge de qualité pour l'ensemble des patients et d'améliorer l'efficacité médico-économique et organisationnelle de l'établissement.

Face à cette problématique, l'établissement a déjà conduit plusieurs actions visant à éviter le prolongement des séjours et à réduire la durée de passage aux urgences avant hospitalisation. Pour amplifier cette dynamique, le CHU s'est doté d'une gouvernance médico-administrative renouvelée, pensée en vue de l'amélioration du parcours patient.

Ainsi, un plan d'actions coordonnées est en cours de déploiement pour mieux utiliser la ressource lit.

Il s'articule autour de deux axes complémentaires : mieux réguler l'entrée des patients programmés et non-programmés pour assurer une gestion optimale des capacités d'hospitalisation et mieux organiser la sortie d'hospitalisation pour réduire la durée de séjour et retrouver ainsi des capacités d'hospitalisation.

<http://documentation.ehesp.fr/memoires/2013/edh/gautheret.pdf>

Coordination des parcours complexes de soins, une pratique avancée en soins infirmiers

BESSE Juliette, CHERUBIN Alexis, FLUCK Guillaume, CONSTANT Nelly, STERVINO Christine, RAOUT Simon, GUIBARD Bénédicte, BIJOUX Mathieu, GOUEDO Fabrice, mémoire EHESP de Module Interprofessionnel (MIP), 2012, 60 p.

L'évolution de la démographie médicale, de la complexité des parcours de soins représentent de nouveaux défis pour la santé publique.

L'infirmière en pratique avancée peut alors apparaître comme un acteur apte à fluidifier les parcours de soins des patients.

Cependant, le cadre législatif, trop rigide et centré sur le médecin, doit faire l'objet de changements profonds pour instituer le nouveau rôle de l'infirmière.

Cette situation est le résultat d'une longue histoire et d'une quête pour la reconnaissance qui a vu l'infirmière s'affirmer progressivement comme partenaire des autres professionnels de santé.

Mais la redéfinition du rôle de l'infirmière ne saurait se faire sans une réelle collaboration entre les professionnels de santé médicaux et paramédicaux.

Bien que des expériences concluantes aient été menées dans différents pays, la France présente un retard dans l'évolution du rôle de l'infirmière.

Qu'il s'agisse de répondre aux besoins de la population lorsque les médecins sont trop peu nombreux, ou pour le management de cas en psychiatrie, les infirmières ont prouvé être des acteurs légitimes.

Mais l'absence de reconnaissance du corps médical, le problème de répartition des gains économiques et le positionnement flou de la profession infirmière rendent ces évolutions difficiles.

Le dispositif ASALEE essaie d'éviter ces écueils et se révèle être une des initiatives les plus marquantes dans la perspective d'une médecine de parcours.

Aujourd'hui il est urgent de créer un statut d'infirmière en pratique avancée (IPA) qui déclinerait de nouvelles modalités d'action aux niveaux national, régional et local.

Nous proposons un projet d'expérimentation locale d'une coordination de parcours complexe appliquée à la psychiatrie dans la région Midi-Pyrénées.

Ce projet illustre, dans une région présentant des difficultés d'accès aux soins, les raisons qui poussent à la recherche de nouvelles formes de coordination et la place centrale de l'IPA dans ce processus.

http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Ehesp/Memoires/mip/2012/groupe_10.pdf

Filières de soins, intégration, gestion de cas et maintien de l'autonomie des personnes âgées : service de gériatrie Hôpital européen Georges Pompidou, Paris, France, Centre de recherche sur le vieillissement

SOMME Dominique, Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke (Canada), Doctorat d'université, Université de Reims, 2008, 229 p.

Le système de soins et d'aide aux personnes âgées en perte d'autonomie en France se caractérise par un nombre importants d'acteurs. Cela entraîne des difficultés pour les personnes à trouver l'aide dont elles ont besoin dans un système fragmenté. Au moment où l'évolution de l'espérance de vie augmente de façon nette, il semble indispensable de s'interroger sur les conséquences actuelles de cette fragmentation.

Nous en avons étudié deux : l'utilisation inappropriée de l'hôpital, et le non-respect des droits fondamentaux de la personne au cours de l'institutionnalisation. Nos résultats mettent en évidence l'importance de raisonner à partir du domicile des personnes et en s'appuyant sur l'intégration de toutes les structures de soins et d'aide.

Nous apportons également une réflexion méthodologique sur les études des filières de soins qui permettent d'appréhender ces phénomènes. Le constat de l'inadaptation du système de soins et d'aide crée une situation de tension qui pousse vers l'innovation. Le modèle PRISMA, par son antériorité, son efficacité prouvée au Québec, sa flexibilité démontrée offre l'opportunité d'étudier l'implantation d'un modèle d'intégration en France. L'étude des modifications organisationnelles et de pratiques professionnelles actuellement en cours permettra d'identifier les facteurs de mutation du système vers l'intégration. Cependant, le sens même de l'intégration est que la personne perçoive "le bon service ou bon moment au bon endroit par la bonne personne au moindre coût humain et social". Cet objectif nécessite le recours à un gestionnaire de cas, nouveau champ professionnel. Nous avons analysé au Québec en profondeur l'une de leur tâche : la planification individualisée. Les gestionnaires de cas eux-mêmes décrivaient l'inadaptation de leurs outils de travail évaluée selon une approche d'ergonomie cognitive.

Ces travaux ont conduit le ministère de la Santé et des Services sociaux à mandater un groupe de travail afin de préciser la démarche et les outils nécessaires à la planification individualisée dont nous rapportons la méthode de travail et les résultats.

<http://ebureau.univ-reims.fr/slide/files/quotas/SCD/theses/exl-doc/GED00000740.pdf>

Ouvrages

Les nouveaux enjeux du secteur social et médico social : décroisonner/coordonner les parcours de vie et de soin

GUIRIMAND Nicolas, LEPLÈGE Alain, MAZEREAU Philippe. Champ social, collection Inclusion et coordination, 2018, 250 p.

Cet ouvrage contribue à éclairer les mécanismes implicites et explicites de la collaboration interprofessionnelle, sur les questions de l'inclusion sociale et scolaire, de l'éducation thérapeutique

La notion de parcours de vie impose une transformation profonde des modalités d'organisation du secteur médico-social, sanitaire, éducatif ou d'accès aux structures de droit commun. Lorsqu'il s'agit de suivre et d'accompagner des personnes en situation de handicap ou de dépendance, ainsi que des malades chroniques, elle implique de définir avec les usagers leur projet de vie. En conséquence, ce travail impulse une dynamique d'élaboration et de prise de décision à la croisée de plusieurs secteurs.

Accompagner les personnes en situation de handicap ou malades chroniques dans l'élaboration de leur parcours de vie, favoriser l'accessibilité aux services de droit commun, les aider à s'autonomiser et à trouver des réponses à leurs besoins et attentes, implique la mise en œuvre de dispositifs innovants en matière d'éducation thérapeutique, d'inclusion scolaire et péri-scolaire, mais aussi de soutien à la parentalité pour les familles les plus vulnérables.

La pluralité des modalités de mise en œuvre de programmes d'éducation thérapeutique et de dispositifs sanitaires et médico-sociaux d'accompagnement rend difficile la lecture des services proposés à la fois pour les usagers et pour les agents impliqués dans leur mise en œuvre. Si de manière consensuelle, la pluridisciplinarité est reconnue comme indispensable, la coopération entre les intervenants, elle, est essentielle. Pourtant cette coopération nécessite d'être pensée et analysée dans sa complexité, c'est-à-dire au point d'intersection entre les intérêts et les enjeux des agents à et pour cette pratique éducative, les moyens dont ils disposent pour sa mise en œuvre, sa temporalité (hospitalisation de jour, moyen séjour, stage intensif), les lieux d'exercice (service hospitalier, pôle de santé, domicile du patient, etc.).

La coordination des parcours de vie appelle donc une exploration multidimensionnelle : sociologique, psychologique, philosophique, politique et anthropologique approfondie de toutes ces dimensions. Cet ouvrage tente d'apporter des éléments de compréhension en interrogeant, dans un même mouvement, les mécanismes implicites et explicites de la collaboration interprofessionnelle, les questions de l'inclusion sociale et scolaire, de l'éducation thérapeutique des jeunes en situation de handicap, ainsi que les transformations identitaires des acteurs qui coopèrent à la construction des parcours de vie.

La pratique infirmière avancée : vers un consensus au sein de la francophonie.

MORIN D. Secrétariat international des infirmières et infirmiers de l'espace francophone (SIDIIEF), 2018, 88 p.

Cette publication a pour objectif de soutenir le développement de la profession infirmière au sein de l'espace francophone.

L'analyse de ses fondements et de sa valeur économique conclut sur des considérations et des énoncés stratégiques capables de soutenir son évolution pour la configurer à la hauteur des besoins de santé d'une population, et ce, dans le respect des contextes culturel, politique, économique et professionnel propres à chaque système de santé.

Les coopérations en santé

GALLET Bruno, MATTEI Jean-François (préf.), Presses de l'EHESP, collection Fondamentaux, 2017, 203 p.

La loi de modernisation de notre système de santé (2016), dans la continuité des précédentes réformes, fait de la coopération l'outil principal pour relever les défis que pose aujourd'hui le système de santé.

Des problèmes spécifiques comme les déserts médicaux, ou la continuité de prise en charge entre les acteurs sanitaires et les professionnels des secteurs sociaux et médico-sociaux, ne

trouveront de solutions que par le développement de partenariats basés sur des outils et méthodes recensés dans cet ouvrage.

Ce guide permet d'aborder les déterminants du développement des coopérations en santé et présente les différentes formes de coopération : groupement de coopération sanitaire (GCS), groupement hospitalier de territoire (GHT), protocole de coopération entre professionnels de santé, réseaux de santé, maisons de santé, etc.

Enfin, il consacre un point sur les thématiques clés de la coopération : pilotage des ressources humaines, droits du patient, cadre comptable, achats.

Coordonner parcours et plans personnalisés en action sociale et médico-sociale.

LOUBAT Jean-René. Dunod, collection Santé Social, 2e édition, 2017, 246 p.

Les secteurs de l'action sociale et médico-sociale sont passés en deux décennies du « tout institutionnel » à un recentrage sur la personne, son parcours et son environnement.

Aider une personne à réaliser son projet de vie au travers d'un plan d'accompagnement personnalisé, telle est la vocation des dispositifs d'aujourd'hui, véritables plates-formes de service centrées sur la promotion sociale et le développement personnel de leurs bénéficiaires.

Jean-René Loubat aborde toutes les étapes concrètes de la coordination de parcours et de plans d'accompagnement : depuis l'accueil, la consultation des attentes et des besoins, l'élaboration d'un plan d'action, sa négociation, son suivi et sa co-évaluation.

Dans la filiation du case management, cette coordination constitue pour lui une fonction émergente d'avenir, source d'évolution professionnelle pour de nombreux praticiens.

L'intervention de coordination dans les métiers du prendre soin

COUTURIER Yves, BELZILE Louise. Champ social, collection Formation des adultes et professionnalisation, 2016, 168 p.

En réponse à l'exigence de plus en plus affirmée d'une meilleure prise en compte des complexités constitutives des problèmes sociaux et de santé, les métiers du prendre soin (sciences infirmières, travail social, médecine, éducation, etc.) sont conviés à se coordonner davantage, et nombre de leurs intervenants remplissent une fonction relativement nouvelle de coordonnateur dédié.

L'émergence de la coordination dans ces métiers constitue alors un puissant analyseur de la transformation de la professionnalité de ces divers métiers.

Le présent ouvrage expose les fondements de cette transformation et en illustre certains de ses effets à travers la figure archétypique du gestionnaire de cas.

Une telle figure de la coordination incarne la façon émergente de concevoir des services davantage intégrés pour mieux répondre aux besoins complexes des personnes.

L'ouvrage s'adresse autant aux praticiens réflexifs, qu'aux étudiants et formateurs qui souhaitent comprendre les évolutions en cours.

Il s'adresse aussi aux chercheurs qui étudient cette nouvelle façon de concevoir l'action professionnelle dans les métiers du prendre soin qu'est l'intervention de coordination.

Cette réflexion se structure autour des concepts d'intervention, de situation, de réflexivité, de collaboration interprofessionnelle et de médiation, soit autant de fondamentaux permettant de concevoir l'importance des pratiques de coordination dont le terrain d'action ne cesse de s'étendre.

Encadrer les parcours de soins. Vers des alliances thérapeutiques élargies ?

MISPELBLOM BEYER Frederik. Dunod, Collection Santé Social, 2016, 224 p.

Faire le lien entre hiérarchie, médecins, équipes et métiers support, s'investir dans des projets transversaux et encadrer les parcours de patients entre intérieur et extérieur de l'hôpital, telles sont les tâches des cadres hospitaliers. Mais les médecins et les autres soignants, s'intéressant aux conditions de vie des malades, savent également que sans leur participation active il n'y a pas de soin qui vaille – sans oublier les acteurs des politiques de santé territoriales et les partenariats avec le secteur social et associatif.

Par leurs paroles, actes et gestes tous produisent des effets sur le sens des soins. L'auteur souligne les traits saillants des spécificités des uns et des autres, et les valeurs, logiques et orientations communes qui font passerelle entre métiers différents. Il en décrit l'art et la manière.

Construit comme un parcours de soin, l'ouvrage part du champ de la santé pour nous mener vers la médecine générale, puis l'hôpital, dont on sort à la fin par la porte de l'éducation thérapeutique des patients, laquelle débouche sur la perspective du soin de soi.

Structurer les parcours de soins et de santé. Politiques, méthodes et outils pour la mise en oeuvre de la loi santé

DANOS Jean-Pierre. Les Études Hospitalières, Collection Décideur santé, 2016, 240 p.

Au cours des cinquante dernières années, le système de santé français a été construit autour de l'hôpital et des spécialités médicales pour les malades en phase aiguë. Ce système souffre d'importants cloisonnements, notamment avec le secteur médico-social ainsi qu'auprès des professionnels de santé de ville. Enfin, l'accès aux soins est loin d'être égalitaire sur le territoire français. Depuis bientôt une dizaine d'années et notamment avec la loi HPST, est apparue une autre manière de structurer notre système de santé. La montée en puissance de la notion de parcours de soins et de santé conduit à repenser notre système de santé et médico-social autour du patient et de ses besoins, dans un périmètre territorialisé.

La stratégie nationale de santé intègre le vieillissement de la population et la prédominance des maladies chroniques et la nécessité de l'égalité d'accès aux soins.

L'un des axes majeurs de la loi Santé est d'organiser les soins autour des parcours des patients et en garantir l'égal accès. Mais comment mettre en oeuvre les nouvelles pratiques impliquées par cette loi inédite ? Cela revient à donner aux soins primaires et au médecin traitant un rôle pivot dans la gestion et l'accompagnement de ce parcours de soins et de santé.

« L'organisation des soins doit être simplifiée, décloisonnée, recentrée autour du médecin traitant, articulant les interventions des professionnels, services et établissements d'un territoire autour de parcours. »

D'autre part, il s'agit de promouvoir des « prises en charge globales (promotion de la santé, éducation thérapeutique, dépistage, parcours pour maladies chroniques, handicap et perte d'autonomie, prise en charge de l'entourage, recherche coordonnée...) ». Pour beaucoup de professionnels du monde de la santé, il s'agit d'une révolution copernicienne qui implique de penser, d'organiser et d'agir autrement.

Le présent ouvrage est conçu comme un mode d'emploi de la loi Santé pour sa partie concernant la structuration des parcours de soins et de santé. Élaboré par des consultants, il offre des méthodologies, des outils et des exemples de pratiques avancées.

À la découverte des innovations managériales hospitalières - Ce que nous enseignent les acteurs de terrain

DURAND Vanessa (dir), MINVIELLE Étienne (dir). Presses de l'EHESP, 2016, 154 p.

Les établissements de santé sont soumis à des contraintes multiples et intenses. Pour autant, ils s'adaptent, s'approprient les réformes, parviennent à anticiper les évolutions. Les acteurs de terrain sont bien souvent de véritables « lanceurs d'innovations », qu'ils parviennent à mettre en place autour de valeurs collectives fortes.

Quels enseignements tirer de leur expérience ? Une fois l'impérieuse nécessité d'évoluer entendue, comment faire concrètement ?

À travers douze fiches pratiques, des équipes décrivent les expérimentations qu'elles ont menées, analysent leurs retombées et révèlent les facteurs facilitants.

Les innovations managériales présentées portent sur différentes dimensions des organisations de santé :

- la stratégie et les processus organisationnels ;
- les modes d'intervention du changement organisationnel ;
- le management d'équipe ;
- le service au patient et à son entourage.

Cet ouvrage s'adresse aux directeurs et chefs d'établissements, responsables de projets, chefs de pôles, cadres de santé ou de gestion, ingénieurs qualité et en organisation, enseignants et étudiants en management des organisations de santé ont ainsi un accès direct à des exemples pratiques et contextualisés d'innovations.

Par la diversité des contributions, le caractère innovant des projets, la qualité des synthèses et préconisations, cet ouvrage contribue à la diffusion de la culture de l'innovation dans les établissements de santé.

L'organisation des parcours de soins coordonnés

LAVIELLE-MALIFARGE Stéphanie, BERNSTEIN David. Les Echos Etudes, 2015

Nouvelles rémunérations des professionnels de santé, structures de soins pluridisciplinaires, nouveaux métiers et pratiques avancées... : quels impacts la médecine de parcours aura-t-elle sur l'organisation des soins ?

Cette étude a pour but :

- d'anticiper la nouvelle organisation des soins ambulatoires et hospitaliers
- de dresser un bilan des mesures politiques et des dispositions réglementaires cinq ans après la loi HPST
- de faire un point précis sur les expérimentations et les dispositifs de coordination déjà mis en place
- de disposer d'un benchmark des parcours de soins en Angleterre, aux Pays-Bas et aux Etats-Unis
- de réfléchir au rôle que les industriels du médicament et du DM pourraient assurer dans le déploiement des parcours de soins.

Coordination et parcours : la dynamique du monde sanitaire, social et médico-social

BLOCH M.A., HENAUT L., HAVIS D. (préf). Dunod, 2014, 315 p.

L'accroissement du nombre de personnes âgées, handicapées ou atteintes de maladies chroniques, rend nécessaire le développement et la diversification des soins et des services, mais demande aussi une meilleure coordination des interventions.

Pour lutter contre les différents cloisonnements du système de santé et d'aide, les pouvoirs publics, les professionnels et les associations de familles et d'usagers sont engagés dans un processus permanent d'innovation et de coopération à l'origine de la dynamique de l'ensemble du monde sanitaire, social et médico-social.

Cet ouvrage retrace l'histoire de la structuration de la coordination en France dans plusieurs domaines d'intervention (gérontologie, santé mentale, handicap, cancer, maladies rares, accident cérébral), ainsi que l'apparition récente de la notion de parcours dans l'espace public. Il propose une analyse critique des politiques conduites en matière de coordination, et tente d'expliquer la persistance des dysfonctionnements observés.

À partir d'enquêtes réalisées sur plusieurs territoires, les facteurs de succès pour la mise en place de dispositifs de coordination pérennes sont ensuite mis en évidence.

L'innovation se révèle être le produit des interactions entre initiatives locales et directives nationales.

Enfin, l'ouvrage propose une typologie des nouveaux professionnels de la coordination (gestionnaires de cas, pilotes, référents, médecins coordonnateurs, chargés de mission.) et souligne notamment le rôle clé joué par les cadres intermédiaires des organisations sanitaires, sociales et médico-sociales.

The invisible work of nurses: hospitals, organisation and healthcare

ALLEN Davina Ann. Routledge, 2014, 170 p.

Nursing is typically understood, and understands itself, as a care-giving occupation. It is through its relationships with patients – whether these are absent, present, good, bad or indifferent - that modern day nursing is defined. Yet nursing work extends far beyond direct patient care activities. Across the spectrum of locales in which they are employed, nurses, in numerous ways, support and sustain the delivery and organisation of health services. In recent history, however, this wider work has generally been regarded as at best an adjunct to the core

nursing function, and at worse responsible for taking nurses away from their 'real work' with patients. Beyond its identity as the 'other' to care-giving, little is known about this element of nursing practice.

Drawing on extensive observational research of the everyday work UK hospital and insights from practice based approaches and actor network theory, the aim of this book is to lay the empirical and theoretical foundations for a reappraisal of the nursing contribution to society by shining a light on this invisible aspect of nurses' work. Nurses, it is argued, can be understood as focal actors in health systems and through myriad processes of 'translational mobilisation' sustain the networks through which care is organised. Not only is this work an essential driver of action, it also operates as a powerful countervailing force to the centrifugal tendencies inherent in healthcare organisations which, for all their gloss of order and rationality, are in reality very loose arrangements.

The Invisible Work of Nurses will be interest to academics and students across a number of fields, including nursing, medical sociology, organisational studies, health management, science and technology studies, and improvement science.

Textes réglementaires

Projet de loi relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé

<http://www.assemblee-nationale.fr/15/pdf/projets/pl1681.pdf>

Infirmier en pratique avancée (IPA)

Arrêté du 18 juillet 2018 fixant les listes permettant l'exercice infirmier en pratique avancée en application de l'article R. 4301-3 du code de santé publique

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000037218201&dateTexte=&categorieLien=id>

Décret n° 2018-629 du 18 juillet 2018 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000037218115&dateTexte=&categorieLien=id>

Décret n° 2018-633 du 18 juillet 2018 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier en pratique avancée

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000037218444&fastPos=1&fastReqId=2033743369&categorieLien=id&oldAction=rechTexte>

Arrêté du 18 juillet 2018 relatif au régime des études en vue du diplôme d'Etat d'infirmier en pratique avancée

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000037218463&fastPos=4&fastReqId=980983970&categorieLien=id&oldAction=rechTexte>

Hôpitaux de proximité

Article R6111-25 du code de la santé publique

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000032572806&dateTexte=&categorieLien=cid>

Arrêté du 18 avril 2018 fixant la liste des hôpitaux de proximité mentionnée à l'article R. 6111-25 du code de la santé publique

https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=789D60AB0D7ACA0FD60978DA6EDEF8C8.tplqfr42s_1?cidTexte=JORFTEXT000036915183&dateTexte=&oldAction=rechJO&categorieLien=id&idJO=JORFCONT000036915030