



**HAL**  
open science

# La coordination des acteurs dans le parcours de soins du patient

Émilie Babau, Diane Courie, Louise Goiset

► **To cite this version:**

Émilie Babau, Diane Courie, Louise Goiset. La coordination des acteurs dans le parcours de soins du patient. Sciences de l'Homme et Société. 2023. dumas-04221463

**HAL Id: dumas-04221463**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04221463>**

Submitted on 5 Dec 2023

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - ShareAlike 4.0 International License

**UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER**

**MOMA**

**MÉMOIRE**

PRÉSENTÉ POUR L'OBTENTION DU

**MASTER 2 MANAGEMENT STRATEGIQUE DES ORGANISATIONS DE SANTE**

Option « sanitaire » ou Option « médico-social »

La coordination des acteurs dans le parcours de soins du patient

**Présenté par :**

BABAU Émilie - COURIE DIANE - GOISET Louise

**Jury :**

**Maxence CORMIER** : avocat au barreau de Paris et Directeur de mémoire

**Irène GEORGESCU** : professeur des Universités, Responsable du Master 2

Management Stratégique des Organisations de Santé

**Année :**

29 août 2023

"Un soin de qualité nécessite une équipe de soins où chaque membre joue un rôle essentiel dans la fourniture de soins coordonnés et basés sur les preuves"

- Dr. Edward Wagner -

# Sommaire

---

<b>SOMMAIRE</b>	<b>3</b>
<b>ACRONYMES</b>	<b>5</b>
<b>REMERCIEMENTS</b>	<b>9</b>
<b>INTRODUCTION</b>	<b>10</b>
<b>PARTIE 1 : LA REVUE DE LITTÉRATURE</b>	<b>18</b>
<b>CHAPITRE 1 – Le parcours de soins</b>	<b>19</b>
	<b>19</b>
<b>CHAPITRE 2 – Les outils de coopérations</b>	<b>34</b>
	<b>34</b>
<b>CHAPITRE 3 – Les outils de coordination</b>	<b>49</b>
	<b>49</b>
<b>PARTIE 2 : LA MÉTHODOLOGIE</b>	<b>77</b>
<b>CHAPITRE 1 – Identification des besoins de notre enquête</b>	<b>78</b>
	<b>78</b>
<b>CHAPITRE 2 – Le choix de la méthode d’analyse en cohérence avec l’étude prévisionnelle</b>	<b>81</b>
	<b>81</b>
<b>PARTIE 3 : RÉSULTATS ET DISCUSSIONS</b>	<b>84</b>
<b>CHAPITRE 1 – Résultats de l’enquête</b>	<b>85</b>
	<b>85</b>
<b>CHAPITRE 2 – Discussion</b>	<b>115</b>
	<b>115</b>
<b>CONCLUSION</b>	<b>135</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE</b>	<b>139</b>

<b>TABLE DES MATIÈRES</b>	<b>144</b>
<b>ANNEXES</b>	<b>146</b>
<b>RÉSUMÉ</b>	<b>147</b>

# Acronymes

---

AC\$ % A&&o() Co\*+e\*tio\*\*e/ \$\*te(0(o1e22io\*\*e/2

A3 % A224(5\*&e 35/5)ie

A6A78 % A9e\*&e 65tio\*5/e ):A&&(;)it5tio\* et ):<+5/45tio\* e\* 85\*t;

A=8 % A9e\*&e =;9io\*5/e )e 85\*t;

C>T % Ce\*t(e >o20it5/ie( )e Te((itoi(e

C>@ % Ce\*t(e >o20it5/ie( @\*i+e(2it5i(e

CA\$C % Ce\*t(e Ao&5/ ):\$\*1o(B5tio\* et )e Coo())i\*5tio\*

C6A3 % C5i22e 65tio\*5/e ):A224(5\*&e 35/5)ie

C6\$A % CoBBi22io\* 65tio\*5/e )e /:\$\*1o(B5tiC4e et )e2 AiDe(t;2

CE8 % CoBit; ):E(95\*i25tio\* )e /5 85\*t;

CFE3 % Co\*t(5t F/4(i5\*\*4e/ ):EDje&ti'2 et )e 3oHe\*2

CFT8 % CoBB4\*54t; F(o1e22io\*\*e//e Te((ito(i5/e )e 85\*t;

CTA % Ce\*t(e )e T(5iteBe\*t )e2 A))i&tio\*2

IAC % Ii20o2iti1 )JA004i à /5 Coo())i\*5tio\*

I LA=8 % Ii(e&te4( L;\*;(5/ A4to(it; =;9io\*5/e )e 85\*t;

I\$3 % I;05(teBe\*t ):\$\*1o(B5tio\* 3;)i&5/e

I3F % Io22ie( 3;)i&5/ F5(t59;

IF\$ % Io22ie( F5tie\*t \$\*1o(B5ti2;

I=778 % Ii(e&tio\* )e /5 =e&Me(&MeN )e2 <t4)e2N )e /:<+5/45tio\* et )e2 8t5ti2tiC4e2

768 % <C4i0e 65tio\*5/e )e 85\*t;

7F7 % <t5D/i22eBe\*t F4D/i& )e /:<t5t

O>0 % O;);(5tio\* >o20it5/iè(e )e 0(5\*&e

O>F % O;);(5tio\* )e /:>o20it5/i25tio\* F(i+;e

0\$QC8 % Oo\*)2 )J\$\*te(+e\*tio\* Oo4( /5 Q45/it; et /5 Coo()i\*5tio\* )e2 8oi\*2

0\$= % Oo\*)2 ):\$\*te(+e\*tio\* =;9io\*5/

LC8 % L(o40eBe\*t )e Co0;(5tio\* 85\*it5i(e

LC838 % L(o40eBe\*t )e Co0;(5tio\* 8o&i5/e et 3; )i&oR8o&i5/e

L>T % L(o40eBe\*t >o20it5/ie( )e Te((itoi(e

L\$7 % L(o40eBe\*t ):\$\*t;(ê<&o\*oBiC4e

L\$F % L(o40eBe\*t ):\$\*t;(ê< F4D/i&

>A■ % >o20it5/i25tio\* À ■oBi&i/e

>A8 % >54te A4to(it; )e 85\*t;

>C8F % >54t Co\*2ei/ )e /5 85\*t; F4D/iC4e

>F8T % >ô0it5/N F5tie\*t2N 85\*t;N Te((itoi(e2

\$I7C % \$\*1i(Bie( liO/ôB; ):<t5t Coo()i\*5te4(

\$0AQ % \$\*&it5tio\* Oi\*5\*&iè(e à /J5B;/io(5tio\* )e /5 Q45/it;

\$0= % \$\*2tit4t O;);(5ti1 )e =e&Me(&Me

\$LA8 % \$\*20e&tio\* L;\*(;5/e )e2 A115i(e2 8o&i5/e2

\$FA % \$\*1i(Bie( e\* F(5tiC4e A+5\*&;e

\$Q88 % \$\*)i&5te4(2 )e C45/it; et )e 2;&4(it; )e2 2oi\*2

A088 % Aoi )e Oi\*5\*&eBe\*t )e /5 8;&4(it; 8o&i5/e

A388 % Aoi )e 3o)e(\*i25tio\* )e \*ot(e 8H2tèBe )e 85\*t;  
3A\$A % 3;tMo)e ):A&tio\* 0o4( /:\$\*t;9(5tio\* )e2 2e(+i&e2 ):5i)e et )e 2oi\*2 )5\*2 /e &M5B0  
)e /:A4to\*oBie  
3CE % 3;)e&i\*eN CMi(4(9ieN ED2t;t(iC4e  
38F % 35i2o\* )e 85\*t; F/4(i0(o1e22io\*\*e//e  
3T % 3;)e&i\*e )4 T(5+5i/  
E38 % E(95\*i25tio\* 3o\*)i5/e )e /5 85\*t;  
E6 A3 % EDje&ti1 65tio\*5/ )e2 I ;0e\*2e2 ):A224(5\*&e 35/5)ie  
ET88 % E(95\*i25tio\* et à /5 T(5\*21o(B5tio\* )4 8H2tèBe )e 85\*t;  
FCE % F/5te1o(Be )e Coo()i\*5tio\* )e2 E0;(5tio\*2  
F3F % F(o9(5BBe 3;)i&5/ F5(t59;  
F38\$ % F(o9(5BBe )e 3;)i&5/i25tio\* )e2 8H2tèBe2 ):\*\$1o(B5tio\*  
F=AF8 % F(o9(5BBe =;9io\*5/ )JA&&è2 à /5 F(;+e\*tio\* et 54V 8oi\*2  
F=8 % F(ojet =;9io\*5/ )e 85\*t;  
F8F % F/5\* )e 85\*t; F4D/iC4e  
FTA % F/5te1o(Be2 Te((ito(i5/e2 )JA004i  
F@\$ % FM5(B5&ie à @259e \$\*t;(ie4(  
=LF I % =è9/eBe\*t L;\*;(5/ 24( /5 F(ote&tio\* )e2 I o\*\* ;e2  
=> % =e22o4(&e2 >4B5i\*e2  
8\$> % 8H2tèBe ):\*\$1o(B5tio\* >o20it5/ie(  
83= % 8oi\*2 3;)i&54V et )e =;5)50t5tio\*  
868 % 8e(+i&e 65tio\*5/ )e 85\*t;



8F> % 85\*t; F4D/iC4e >o20it5/iè(e

8=8 % 8&M;B5 =;9io\*5/ )e 85\*t;

T\$C % Te&M\*o/o9ie2 )e /:\$\*1o(B5tio\* et )e /5 CoBB4\*i&5tio\*

003F8 % O;);(5tio\* 0(5\*W5i2e )e2 35i2o\*2 et Fô/e2 )e 85\*t;

# Remerciements

---

A **Madame Irène GEORGESCU**, notre directrice de Master, pour nous avoir apporté les outils méthodologiques indispensables à la conduite de cette recherche.

A **Maitre Cormier**, notre directeur de mémoire, pour son accompagnement et sa bienveillance au cours de cette année de formation.

A **l'ensemble des professionnels** que nous avons interrogés pour avoir pris le temps de répondre et de nous avoir apportés des informations indispensables à la réalisation de ce mémoire

A **l'ensemble de l'équipe du CESEGH**, pour avoir organisé l'ensemble de la gestion administrative de nos deux années de formation.

A **l'ensemble de l'équipe pédagogique** pour avoir assuré la partie théorique des différentes modalités enseignées et fourni les outils nécessaires à la réussite de nos études.

# Introduction

---

Depuis de nombreuses années le parcours de soins évolue et il va au-delà du point de vue médical, il intègre de nouvelles notions afin de construire une prise en charge globale et coordonnée des patients. Plusieurs facteurs sont à l'origine de ces évolutions à savoir l'augmentation des maladies chroniques et le vieillissement de la population. L'ensemble de ces facteurs impliquent sur le long terme un meilleur accompagnement sur le plan médical et social. De plus en plus de professionnels sont impliqués dans la prise en charge des patients du fait de leur suivi et la volonté est de faire travailler ces professionnels ensemble, main dans la main, afin de répondre au mieux aux besoins des patients. L'approche par le parcours de soins implique de mieux répondre aux différents besoins des personnes tout au long de leur vie en faisant au mieux pour assurer la continuité des soins.

La Haute Autorité de Santé (HAS) définit le parcours de soins comme : « *une démarche qui consiste à développer une meilleure coordination des interventions professionnelles, fondées sur de bonnes pratiques, lors des phases aiguës de la maladie comme lors de l'accompagnement global du patient sur le long terme*<sup>1</sup>. » Cette même autorité poursuit en affirmant que : « *Cette notion de parcours de soins permet ainsi de s'appuyer sur les bonnes pratiques de chaque professionnel mais aussi de développer les actions d'anticipation, de coordination et d'échanges d'informations entre tous les acteurs impliqués.* »

Le terme « *coopérer* » signifie prendre part, collaborer, participer ou encore concourir à une œuvre commune<sup>2</sup>. Il s'agit véritablement d'une mise en commun de moyens entre plusieurs personnes afin de réaliser un même but.

Le terme « *coordination* » s'entend comme le fait de « *Coordonner une activité, c'est orchestrer la séquence et le timing d'une série d'actions indépendantes : il faut aligner les connaissances avec les tâches, définir qui fait quoi, quand, comment et avec qui. La coordination peut être explicite, grâce*

---

<sup>1</sup> Questions/Réponses HAS - Mai 2012 - Parcours de soins.

<sup>2</sup>Dictionnaire Larousse

*à une communication active ou à une planification préétablie ; elle peut aussi être implicite dans le cas où l'équipe anticipe et ajuste de manière dynamique son comportement collectif, sans être dirigé. »<sup>3</sup>*

La coordination et la coopération du parcours de soins se font à plusieurs niveaux.

Dans un premier temps, au niveau national avec la Stratégie Nationale de Santé (SNS). La SNS a été prononcée par le Premier Ministre à Grenoble en 2013 avec l'ambition d'intégrer une vision cohérente des enjeux<sup>4</sup>. Cette stratégie va permettre de fixer une vision partagée par l'ensemble des acteurs de la santé afin d'avancer et de prioriser les actions à mettre en place pour réduire les inégalités d'accès au système de soins, diminuer la mortalité prématurée et améliorer l'espérance de vie en bonne santé de la population. Son objectif est de rendre l'action collective de l'ensemble des ministères du domaine de la santé cohérente. La SNS est fixée initialement pour une durée de 5 ans, mais depuis 2023 sa durée a été rallongée à 10 ans. Elle constitue le fil conducteur de toutes les mesures, actions et plans à venir au niveau régional et local. La stratégie nationale de santé se compose de deux principaux objectifs qui vont donner le « la ». Tout d'abord, elle garantit la cohérence des politiques nationales de santé à travers la Loi de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS), le plan national de santé publique ou encore la convention d'objectifs et de gestion de l'Assurance Maladie (AM). Ensuite, elle permet la mise en œuvre dans les territoires à travers la mise en place des Projets Régionaux de Santé (PRS).

Récemment, le Haut Conseil de la Santé publique (HCSP) a été saisi le 18 octobre 2022 pour réaliser une analyse de l'état de santé de la population. L'objectif est de connaître la nouvelle stratégie d'action à mettre en place à compter de 2023. Ce rapport a été publié le 28 mars 2023<sup>5</sup>. Pour définir les nouvelles priorités, le HCSP s'appuie de la SNS précédente qui avait été défini en 2017. Après avoir constaté que certaines difficultés mises en lumière en 2017 ne se sont pas améliorées, comme les inégalités sociales et territoriales de santé qui continuent d'augmenter ou bien les indicateurs généraux qui ne sont toujours pas favorables, le HCSP identifie les nouveaux enjeux qui découlent pour la plupart de la crise sanitaire du covid-19.

<sup>3</sup> <https://www.coapta.ch/blog/coordination-dans-le-travail-en-equipe/> .

<sup>4</sup> « Stratégie nationale de santé » - Mélanie Heard, François Crémieux – Traité de Santé Publique 2016 p.279.

<sup>5</sup> Rapport relatif à la contribution du Haut Conseil de la santé publique pour la future Stratégie nationale de santé 2023-2033 - Mars 2023.

À la suite de la réalisation de cette étude, le rapport 2023-2033 est divisé en quatre objectifs à réaliser à court, moyen et long terme qui sont : la reconstruction du système de santé pour répondre aux enjeux, la diminution de l'impact des maladies chroniques, le renforcement des actions envers les plus fragiles et la mise en œuvre d'une politique systémique de prévention agissant sur les principaux déterminants de la santé en adoptant une approche populationnelle.

Dans un second temps, au niveau régional. En effet, la Loi Hôpital, patients, santé et territoires du 21 juillet 2009<sup>6</sup> aussi appelé « Loi HPST » a créé les Agences Régionales de Santé (ARS) afin qu'elles puissent avoir la charge de l'élaboration du Projet Régional de Santé (PRS). Il s'agit « d'un outil de planification<sup>7</sup> » de la politique de santé. Il contribue à suivre la stratégie nationale de santé tout en respectant les lois de financement de la sécurité sociale, les objectifs pluriannuels à atteindre et les mesures pour y parvenir<sup>8</sup>. Il définit les objectifs attendus pour les 5 années à venir ainsi que les actions à mettre en œuvre pour les atteindre en les conciliant avec les besoins de santé de la population sur un territoire donné. Pour ce faire, il intègre différents enjeux stratégiques comme la réduction des inégalités sociales et territoriales, les besoins d'implantation pour l'exercice des soins de premier et second recours ou encore les objectifs quantitatifs et qualitatifs de l'offre des établissements et des services médico-sociaux<sup>9</sup>.

Il s'agit d'un projet collectif auquel est associé l'ensemble des acteurs de la santé tels que les professionnels, les collectivités territoriales ou encore les établissements et services de santé et médico-sociaux. Il permet de coordonner l'ensemble des politiques publiques de santé dans des domaines différents comme l'environnement, l'aménagement du territoire ou encore l'éducation. Le PRS est arrêté par le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé (DGARS) pour une durée de 5 ans. Son objectif est de piloter la politique de santé à l'échelle de chaque région. Les stratégies qui en découlent varient donc en fonction du secteur géographique. Le PRS est propre à chaque région et est adapté aux besoins de la population et aux ressources sur lequel il va s'implanter. Il est

---

<sup>6</sup>Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

<sup>7</sup>Représentation des acteurs, de la mise en œuvre du projet régional de santé dans deux régions – Pierre-Henri Bréchat, Alain Jourdain – Santé Publique 2020 p.69.

<sup>8</sup>Art.L1434-1 du Code de la Santé Publique.

<sup>9</sup><https://www.ars.sante.fr/le-projet-regional-de-sante-2018-2022-4#:~:text=Le%20PRS%2C%20c'est%20l,soiales%20et%20territoriales%20de%20sant%C3%A9>

constitué de trois éléments tels que le Cadre d'Orientation Stratégique (COS) qui détermine les objectifs attendus sur 10 ans, le Schéma Régional de Santé (SRS) établi pour 5 ans sur la base d'une évaluation des besoins sanitaire et médico-sociaux et du Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins des personnes les plus démunies (PRAPS)<sup>10</sup>. La réforme des autorisations sanitaires a été modifiée et est entrée en vigueur au 1<sup>er</sup> juin 2023 elle sera mise en œuvre à compter de la publication du nouveau SRS en novembre 2023. La réforme des autorisations s'inscrit dans le cadre général de la réforme des autorisations d'activités de soins. Cette réforme d'ampleur est l'une des mesures phares du programme « Ma santé 2022 ». L'enjeu principal est d'organiser l'offre de santé « *dans une logique de gradation des soins entre proximité, soins spécialisés, soins de recours et de référence, organisées à des échelles territoriales nécessairement différentes et en s'appuyant sur des seuils d'activité quand cela est pertinent au regard des enjeux de qualité et de sécurité des soins* »<sup>11</sup>.

Le PRS actuel aussi appelé le PRS de 2<sup>ème</sup> génération, arrive à son terme et sera remplacé par le 3<sup>ème</sup> PRS qui sera adopté le 1<sup>er</sup> novembre prochain pour une durée de 5 ans soit de 2023 à 2028. Comme évoqué, les stratégies qui seront adoptées vont varier en fonction du territoire. En ce qui concerne la région d'Occitanie, l'ARS a choisi de mettre en place une consultation du 14 février au 31 mars 2023 afin de solliciter l'avis des 6 millions d'habitants qui sont tous concernés par ce projet. L'objectif est de recueillir les idées et les propositions de solutions pour améliorer la santé de tous<sup>12</sup>. A partir de ces thématiques, chaque ARS va être chargée de développer des actions en tenant compte des spécificités propres à leurs territoires. En ce qui concerne la région Occitanie, depuis le 19 juillet dernier, le PRS fait l'objet d'un avis de consultation. Les autorités ont 3 mois pour le consulter et transmettre leurs remarques. A l'issue de ce délai, il pourra être publié par arrêté par le DGARS.

Dans un troisième et dernier temps, au niveau local une transversalité de la ville vers l'hôpital, du public vers le privé et du sanitaire vers le médico-social. Cette notion est importante car elle permet d'assurer le bon fonctionnement du parcours de soins. La transversalité relève du management de projet dans lequel « *la hiérarchie est délaissée pour un projet qui mobilise plusieurs services d'une*

---

<sup>10</sup> Art.L1434-2 du Code de la Santé Publique.

<sup>11</sup> [https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/ma\\_sante\\_2022\\_pages\\_vdef\\_.pdf](https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/ma_sante_2022_pages_vdef_.pdf) - Ma Santé 2022.

<sup>12</sup> Hospimedia – L'ARS Occitanie lance une large consultation en vue du nouveau projet régional de santé- Caroline Cordier – 13 février 2023.

*même société, encadré par un manager transversal, qui agit comme coordinateur.* <sup>13</sup>». Pour mettre en pratique ce processus, des outils de coopérations vont-êre mis à disposition des acteurs. A titre d'exemple, on retrouve les Groupements d'Intérêts Économique (GIE), les Groupements d'Intérêts Publics (GIP), les Groupements de Coopération Sanitaire et Médico-Social (GCS/GCSMS) ou encore les Groupements Hospitaliers de Territoires (GHT).

Une fois ces coopérations mises en place interviennent les outils de coordinations qui permettent de communiquer et de partager l'information entre tous les acteurs et, qui permettent aussi par le biais des innovations en santé, de contribuer à la création d'un parcours de soins de proximité. A ce titre la e-santé est venue bouleverser la médecine, elle s'est développée dans les années 70 et a été définie par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) comme « les services du numériques au service du bien-être de la personne ». Elle fait recours aux nouvelles Technologies d'Information et de Communication (TIC) et contient deux branches principales à savoir les systèmes d'information de santé et la télémédecine. Concernant les systèmes d'information, la e-santé va permettre de fluidifier l'information à travers les Dossiers Patients Informatisés (DPI) et le Dossier Médical Partagé (DMP) et ainsi de mieux coordonner les acteurs dans les parcours de soins. La télémédecine va quant à elle permettre d'assurer un meilleur suivi des personnes ne pouvant pas se déplacer ou encore de celles vivant dans des déserts médicaux et qui n'ont pas de médecin à proximité. L'e-santé a un potentiel important dans l'optimisation de la coordination des acteurs du terrain.

Dans le contexte en perpétuelle évolution de notre système de santé, les concepts novateurs et les approches modernes jouent un rôle essentiel pour répondre aux défis complexes auxquels nous sommes confrontés. Parmi ces initiatives, les innovations en santé ont pris une place centrale, redéfinissant la manière dont les soins sont dispensés, coordonnés et financés. L'une des pierres angulaires de ces évolutions réside dans l'article 51, qui a ouvert la voie à de nouvelles méthodes de transformation du système de santé, notamment par le biais de Dispositifs d'Aide à la Coordination (DAC) et de Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS).

L'article 51, inscrit dans la loi de financement de la sécurité sociale, marque un tournant majeur en offrant un cadre propice à l'expérimentation d'innovations au sein du domaine médical. Cette

---

<sup>13</sup> Définition du Larousse, est transversale ce qui « recoupe plusieurs disciplines ou secteurs ».

démarche vise à explorer des modèles alternatifs d'organisation et de financement des soins, avec l'objectif d'améliorer la qualité des services proposés, d'optimiser les parcours de soins des patients, et de rendre le système de santé plus efficace et accessible. Ces expérimentations permettent de contourner les contraintes traditionnelles en matière de financement et de régulation, ouvrant la porte à des solutions adaptées aux spécificités locales et aux besoins des patients.

Dans ce contexte, les DAC et les CPTS émergent comme des initiatives phares, incarnant les avancées concrètes permises par l'article 51. Les DAC réunissent des acteurs de la santé autour d'une approche collaborative, favorisant ainsi une meilleure coordination des soins et une optimisation des ressources. Les CPTS, quant à elles, forment des réseaux de professionnels de santé œuvrant dans un même territoire géographique, permettant une prise en charge globale et mieux coordonnée des patients, de la prévention jusqu'à la réadaptation. En somme, les innovations en santé, impulsées par l'article 51 et incarnées par les DAC et les CPTS, permettent une réponse dynamique aux défis et aux enjeux actuels de notre système de santé. Ces démarches témoignent de la volonté collective de faire évoluer les pratiques, de favoriser une approche plus centrée sur le patient, et d'explorer des méthodes de financement et de coordination plus flexibles, en vue d'atteindre une meilleure qualité de soins et une accessibilité accrue pour tous.

Pour tendre vers cette volonté de coopération et de coordination des différents acteurs, il est important de prendre en considération le cadre financier de ces outils. Rappelons-le, financement du système de santé est un enjeu majeur pour assurer l'accès aux soins, garantir la qualité des soins et tendre vers cette volonté de coopération et de coordination des différents acteurs.

La Consommation des Soins et des Biens Médicaux (CSBM) ainsi que la dépense courante en santé sont des éléments essentiels à prendre en compte dans cette problématique.

La consommation des soins et des biens médicaux joue un rôle crucial dans l'évolution des dépenses de santé <sup>14</sup> qui englobent non seulement les coûts des prestations médicales, mais aussi les dépenses liées aux médicaments, aux équipements médicaux et aux services de santé.

La dépense courante en santé représente l'ensemble des dépenses engagées pour financer les soins de santé et les services médicaux. Selon les données de la Direction de la Recherche, des Études, de

---

<sup>14</sup> Health Economics, Policy and Law, vol. 13, issue 2-3, 2018



l'Évaluation et des Statistiques (DREES), la dépense courante en santé en France a atteint 203,5 milliards d'euros en 2020, soit environ 9,4% du produit intérieur brut.<sup>15</sup>

Pour encadrer les dépenses de santé, l'État a mis en place l'Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM) qui fixe un plafond de dépenses à ne pas dépasser pour l'Assurance Maladie (AM). Cet indicateur est voté chaque année par la Loi de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS). Cette dernière établit les orientations et les mesures relatives au financement du système de santé en France et vise à garantir l'équilibre financier de l'AM tout en répondant aux besoins de santé de la population. La LFSS comprend des dispositions concernant l'ONDAM, les tarifs des actes médicaux, les modalités de remboursement des médicaments, et d'autres aspects du financement du système de santé. L'ONDAM pour l'année 2023 est fixé à 244,1 milliards d'euros.<sup>16</sup>

Les modalités de financement des établissements de santé ont changé en France au fil des dernières années, et le financement à l'activité appelé T2A lancé en 2004 en est la dernière version. Certains domaines qui n'étaient jusqu'alors pas financés par la T2A sont actuellement dans une phase de changement avec la nouvelle réforme de tarification qui va permettre à ces établissements d'améliorer leurs pratiques grâce à des systèmes de financements plus justes. Dans la continuité de la transformation du système de santé, pour accompagner la T2A et la rendre la plus efficace possible, de nouveaux moyens de financements se développent. Ces derniers s'étendent en partie grâce à l'article 51 de la LFSS de 2018 qui vise à encourager, accélérer et accompagner le déploiement de nouvelles organisations en santé. Le décret n°2018-125 du 21 février 2018<sup>17</sup> vient définir le cadre au travers de l'expérimentation d'innovations organisationnelles qui incluent de nouvelles formes de tarification dont le financement au parcours de soins, le financement à la qualité ou encore le financement à l'épisode de soins. Ces nouveaux modes de financements doivent permettre à terme d'améliorer la coordination des parcours de soins inter-établissements mais aussi intra-établissements. Le Président de la République Emmanuel Macron a demandé à l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) et à l'Inspection Générale des Finances (IGF) une

---

<sup>15</sup> DREES, Les dépenses de santé en 2020, juin 2021.

<sup>16</sup> Ministère des Solidarités et de la Santé, Projet de loi de financement de la Sécurité Sociale pour 2022.

<sup>17</sup> Décret n° 2018-125 du 21 février 2018 relatif au cadre d'expérimentations pour l'innovation dans le système de santé prévu à l'article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale.

étude sur la réforme de la Tarification à l'activité<sup>18</sup> afin de faire un premier point sur cette phase de transition.

L'efficacité du financement du système de santé est un enjeu majeur. Il doit permettre de garantir l'accès aux soins pour tous, d'assurer la qualité et la sécurité des soins, et de soutenir l'innovation dans le domaine de la santé.

L'objectif de cette étude sera de se demander comment optimiser la coordination des acteurs dans le parcours de soins des patients ?

Pour répondre à cette problématique l'étude débutera par une revue de littérature (**Partie 1**) et sera suivie d'une étude de terrain avec la réalisation de plusieurs entretiens (**Partie 2**) permettant ensuite de mettre en corrélation la théorie et la pratique (**Partie 3**).

---

<sup>18</sup> Discours Emmanuel Macron du 6 janvier 2023.

# Partie 1 : La revue de littérature

---

Afin de savoir comment les acteurs de santé coordonnent ensemble et interviennent dans le parcours de soins du patient, il est primordial de partir de la base pour comprendre ce qui existe dans le système de santé français actuel. Cette étude théorique permettra ensuite de faire le lien entre les outils dont disposent les établissements pour parvenir à cette coordination et les outils que ces établissements utilisent réellement. En effet, plusieurs outils doivent être mis en place dans l'organisation de l'établissement car découlent d'une obligation juridique tandis que d'autres ont été créés au fil des besoins et des nouvelles avancées technologiques mais, ne sont pas forcément utilisés. Ceci s'explique par plusieurs contraintes qui peuvent être d'ordre financières mais aussi liées à la complexité administrative que revêtent ces outils.

Pour comprendre de quels outils il s'agit, il sera utile de revenir plus en détail sur ce qui découle du parcours de soins et notamment le respect des droits et devoirs du patient qui nécessite de mettre en œuvre toutes les mesures utiles permettant de lui offrir une qualité des soins dans sa prise en charge (**chapitre 1**). Il sera d'abord constaté que ces mesures reposent sur des outils de coopérations qui seront soit institutionnels avec la mise en œuvre de groupements qui diffèrent selon l'intérêt poursuivi, soit fonctionnelle avec l'instauration de conventions (**chapitre 2**). Puis, il sera observé que ces mesures découlent aussi d'outils de coordinations fondés sur le numérique et ou sur des dispositifs d'expérimentation innovants (**chapitre 3**).

## CHAPITRE 1 – Le parcours de soins

---

Le parcours de soins concerne avant tout la prise en charge du patient qui est une notion dorénavant ancrée dans le droit français car il donne lieu à la reconnaissance de droit qui lui sont consacrée (I). Cette reconnaissance permet d'offrir au patient une qualité des soins qui est contrôlée et surveillée par de nombreux acteurs qui coopèrent dans ce même but (II) et qui accentue l'idée selon laquelle il est important de coordonner leurs actions (III).

### I. La reconnaissance des droits du patient révélant de nouvelles contraintes

La prise en charge du patient s'entend comme le moment où le patient est pris en charge par l'établissement de santé afin de recevoir des soins plus ou moins lourds jusqu'à sa sortie. Il existe trois types de prises en charge du patient : le parcours de santé, le parcours de vie aussi appelé le parcours patient et le parcours de soins.

Le parcours de santé se définit, selon le ministère de la Santé et de la Prévention<sup>19</sup>, comme les soins qui ont été réalisés en amont de la prise en charge du patient dans l'établissement et sur l'accompagnement du patient en structure médico-social ou social ou bien à son domicile. À contrario, le parcours de vie ou parcours patient s'entend comme l'ensemble des éléments qui constituent l'environnement du malade. Il peut s'agir de l'impact de la famille et des proches dans la vie du patient, des activités ou projet thérapeutique envisagé ou bien encore de la réinsertion dans son milieu.

Le parcours qui sera davantage développé est le parcours de soins. Cette étude approfondie permettra de mesurer l'impact qu'a eu ce dernier sur la réglementation (A) qui ne cesse de changer pour s'adapter aux nouvelles situations (B).

---

<sup>19</sup> Ministère de la Santé et de la Prévention - Parcours de santé, de soins de vie, une approche globale au plus près des patients.

## A. Le parcours de soins pilier fondateur de la sacralisation des droits du patient

L'objectif poursuivi par le parcours de soins est de permettre « *une meilleure intégration des différentes dimensions de la qualité des soins : pertinence, sécurité, efficacité clinique mais aussi accessibilité, continuité et « point de vue du patient* ». Ce même objectif était l'un des enjeux majeurs du décret n°74-27 du 14 janvier 1974 qui a contribué à la création de la charte du malade hospitalisé. Cette avancée a été l'une des plus importantes dans la réglementation sanitaire et médico-sociale. Elle a reconnu pour la première fois les droits et les devoirs du patient qui, par la suite, ont rendu possible la consécration de principes fondamentaux tel que le principe de la dignité humaine<sup>20</sup>.

Toutefois, il aura fallu attendre 1996 pour que les textes utilisent l'expression « *qualité de prise en charge des patients* ». En effet, l'article L 710-1-1 issu de l'Ordonnance du 24 avril 1996<sup>21</sup> portant réforme de l'hospitalisation privée dispose que : « *La qualité de la prise en charge des patients est un objectif essentiel pour tout établissement de santé* ». Cet article instaure aussi des indicateurs car impose aux établissements de « *procéder à une évaluation régulière de leur satisfaction, portant notamment sur les conditions d'accueil et de séjour.* » Le législateur continue sa réflexion en conditionnant le résultat des évaluations de satisfaction à l'accréditation délivrée par l'Agence Régionale de Santé (ARS). Dorénavant, la qualité de la prise en charge du patient, et donc son parcours de soins, sont examinés et évalués étroitement. Il s'agit d'une réelle obligation qui incombe aux établissements de santé. Cependant, aucune définition claire n'est donnée sur ce que le législateur et l'ARS entendent par une prise en charge de qualité du patient. En réalité, il semblerait que cette définition est restée « en mouvance » car elle s'entend différemment au fur et à mesure des évolutions sociétales et des besoins des patients.

La loi Kouchner du 4 mai 2002<sup>22</sup> est venue apporter davantage de limites à la prise en charge du patient puisque de nouveaux principes fondamentaux ont été ajoutés et doivent de ce fait, être respectés tout au long du parcours de soins du patient. Pour ne citer que les plus importants, cette loi a permis d'insérer la notion de consentement libre et éclairé dans la prise en charge du patient.

---

<sup>20</sup> Loi n°94-653 du 29 juillet 1994.

<sup>21</sup> Art.L710-1-1 issu de l'Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996.

<sup>22</sup> Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

Plus exactement « *Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment*<sup>23</sup>. » Cette loi a aussi rappelé le principe du respect de la dignité humaine de la personne malade<sup>24</sup>, le principe de non-discrimination dans l'accès à la prévention ou aux soins<sup>25</sup> ou encore le respect de la vie privée de la personne malade et du secret médical<sup>26</sup>.

Tous ces principes, aussi importants les uns que les autres, vont être le socle obligatoire à respecter au moment de la prise en charge du patient dans l'établissement. Il s'agit d'un minima à respecter qui constitue ensemble le droit des patients et pouvant engager la responsabilité de l'établissement ou du personnel soignant en cas de manquement grave.

## **B. L'étendue des droits des patients donnant naissance à la prise en considération de situations nouvelles**

De la loi du 4 mai 2002, de nouvelles législations ont été créées. Il est apparu essentiel d'étendre les droits des patients et de les sacraliser. À cette occasion, de nouvelles situations ont été prises en compte comme le fait qu'un patient refuse d'être soigné ou bien la procédure à adopter lorsqu'un patient est hors d'état d'exprimer sa volonté<sup>27</sup>. Il est aussi devenu essentiel de consacrer un égal accès à tous et d'offrir des soins de qualité<sup>28</sup>.

Bien souvent, ce dernier enjeu pose un véritable problème notamment du fait des déserts médicaux. Pour rappel, ces derniers se définissent comme étant une zone où la concentration de professionnels médicaux et d'établissement de santé est inférieures de 30% à la moyenne nationale<sup>29</sup>. En d'autres termes, il s'agit de régions où l'offre de soins est peu développée ce qui conduit à des inégalités territoriales. Afin de pallier cette difficulté et encore une fois, dans une logique d'amélioration de la prise en charge du patient, le gouvernement opère une véritable lutte contre les déserts médicaux. Pour ce faire, deux propositions de lois apparues en novembre dernier

---

<sup>23</sup> Alinéa 3 de l'article L 1111-4 du Code de la santé publique.

<sup>24</sup> Art.L1110-2 du Code de la santé publique.

<sup>25</sup> Art.L1110-3 du Code de la santé publique.

<sup>26</sup> Art.L1110-4 du Code de la santé publique.

<sup>27</sup> Loi n°2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie.

<sup>28</sup> Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

<sup>29</sup> Dictionnaire Le Larousse.

tente de trouver des solutions. La proposition n°423<sup>30</sup> formulée le 2 novembre 2022 souhaite accentuer la venue de jeune diplômé dans ces déserts qui ont tendance à rester dans les grandes villes. Pour ne citer que quelques exemples d’alternatives, l’article 2 de la présente proposition a vocation à rendre obligatoire le contrat d’engagement<sup>31</sup> de service public de jeune diplômé. De même, l’article 3 souhaite imposer la réalisation d’un stage en zone de sous-densité médicale pour les étudiants en médecine générale lors de leur dernière année d’étude. Enfin l’article 4 propose un conventionnement sélectif conditionnant l’installation d’un médecin dans une zone à forte densité médicale au départ d’un médecin dans cette même zone.

La proposition n°550<sup>32</sup> soumise le 29 novembre 2022 reprend pour la plupart les mêmes suggestions en proposant le changement d’article législatif. En ce sens, il a été proposé une modification de l’article L 632-1 du Code de l’éducation afin d’y insérer l’alinéa suivant : « *Les étudiants en médecine sont soumis à l’obligation d’effectuer au moins deux semestres de leur troisième cycle d’études en stage auprès de praticiens, centres de santé ou maisons de santé déployant leur activité dans les zones mentionnées au troisième alinéa.*<sup>33</sup> »

La réduction des déserts médicaux en améliorant leurs attractivités est également l’un des enjeux phare de Ma Santé 2022. La stratégie à adopter passe par une généralisation des CPTS mais aussi et surtout par le déploiement de téléconsultations. Cette pratique numérique est déjà remboursée par l’Assurance Maladie depuis septembre 2018. Plus récemment encore un nouveau décret en date du 30 décembre 2022 est venu déterminer avec plus de précisions les modalités d’évaluation, d’inscription au remboursement ou encore de facturation des activités de télésurveillance médicale<sup>34</sup>. In fine, pour lutter contre les déserts médicaux et, encore une fois dans une logique d’amélioration de la situation du patient, il a été convenu de prendre un virage numérique en

---

<sup>30</sup> Proposition de loi n°423, pour une santé accessible à tous et contre la désertification médicale enregistré à la Présidence de l’Assemblée nationale le 2 novembre 2022.

<sup>31</sup> Création de la loi HPST du 21 juillet 2009 puis réformé par la loi relative à l’organisation et à la transformation du système de santé du 24 juillet 2019. Ce contrat permet qu’en échange d’une contrepartie financière, le bénéficiaire s’engage à exercer leurs fonctions dans des lieux d’exercice spécifiques dans une zone caractérisée par une offre de soins insuffisante ou des difficultés dans l’accès aux soins.

<sup>32</sup> Proposition de loi n°550 visant à lutter contre les déserts médicaux enregistré à la Présidence de l’Assemblée nationale le 29 novembre 2022.

<sup>33</sup> Art.L632-1 du Code de l’éducation.

<sup>34</sup> Décret n°2022-1767 du 30 septembre 2022 relatif à la prise en charge et au remboursement des activités de télésurveillance médicale.

généralisant les pratiques qui en découlent tout en les rendant facile d'utilisation. L'objectif est de repenser les droits de la personne malade.

Afin de respecter chacune des obligations qui découlent de la réglementation, plusieurs mécanismes ont été instaurés. Ces derniers reposent pour la plupart sur des outils de coordination et de coopération entre les parties prenantes. À titre d'exemple, des collaborations entre la médecine de ville et l'hôpital ont été instaurées pour garantir des soins de qualité comme requis par la loi du 21 juillet 2009<sup>35</sup> dite loi « HPST ». Plus récemment encore, des centres de soins non programmés se sont développés afin de permettre de désengorger les urgences des établissements de santé. Toutefois, si le patient requiert des soins spécifiques, le centre de soins transférera ce dernier vers l'établissement de santé le plus approprié à sa situation tout en prenant en compte le critère géographique.

En définitive, l'établissement est contraint de respecter un corollaire de droits et de devoirs qui sont propres aux patients sous peine de sanctions. S'il ne peut avoir la capacité de le faire, il doit être en mesure de coopérer et d'assurer une coordination entre les différents services afin d'offrir une parfaite qualité.

## **II. Une réglementation actuelle construite autour des besoins du patient dans un objectif de coopération**

Comme évoqué précédemment, l'objectif majeur est d'améliorer sans cesse le parcours de soins en utilisant différents procédés. Les deux procédés les plus utilisés qui tendent vers cet objectif est la coopération entre les différents acteurs et la coordination de ses derniers. Leurs mises en œuvre passent par la création d'outils qui ont été légiférés afin d'aider les établissements à tendre vers ce dessein (**A**). Ces outils continuent à se développer, s'améliorer et être débattu car ils sont plus que jamais au cœur des politiques actuelles (**B**).

### **A. La consécration d'outils réglementaires donnant lieu à une coopération entre établissements**

---

<sup>35</sup> Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.



Comme le rappelle Catherine Keller et Michel Louazel « *La coopération est depuis de nombreuses années au cœur à la fois des politiques publiques de santé et des stratégies des établissements de santé*<sup>36</sup>. » Ces mêmes auteurs qualifient la coopération territoriale en santé de polymorphe.

La notion de coopération est apparue pour la première fois dans le milieu sanitaire avec la loi du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière dite loi Boulin<sup>37</sup>. Elle a permis de définir un système hospitalier en prenant compte les deux secteurs d'hospitalisation privée et publique. En effet, le secteur public est davantage présent en médecine, tandis que le secteur privé concerne plus la chirurgie et l'obstétrique. Il était intéressant que ces deux secteurs puissent coopérer.

Ce terme a d'ailleurs été utilisé dans le monde de l'entreprise en 1989 car il est devenu opportun pour des entreprises concurrentes de travailler ensemble<sup>38</sup>. À cette idée a été ajouté l'adage suivant « *à l'affrontement peut s'associer la connivence*<sup>39</sup>. » Le fait de collaborer permet donc, même pour des établissements rivaux, d'atteindre des objectifs communs.

Néanmoins c'est véritablement la loi HPST du 21 juillet 2009 qui pose l'idée selon laquelle les établissements de santé doivent coopérer. Elle va venir instaurer la Communauté Hospitalière de Territoire<sup>40</sup> (CHT) et revenir sur la notion de Groupements de Coopérations Sanitaires<sup>41</sup> (GCS).

En ce qui concerne la CHT, il est devenu intéressant d'instaurer « *une stratégie commune de prise en charge commune et graduée du patient, dans le but d'assurer une égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité*<sup>42</sup>. » Cette stratégie va passer par « *la mise en commun de fonctions ou par des transferts d'activités entre établissements*. » Pour y parvenir, un projet médical partagé du groupement hospitalier de territoire ainsi qu'une convention d'association entre l'établissement et le centre hospitalier universitaire va être créée.

---

<sup>36</sup> « Le Management en santé » - C. Keller et M. Louazel – 2018, chapitre 5 p.97.

<sup>37</sup> Loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière.

<sup>38</sup> « Cooperate with Your Competitors – and Win » - Hamel G., Doz Y., Prahalad C. K. - 1989.

<sup>39</sup> « La concurrence. Entre affrontement et connivence » - Le Roy F. - 2004, p.149.

<sup>40</sup> Art. 22 de la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

<sup>41</sup> Art. 23 de la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

<sup>42</sup> Art.L6132-1 du Code de la santé publique.

Enfin, pour ce qui est des GCS, la loi en prévoit deux, le GCS de moyens et le GCS sanitaire-établissement. En ce qui concerne le GCS de moyen, l'objet continue d'être de faciliter, de développer ou d'améliorer l'activité des membres du groupement. Toutefois, des précisions quant à la constitution d'un GCS ont été ajoutées. A titre d'exemple, il est dorénavant précisé qu'un GCS de moyens peut être constitué pour « *permettre les interventions communes de professionnels médicaux et non médicaux exerçant dans les établissements ou centres de santé membres du groupement ainsi que des professionnels libéraux membres du groupement*<sup>43</sup>. »

À contrario, le GCS sanitaire-établissement peut être décliné en droit privé, auquel cas il s'agit d'un établissement de santé privé, ou en droit public qui sera donc constitué d'établissements publics<sup>44</sup>. Dans les deux situations, l'établissement devra respecter des droits et des obligations qui seront définis par sa nature. De même, le groupement de coopération devra être décidé par le directeur général de l'Agence Régional de Santé (DGARS).

L'idée selon laquelle une coopération entre les différents professionnels de santé et les différents services pour garantir une meilleure qualité dans le parcours de soins de la personne malade a continué de se développer au fil des années. Récemment, une nouvelle loi en date de 2018<sup>45</sup> a instauré de nouveaux mécanismes afin de continuer à tendre vers cet objectif en instaurant des protocoles de coopérations. Dorénavant, il existe notamment des protocoles de coopération entre professionnels de santé. L'objectif est que chaque professionnel quel que soit le secteur et le statut d'exercice peut s'engager dans un protocole si celui-ci est de nature à améliorer les parcours de soins ou la prise en charge des patients sur un territoire de santé<sup>46</sup>.

## **B. L'apparition de nouveaux outils stratégiques dans les politiques actuelles au travers du numérique**

En effet, comme le rappelle les auteurs C. Keller et M. Louazel : « *La coopération apparaît à la fois comme une modalité de recomposition au service des politiques publiques de santé, et un*

---

<sup>43</sup> Art.L3166-1 3° du Code de la santé publique.

<sup>44</sup> Art.L6133-7 alinéa 2 du Code de la santé publique.

<sup>45</sup> Loi n°2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé.

<sup>46</sup> <https://www.centre-val-de-loire.ars.sante.fr/media/98714/download?inline>.

*outil de gestion stratégique et opérationnelle au service des établissements de santé*<sup>47</sup>. » C'est d'ailleurs cet outil stratégique qui est mis en avant dans le nouveau plan : ONDAM 2022 qui découle de la campagne tarifaire et budgétaire de 2018<sup>48</sup>. L'objectif est d'utiliser la coopération des acteurs à travers la santé numérique afin d'améliorer la performance de l'établissement et donc d'améliorer le parcours de soins du patient. En effet, plus un établissement sera performant, plus il pourra offrir une offre de soins personnalisée aux attentes de la personne malade. De même, un établissement devient performant lorsqu'il se réinvente et qu'il utilise la nouvelle technologie comme la e-santé.

Comme nous avons pu l'évoquer, la e-santé est devenue l'un des outils majeurs pour permettre d'améliorer la qualité de vie du patient et sa prise en charge. C'est d'ailleurs ce qu'a mis en avant Agnès Buzyn, ancienne ministre des Solidarités et de la Santé de France, lorsqu'elle a forgée et portée la réforme du système de santé. Cette réforme a été concrétisée par la loi du 26 juillet 2019<sup>49</sup> visant à organiser et transformer le système de santé actuel en insérant le volet du numérique. Cette loi est aussi connue sous le nom de Ma Santé 2022. Comme évoqué précédemment<sup>50</sup>, l'un des 10 enjeux majeurs de cette réforme est de réorganiser l'offre de soins afin de lutter contre les déserts médicaux. Pour ce faire, de nombreuses solutions ont été mises en avant comme le développement d'hôpitaux de proximité ou de CPTS, la refonte du régime des autorisations de soins en y incluant des seuils d'activités et des obligations de conventionnement ou encore en diversifiant le parcours professionnel via notamment la suppression du Numerus clausus. Toutes ces mesures ont pour finalité de replacer le patient au cœur des soins de sorte qu'il appartient désormais au corps médical de se coordonner et non plus au patient de faire le lien entre ces professionnels.

Pour y parvenir, des travaux ont été menés début mars 2018 dans le cadre de la Stratégie de transformation du Système de santé afin d'insérer le numérique ou communément appelé la e-santé<sup>51</sup>. Ce nouveau virage repose en premier lieu sur un principe éthique<sup>52</sup> permettant de structurer les usages et fixer les limites de l'utilisation des données et des services. La collecte de ces informations est réalisée dans un but d'améliorer la prise en charge du patient en prévenant et

---

<sup>47</sup> « Le Management en santé » - C. Keller et M. Louazel - 2018, chapitre 5 p.20.

<sup>48</sup> Circulaire n°DGOS/R1/2018/114 du 4 mai 2018 relative à la campagne tarifaire et budgétaire 2018 des établissements de santé.

<sup>49</sup> Loi n°2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé.

<sup>50</sup> Cf. I. Définition textuelle de la prise en charge du patient.

<sup>51</sup> Rapport final Stratégie de transformation du système de santé (STSS) – Accélérer le virage numérique – D. PON et A. COURRY.

<sup>52</sup> Page 6 Rapport final STSS – D. PON et A. COURRY.

en réduisant les risques de maladie. Afin d'éviter toute dérive et de veiller au respect de ce principe, un Comité Stratégique du numérique en santé a été créé. Une fois ce principe respecté, il est devenu opportun de donner naissance à un Espace Numérique de Santé<sup>53</sup>. Cette création a pour objectif de permettre d'offrir une meilleure qualité de soins, une meilleure coordination des parcours de santé ainsi qu'une amélioration de l'aspect financier. Dans cette même finalité, et après avoir constaté que les professionnels de santé n'utilisaient pas les mêmes outils, il est devenu nécessaire d'instaurer « un socle de base<sup>54</sup> » qui constitue les outils numériques pouvant être déployés. Ce socle figure dans l'Espace Numérique de Santé. Cette base va permettre d'homogénéiser les pratiques mais surtout les outils qui sont utilisés dans le cadre du système d'information de santé. Les premiers outils qui figurent dans le socle de base sont la messagerie de l'espace de confiance MS-Santé, le DMP, la e-prescription ainsi que les outils de télémédecine. Ces dispositifs seront étudiés en détail dans la suite du développement<sup>55</sup>.

L'Article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale introduit pour faciliter la transformation du système de santé, permet d'expérimenter de nouvelles organisations de santé. Ce dispositif promeut l'innovation en santé en permettant de tester de nouvelles formes de prise en charge coordonnées des patients, et évaluer leur efficacité avant de les généraliser. Plus de 1000 projets ont été déposés depuis 2018, témoignant de l'importance de l'innovation dans le domaine de la santé.<sup>56</sup>

L'un de ces projets, Onco'Link, est un exemple de parcours de soins innovant visant à améliorer la prise en charge des patients sous traitement anticancéreux oral. Ce projet a permis de créer un circuit pluri professionnel ville-hôpital pour assurer un suivi coordonné du patient et repérer précocement les effets indésirables. Le financement incitatif de ce projet valorise l'investissement de chaque acteur du parcours.<sup>57</sup>

En définitive, la transformation du système de santé en France s'oriente vers une amélioration de la prise en charge des patients, une meilleure coordination des soins, et l'innovation en santé. Ces

---

<sup>53</sup> Page 8 Rapport final STSS – D. PON et A. COURY.

<sup>54</sup> Page 20 Rapport final STSS – D. PON et A. COURY.

<sup>55</sup> Cf. Chapitre 2 – II. 1. La E-Santé/ E-Parcours : Le développement d'outil de coordination numérique.

<sup>56</sup> Rapport au parlement 2022 sur les expérimentations innovantes en santé.

<sup>57</sup> <https://therapiesorales-onco-link.fr/presentation-du-projet/>.

efforts se reflètent à travers l'extension des droits des patients, l'adaptation aux situations spécifiques, et l'expérimentation de nouvelles approches pour répondre aux besoins spécifiques des patients. Il est donc devenu plus que nécessaire d'incorporer la e-santé dans les pratiques actuelles afin d'améliorer la qualité de prise en charge du patient. L'utilisation de ces nouveaux procédés, en plus de faciliter le travail administratif, permettre d'instaurer une coordination entre les différents acteurs de santé. Toutefois, il ne faut pas oublier la place que détient l'État dans la mise en place de ces processus de coordination et de coopération entre les établissements. Afin de veiller à la sécurité des soins, à la bonne application de la réglementation et aux contrôles de certaines dérives qui pourraient apparaître, l'État va charger les autorités sanitaires de contrôler ses pratiques.

### **III. La mise en œuvre de procédures de contrôle par les autorités permettant de coordonner les attentes avec la réalité**

Dans un souci d'amélioration de la qualité de prise en charge du patient, les autorités telles que l'ARS ou bien la Haute Autorité de Santé (HAS) vont utiliser des mécanismes de contrôle leurs permettant de s'assurer de la véracité du terrain. Pour ce faire, une inspection est diligentée permettant de s'assurer de la bonne conformité de l'établissement. Afin d'inciter les professionnels à respecter leurs obligations, les autorités disposent d'un pouvoir de sanction leurs permettant d'accorder à l'issue de leurs venues des récompenses ou bien, au contraire, de lourdes sanctions pouvant entraîner une fermeture de l'établissement.

L'ARS va détenir un rôle important puisqu'elle va avoir pour mission de tenir compte des particularités de chaque région et des besoins spécifiques comme indiqué par le législateur<sup>58</sup>. De ce fait, elle va agir comme un véritable « chef d'orchestre » de la bonne application de la réglementation sanitaire et médico-sociale. Elle va opérer une réelle coordination entre l'État et les établissements. L'article poursuit en ce sens les ARS « *organisent l'observation de la santé dans la région, en s'appuyant, en tant que de besoin, sur les observatoires régionaux de la santé, ainsi que la veille sanitaire, en particulier le recueil, la transmission et le traitement des signalements d'événements sanitaires. Elles contribuent, dans le respect des attributions du représentant de l'État*

---

<sup>58</sup> Art.L1431-2 du Code de la santé publique.

*territorialement compétent et, le cas échéant, en relation avec le ministre de la défense, à l'organisation de la réponse aux urgences sanitaires et à la gestion des situations de crise sanitaire. »*

Elle va être chargée de réguler, orienter et organiser auprès des professionnels de santé et des acteurs l'offre sanitaire afin de répondre au mieux aux besoins de la population. Pour ce faire, elle dispose de plusieurs « cordes à son arc » dont un pouvoir de contrôle et de sanction (**A**). Ces pouvoirs lui sont confiés afin qu'elle puisse s'assurer que ce qui a été décidé sur le plan réglementaire et législatif est bien mise en œuvre dans les établissements (**B**).

### **A. Le pouvoir de contrôle de l'ARS ponctuel mais également permanent**

L'ARS a un droit de regard sur l'ensemble des décisions qui sont prises par les établissements et les professionnels de santé. On parle d'une réelle coordination entre ce qui est attendue par la réglementation, et donc l'État, et ce qui est appliqué sur le terrain. Il est donc important de contrôler avec rigueur la bonne application.

Le pouvoir de contrôle de l'ARS peut s'opérer par une inspection de terrain qui est réalisée directement sur site. Dans ce cas des agents auront la charge de procéder à une inspection lorsqu'une plainte a été formulée par un tiers. L'inspection peut être diligentée sur commande de l'ARS par exemple ou bien sur auto-saisine. À la suite de la procédure, l'inspecteur peut émettre des recommandations ou bien prendre, en cas de manquement grave, prendre des décisions comme une suspension de l'autorisation de l'activité de soins, une fermeture ou encore le retrait de l'autorisation. Pour illustration, une clinique psychiatrique a récemment été menacée de fermeture car le bâtiment n'était pas adapté aux personnes accueillies. Les inspecteurs ont identifié un risque grave de chute, une non-conformité avec les normes d'intimité ou encore des problèmes d'hygiène significatifs. L'inspection a alors permis de mettre en lumière la situation critique de cet établissement et de prendre les mesures qui s'imposent pour rétablir la qualité de soins auquel un patient est en droit de prétendre.

Dans la majorité des cas, l'inspection va donc porter sur l'évaluation de la qualité de vie des patients. La finalité n'est pas de sanctionner mais de savoir si les droits des patients sont respectés tout au long de leurs prises en charge. L'inspecteur utilise son pouvoir de sanction afin d'inciter les

établissements défaillants à améliorer leurs conditions d'accueils et de prise en charge. Cette visite réalisée par un agent expérimenté rappelle la procédure de certification qui sera approfondie ultérieurement.

A côté de la procédure d'inspection, le pouvoir de contrôle peut également être réalisé à distance tout au long de l'année. En effet, L'ARS est chargée avant toute chose d'évaluer les soins et les pratiques des professionnelles. Cette mission s'articule autour de plusieurs points qui sont les suivants<sup>59</sup> :

- Élaborer avec des professionnels, selon des méthodes scientifiquement reconnues, de valider et de diffuser les méthodes nécessaires à l'évaluation des soins et des pratiques professionnelles
- Élaborer et valider des recommandations de bonnes pratiques cliniques et des références médicales et professionnelles en matière de prévention, de diagnostic et de thérapeutique
- Donner un avis sur la liste des actes, prestations et fournitures qui sont pris en charge ou donnent lieu à remboursement par les organismes d'assurance maladie, à l'exception des médicaments
- Réaliser ou valider des études d'évaluation des technologies relatives à son domaine de compétence
- Proposer toute mesure contribuant au développement de l'évaluation, notamment en ce qui concerne la formation des professionnels de santé
- Diffuser ses travaux et favoriser leur utilisation

Afin de réaliser les missions qui lui sont confiées, cette autorité peut agir tout au long de l'année et se renseigner sur les pratiques opérées par les établissements. Toutefois, elle n'est plus forcément saisie par une plainte comme pour l'inspection. Ceci s'explique notamment par le fait que la société change, les secteurs sanitaires et médico-sociaux sont confrontés à de nouvelles situations, de nouveaux besoins qui donne lieu à la création de procédures, de recommandations ou de nouveaux indicateurs qui n'existaient pas. Ceci se justifie aussi par le fait que de nouveaux textes ne cessent d'être promulgués afin d'encadrer davantage les pratiques et de limiter les difficultés. L'ARS doit donc veiller à ce que les établissements en prennent connaissance, les comprennent et les mettes

---

<sup>59</sup> Art.L791-2 issu de l'ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l' » hospitalisation publique et privée.

en œuvre. L'une des dernières réformes qui a suscité plusieurs éclairage est la réforme des autorisations d'activité de soins.

Il s'agit de la procédure la plus redoutée car mis à part sa forme rigoureuse, elle va déterminer l'avenir des établissements. En effet, les établissements doivent impérativement respecter les conditions d'implantations et les conditions techniques de fonctionnement qui sont propres à chaque activité. Si des conditions font défaut, l'ARS peut refuser d'octroyer l'autorisation d'activité de soins et les établissements ne seront donc plus en droit de l'exercer. En effet, « *l'autorisation est accordée dès lors que l'établissement satisfait à un niveau « plancher » de qualité, celui qui assure le minimum de sécurité exigible pour prendre en charge des malades*<sup>60</sup>. »

Pour illustration, si un établissement souhaite pratiquer l'activité de soins du traitement du cancer il devra développer un projet thérapeutique pour chaque patient en prévoyant si besoin un changement d'orientation thérapeutique. Ce projet fera l'objet d'une discussion collégiale en réunion de concertation pluridisciplinaire<sup>61</sup>. De même, lorsque l'établissement souhaite détenir une activité de soins critiques, il devra assurer vingt-quatre heures sur vingt-quatre et sept jour sur sept, l'accueil et la prise en charge diagnostique, thérapeutique, la surveillance des patients et leur transfert dès que leur état de santé le permet<sup>62</sup>. Toutes ces nombreuses conditions n'ont que pour objectif de garantir une sécurité des soins et un parcours adapté à la prise en charge de chaque patient. Mise à part la procédure d'autorisation qui veille à la bonne application de la réglementation qui a été renouvelée dernièrement, il est surtout pratiqué par les autorités la procédure de certification.

L'ARS n'est pas la seule tutelle à être sollicitée pour s'assurer du respect de la réglementation actuelle. L'HAS est également missionnée pour s'assurer que ce qui a été décidé par les acteurs est bien mis en œuvre. Ce contrôle se matérialise notamment au détour de la procédure de certification

## **B. La procédure de certification mise en œuvre par l'HAS**

---

<sup>60</sup> « Réguler la santé » - A. LOPEZ, 2013 - Chapitre 6 : la qualité des pratiques, p.58.

<sup>61</sup> Décret n°2022-25 du 11 janvier 2022 relatif aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité de soins du traitement du cancer – article D 6124-131 I . du Code de la santé publique.

<sup>62</sup> Décret n°2022-690 du 26 avril 2022 relatif aux conditions d'implantation de l'activité de soins critiques – R 6123-35 I. du Code de la santé publique.



Cette procédure a été initiée lors de la réforme de l'hospitalisation publique et privée<sup>63</sup>. Elle a vocation à « *soumettre tout établissement de santé, public ou privée à une procédure externe d'évaluation dénommée accréditation confiée à l'Agence Nationale d'évaluation en santé (ANAES) pour porter une appréciation indépendante sur la qualité d'un établissement, à l'aide d'indicateurs, de critères et de référentiels portant sur les procédures, les bonnes pratiques cliniques et les résultats des différents services et activités*<sup>64</sup>. »

En effet, la procédure de certification des établissements nécessite de mettre en place des actions d'évaluation sur la base de plusieurs critères qui sont au nombre de 215. Ces actions vont concerner la pertinence des hospitalisations et des actes, la sécurité des processus de soins et les modalités de prise en charge des pathologies et problèmes de santé<sup>65</sup>. Ses critères sont des indicateurs de qualité qui sont aussi utilisés dans diverses procédures notamment lors des Évaluations des Pratiques Professionnelles (EPE) ou bien dans les Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM). Leurs objectifs sont de « promouvoir une amélioration de la qualité et d'évaluer la performance des professionnels<sup>66</sup>. » Les indicateurs utilisés dans le cadre de la procédure de certification sont issus du projet de recherche COMPAQH (Coordination de la Mesure de la Performance et Amélioration de la Qualité Hospitalière) qui les a identifiés à la suite d'une collaboration régulière avec les organismes professionnels et institutionnels<sup>67</sup>. Il est donc tout à fait possible qu'un établissement n'obtienne pas sa certification.

Dorénavant, ne pas obtenir sa certification peut entraîner un panel de sanction autre que la simple non-délivrance d'un le brevet de qualité<sup>68</sup>. Il semble difficile de concevoir qu'une structure soit autorisée à fonctionner alors qu'elle a été jugée par les autorités comme n'offrant pas de soins de qualité d'autant que l'ARS est mis au courant des rapports de certification. Étant donné que c'est elle aussi qui autorise ou non un établissement à détenir certains équipements ou à réaliser certain projet, il ne fait nul doute qu'elle saura prendre les sanctions qui s'imposent. En définitive, il

---

<sup>63</sup> Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.

<sup>64</sup> Art.L-710-5 de l'Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.

<sup>65</sup> C. GARDEL et E. MINVIELLE, 200, Évaluation des Pratiques Professionnelles, Certification et Performance hospitalière – Journal d'économie médicale p.4.

<sup>66</sup> C. GARDEL et E. MINVIELLE, 200, Évaluation des Pratiques Professionnelles, Certification et Performance hospitalière – Journal d'économie médicale p.7.

<sup>67</sup> Ibid. p.6.

<sup>68</sup> « Réguler la santé » - A. LOPEZ, 2016 - Chapitre 6 : la qualité des pratiques, p.60.

appartient à l'autorité de décider de ce qu'elle entendra faire de ses informations et à actionner les leviers si besoins. Le but poursuivi est que la procédure qualité assure bien « son rôle dans la régulation des établissements de santé<sup>69</sup> ».

Récemment, depuis le 25 novembre 2020 une nouvelle procédure de certification pour la qualité des soins a été proposée par l'HAS<sup>70</sup>. Elle fixe quinze objectifs fondamentaux qui ont été reconnus par les professionnels de santé mais aussi par les représentants des usagers. La volonté de ces objectifs est de centrer davantage la procédure sur le soin et sur le patient. Les établissements seront toujours contrôlés par des experts-visiteurs mandaté par l'HAS qui évalueront le niveau de qualité de soins en s'appuyant cette fois ci sur un référentiel contenant les quinze objectifs déclinés en plusieurs autres critères.

Afin de respecter la transparence, le score global obtenu par les établissements est publié. Outre le fait d'obtenir un bon résultat, celui-ci va permettre à l'établissement d'obtenir une rémunération. Il s'agit d'un dispositif d'Incitation Financière à l'Amélioration de la Qualité (IFAQ) qui va permettre d'inciter les établissements à respecter ces critères<sup>71</sup>.

En définitive, la missions de ces tutelles et de coordonner l'ensemble des acteurs de santé en fonction de ce que les politiques ont décidé, et veiller en la mise en œuvre et au respect de ces décisions. Cette politique est définie lors de l'élaboration du projet régional de santé qui fixe les objectifs pour les cinq ans à venir. Actuellement la stratégie sanitaire s'articule sur une coopération entre établissement qui doit être davantage développée. Comme évoqué précédemment, cette coopération passe par la mise en œuvre de plusieurs outils qui ont été légiférés et pensés afin d'améliorer le parcours de soins de demain. Il est alors devenu opportun d'utiliser les nouvelles technologies, et notamment numérique pour parvenir à cette finalité.

---

<sup>69</sup> Ibid.

<sup>70</sup> La certification des établissements de santé pour la qualité de soins – HAS – 26 novembre 2020.

<sup>71</sup> Dotation financière pour l'amélioration de la qualité -HAS – 21 décembre 2021.

## CHAPITRE 2 – Les outils de coopérations

---

Le dispositif de coopération constitue des actions communes dans un but partagé. Selon Williamson<sup>72</sup>, la coopération représente « *le mode de relation que les organisations, en situation d'interdépendance, ont tendance à privilégier plutôt que celui de la concurrence, quand elles partagent les mêmes valeurs* »<sup>73</sup>. La coopération implique la coordination. En effet, la coordination apparaît comme indispensable dans les relations entre les différents acteurs de la coopération puisqu'elle consiste à synchroniser la collaboration de ces derniers. Les deux notions sont très liées et on ne peut donc pas parler de coopération sans parler de coordination.

Dans le secteur de la santé il existe différents types de coopérations. On retrouve les coopérations entre la ville et l'hôpital, entre le sanitaire et le médico-social et enfin entre les établissements de droit public et de droit privé. L'objectif de ces coopérations est d'aider à la prise en charge globale des maladies chroniques et de certaines catégories de patients en proposant une offre de soins élargie et une réduction des délais d'accès à une prise en charge en optimisant les parcours de soins.

Depuis plusieurs années, le système de santé fait face à une pénurie de soignant que ce soit dans les hôpitaux ou en médecine de ville. Cette pénurie a été fortement renforcée et aggravée avec la crise sanitaire liée au COVID-19 et les raisons sont clairement identifiées : la population est vieillissante et nécessite de ce fait plus de soins et il y a une augmentation des maladies chroniques. Cependant, le personnel de santé ne se renouvelle pas assez du fait de nombreux départs à la retraite ou de capacités de formations limitées et donc on se retrouve avec un manque de ressources humaines pour y faire face. Les coopérations ont, dans certains cas été impactées par cette pénurie et, au contraire, dans d'autres cas elles ont permis aux établissements de partager leurs ressources humaines.

Les premières formes de coopération hospitalière sont instaurées par la loi Boulin du 31 décembre 1970<sup>74</sup> qui va introduire la mise en place du Service Public Hospitaliers (SPH) et va placer l'hôpital

---

<sup>72</sup> Olivier Eaton Williamson, économiste américain.

<sup>73</sup> « Le parcours de soins, un levier vers une intégration des soins » - André-Pierre Contandriopoulos - Gestion 2000 2019/3), p.73.

<sup>74</sup> Loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière.

public comme le pivot du système de santé.<sup>75</sup> Les premiers outils de coopérations correspondent aux syndicats inter hospitaliers et aux groupements inter hospitaliers. Ces coopérations ont été vues comme un moyen de rationaliser l'offre de soins et également comme un outil de planification. A leur début, elles se faisaient sur la base du volontariat mais au vu de l'intérêt de ces coopérations dans la planification de l'offre de soins, ces coopérations sont devenues un réel enjeu pour les pouvoirs publics et elles sont donc devenues réglementées par l'ARS<sup>76</sup>. Depuis la Loi Boulin, les coopérations ont beaucoup évolué, de nouvelles se sont créées tandis que d'autres ont été améliorées. L'objectif depuis la loi HPST est de dépasser les logiques de concurrence entre secteurs (ville/hôpital – privé/public – sanitaire/médico-social) et de favoriser le travail et la complémentarité des professionnels de santé et des établissements. La loi HPST « a simplifié et gradué les outils de coopération à disposition des acteurs et favorisé leur mise en place, notamment par la création de mesures incitatives »<sup>77</sup>.

Les coopérations partent d'un projet territorial construit autour de la volonté de plusieurs acteurs et elles peuvent prendre plusieurs formes juridiques. Il existe deux « familles juridiques » de coopération avec des outils propres à chacune d'entre elles. La première famille juridique correspond aux coopérations organiques et institutionnelles **(I)**, ici on retrouve les Groupement d'Intérêt Économique (GIE), les Groupements d'Intérêt Public (GIP) et les Groupements de Coopération Sanitaire et Social/Médico-Social (GCS / GCSMS). Avec ces coopérations, il y a création d'une nouvelle structure juridique dotée d'une personnalité morale. La seconde famille correspond elle, aux coopérations fonctionnelles **(II)**, ici on retrouve principalement les conventions ou les Groupements Hospitaliers de Territoires (GHT). Avec ces coopérations, il n'y a pas de création de nouvelle personne morale et on ne touche pas à l'organisation institutionnelle.

---

<sup>75</sup> <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000874228/>.

<sup>76</sup> Régis par l'article L. 6132-2 du CSP qui établit les pouvoirs du DGARS en cette matière.

<sup>77</sup> <https://sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/cooperations/cooperations-territoriales/article/les-cooperations-territoriales> .

## I. Les coopérations institutionnelles

La coopération institutionnelle « conduit à la création d'une structure juridique dotée d'une personnalité morale [...] permettant de recruter du personnel, d'avoir un budget autonome ou de détenir du patrimoine »<sup>78</sup>. À la différence d'une simple convention, une structure organique de coopération peut disposer d'un budget propre, d'un patrimoine, de la possibilité de recruter son personnel et le cas échéant d'être titulaire d'une autorisation de soins, d'équipements matériels lourds ou de disposer d'une Pharmacie à Usage Intérieur (PUI).

La mise en place d'une coopération organique présente de multiples avantages, elle favorise la mutualisation des moyens et le renforcement des liens entre les partenaires grâce à la mise en place d'une structure commune

Les principaux outils de coopération institutionnelle sont ceux que l'on va présenter par la suite à savoir : le Groupement d'Intérêt Économique (GIE) (A), le Groupement d'Intérêt Public (GIP) (B) et le Groupement de Coopération Sanitaire et Social/Médico-Social (GCS/GCSMS) (C).

### A. Groupement d'Intérêt Économique (GIE)

Les Groupements d'Intérêt Économique (GIE) ont été créés par les ordonnances du 23 septembre 1967<sup>79</sup> et sont aujourd'hui intégrés dans le Code de commerce aux articles L.251-1 et suivant<sup>80</sup>. L'objectif de ces groupements est de faciliter ou de développer l'activité économique de ses membres dans l'intérêt économique, c'est en quelque sorte le prolongement de l'activité de ses membres par la mise en commun de celle-ci. Le GIE est particulier et on dit qu'il a une forme juridique « hybride », en effet il permet de créer une forme juridique de droit privé à part entière tout en maintenant l'autonomie de ses membres.

Ces groupements permettent la coopération entre personnes de droit public ou personnes de droit privé et doivent obligatoirement détenir un acteur privé. Ils s'adressent également à des personnes

---

<sup>78</sup> « Quelle forme juridique pour quels besoins » - [https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/fr\\_7\\_-\\_forme\\_juridique\\_v2.pdf](https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/fr_7_-_forme_juridique_v2.pdf).

<sup>79</sup> Ordonnance n°67-821 du 23 septembre 1967 sur les groupements d'intérêt économique.

<sup>80</sup> Article L251-1 du Code du commerce. Version en vigueur depuis le 20 septembre 2000.

physiques tels que les professionnels libéraux. Il n'est pas spécifique au domaine de la santé mais est souvent utilisé par les médecins de ville qui l'utilise pour partager et mettre en commun les ressources matérielles et le service secrétariat par exemple mais chacun d'entre eux va conserver sa propre patientèle.

Le GIE va donc permettre l'acquisition ou la gestion des équipements d'intérêt commun, la mutualisation des moyens humains, locaux, matériels... L'activité du GIE n'est qu'auxiliaire par rapport à l'activité économique de ses membres.

## **B. Groupement d'Intérêt Public (GIP)**

Les Groupements d'Intérêt Public (GIP) sont nés de la loi du 15 juillet 1982<sup>81</sup> pour les besoins du secteur de la recherche, ils ont été étendus au domaine de l'action sanitaire et sociale en 1987. Leur objectif principal est de mettre en commun des moyens pour la mise en œuvre des missions d'intérêt général.

La création d'un groupement d'intérêt public dans le domaine de la santé permet la coopération des personnes morales publiques et privées afin de favoriser la gestion d'équipements ou de services d'intérêt commun nécessaire à l'activité de ses membres dans un but non lucratif. Même s'il favorise la gestion d'équipements entre établissements privés et publics, le GIP ne peut pas être titulaire d'une autorisation d'activité de soins ou d'équipements matériel lourd. Un GIP est une personne morale de droit public dotée de l'autonomie administrative et financière et il est, à ce titre, obligatoirement constitué d'un organisme public.

D'après un avis du Conseil d'État en 1995<sup>82</sup>, il existe certaines limites à la création de GIE et GIP dans le domaine de la santé. Ces coopérations n'étant pas spécifiques au domaine de la santé, elles se restreignent à partager des ressources non directement liées au domaine médical, elles ne permettent pas d'assurer des missions de diagnostic, de surveillance ou encore de soins. Les GIP ou GIE se concentre essentiellement sur des missions extérieures aux soins tels que la mise en commun

---

<sup>81</sup> Loi n°82-610 du 15 juillet 1982 d'orientation et de programmation pour la recherche et le développement technologique de la France.

<sup>82</sup> Avis du Conseil d'État du 1<sup>er</sup> aout 1995 n°358 047 / <https://www.conseil-etat.fr/avis90/358047.pdf>.

ou l'exploitation d'équipements. D'autres limites s'imposent qui sont d'ordre juridique. Concernant les GIP, le fait d'avoir obligatoirement une majorité de personnes morales publiques est un frein puisqu'il met de côté les établissements privés. Les GIE eux, rencontrent des freins liés à la mise en œuvre qui n'est pas simple.

Ces deux modes de coopération ne rendaient pas simple la coopération public/privé, ce pourquoi le législateur a décidé en 1996 d'unifier ces outils à travers un seul, le groupement de coopération sanitaire. Il va être élu comme étant « le premier outil » de coopération en matière de santé afin de favoriser les coopérations public/privé, ville/hôpital ou encore sanitaire et médico-social.

### **C. Groupement de Coopération Sanitaire – Social/médico-social (GCS/GCSMS)**

Les Groupements de Coopération Sanitaire (GCS) sont nés des Syndicats Inter-Hospitaliers (SIH). Les SIH sont nés avec les premières formes de coopération hospitalière portées par la loi Boulin du 31 décembre 1970<sup>83</sup>. Le Syndicat inter hospitalier « avait la forme d'un établissement public créé à la demande de deux ou plusieurs établissements de santé assurant le service public hospitalier, dont un au moins devait être un établissement public de santé. »<sup>84</sup> Le SIH permettait la gestion de services communs, la formation du personnel, l'étude et la réalisation de travaux d'équipement, la gestion de la trésorerie ou encore la création de nouvelles installations nécessaires pour répondre aux besoins de la population.

Ces syndicats inter hospitaliers existants ont été transformés par la loi HPST de 2009 en CHT, en GCS ou en GIP. Depuis l'ordonnance du 4 septembre 2003<sup>85</sup>, plus aucun SIH ne peut être créé.

Les Ordonnances Juppé de 1996<sup>86</sup> vont venir créer, dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale, une coopération propre au secteur sanitaire : le groupement de coopération sanitaire (GCS). Cette coopération va avoir pour objectif le décloisonnement entre le sanitaire et le social/médico-social, entre la ville et l'hôpital et entre le droit privé et le droit public. Ce nouvel outil

---

<sup>83</sup> Loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière.

<sup>84</sup> « Guide méthodologique des coopérations territoriales », ANAP.

<sup>85</sup> Ordonnance n°2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissement.

<sup>86</sup> Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.

permet d'accentuer la coopération entre les établissements de santé notamment pour améliorer la qualité des soins et rationaliser les coûts. Cette nouvelle forme de coopération va apporter une nouveauté pour les établissements parties, celle d'assurer les missions d'un établissement de santé.

Le groupement de coopération sanitaire est régi par l'article L.6133-1 et suivant du code de la santé publique<sup>87</sup> et par les articles R.6133-1 à article R.6133-25 du code de la santé publique.<sup>88</sup> Ces articles fixent que les GCS ont pour mission :

- La mise en commun de moyens ou la réalisation d'activité de soins ;
- Faciliter, développer ou améliorer l'activité de ses membres.

Le GCS prend différents statuts juridiques. Il est de droit public lorsqu'il est exclusivement composé de personnes morales de droit public ou de personnes morales de droits publics et de professionnels libéraux. Il est de droit privé lorsqu'il est exclusivement composé de personnes morales de droit privé. Enfin, lorsqu'il est composé de personnes morales de droit public et de personnes morales de droit privé, alors la nature juridique va dépendre de ceux qui détiennent majoritairement le capital ou alors ceux qui sont majoritaires aux charges de fonctionnement du groupement.

Il existe deux types de groupement de coopération sanitaire : le GCS de moyens et le GCS-établissement.

Premièrement, le GCS de moyens. Il va permettre la mutualisation de divers moyens provenant de toutes natures pour organiser ou gérer différents types d'activités (administratives, logistiques, techniques, financiers...), la réalisation ou la gestion d'équipements toujours en vue de faciliter, développer ou améliorer l'activité de ses membres. Il permet « *d'organiser ou gérer des activités administratives, logistiques, techniques ou médico-techniques, d'enseignement et de recherche, de réaliser ou gérer des équipements d'intérêt commun, de permettre des interventions communes de professionnels médicaux et non médicaux.* »<sup>89</sup> Il existe également le GCS de moyens exploitants qui, comme son nom l'indique, va permettre d'exploiter sur un site unique une ou plusieurs

---

<sup>87</sup> Art.L6133-1 et suivant du code de la santé publique.

<sup>88</sup> Art.R6133-1 et suivant du code de la santé publique.

<sup>89</sup> « Le Groupement de coopération sanitaire (GCS) », FHF, 25 septembre 2012.



autorisations d'équipements de matériels lourds détenues par un ou plusieurs de ses membres. Même s'il est titulaire de ces autorisations, il garde le statut de GCS de moyens.

Deuxièmement, le GCS établissement. Avant 2009, les GCS de moyens avait la possibilité d'exploiter les autorisations de soins détenues par les membres. Désormais, depuis la loi HPST, les GCS de moyens sont érigé en établissement de santé<sup>90</sup> lorsqu'ils souhaitent développer une activité de soins et qu'ils sont titulaire de l'autorisation correspondante. Il peut être doté de la personnalité morale de droit privé ou de droit public (selon la nature juridique de ses membres) et il est tenu aux mêmes règles que tout autres établissements de santé notamment en matière de qualité et sécurité des soins. Les principales missions que doivent respecter ces GCS-établissements sont : de répondre aux besoins exprimés par les établissements engagés, de mettre en œuvre un projet médical commun répondant aux besoins de la population, d'inscrire les coopérations avec certains acteurs privés ou encore de mieux articuler les actions de coopérations avec les principes du service public hospitalier et de la planification sanitaire.

La loi de modernisation de notre système de santé a réintégré le GCS de moyen exploitant. Le GCS de moyen peut de nouveau « exploiter les autorisations d'activités de soins détenues par l'un ou plusieurs de ses membres et pourra être autorisé par l'ARS à facturer les soins à l'Assurance maladie pour le compte de ses membres. »<sup>91</sup>. Ainsi, le GCS n'a pas besoins de supporter les contraintes liées au statut d'établissement de santé.

La loi du 2 janvier 2002<sup>92</sup>, dans une volonté de restructuration du secteur social et médico-social, a introduit le Groupement de Coopération Social et Médico-social (GCSMS). Ce nouveau groupement a vu son rôle clarifié avec la loi du 11 février 2005<sup>93</sup> et a vu ses modalités de mise en œuvre fixées par le décret du 6 avril 2006<sup>94</sup>. Les GCSMS ont certaines missions communes aux autres types de coopérations à savoir : créer et gérer des équipements et services d'intérêts communs, faciliter et encourager l'amélioration de la qualité de leurs prestations ou encore définir et proposer des

---

<sup>90</sup> Art.L6133-1 du code de la santé publique.

<sup>91</sup> « Les établissements de santé : cadre juridique et institutionnel », DREES édition 2016.

<sup>92</sup> Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

<sup>93</sup> Loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

<sup>94</sup> Décret n°2006-413 du 6 avril 2006 relatif aux groupements assurant la coordination des interventions en matière d'action sociale et médico-sociale, pris pour l'application de l'article L.312-7 du code de l'action sociale et des familles et modifiant ce code.

actions de formation à destination des personnels et de leurs membres. Elles ont aussi des missions spécifiques tels que : permettre les interventions communes des professionnels, être autorisé à exercer directement les missions et prestations des établissements et à assurer directement l'exploitation de l'autorisation d'un de ses membres (sous réserve d'accord du DGARS) et enfin d'être chargé de procéder à des regroupements ou à des fusions. Le GCSMS est de droit privé ou public selon la nature juridique des membres qui le compose.

En 2018, on comptait 693 groupements de coopération sanitaire dont 667 GCS de moyens et 26 GCS-établissements<sup>95</sup>. Le facteur principal de motivation de ces coopérations est de mutualiser le partage des coûts de structure et d'équipement.

Concernant le financement des Groupements de Coopération Sanitaire, il peut varier en fonction de divers facteurs. Parmi ceux-ci, on compte le contexte régional, les politiques de santé locales et les priorités nationales. En conséquence, chaque GCS est appelé à élaborer son propre modèle économique et à identifier ses sources de financement en adéquation avec ses besoins spécifiques et les ressources disponibles. Les sources de financement d'un GCS peuvent comprendre les contributions des membres, les subventions publiques, le financement par projet, les contrats avec les organismes de santé ou les entreprises privées, entre autres. De plus, un GCS peut générer des revenus par la fourniture de services ou la vente de biens. Il est également possible que des fonds soient alloués par l'État ou par des entités régionales en fonction de l'alignement du GCS avec certaines priorités de santé publique. Par exemple, un GCS qui se concentre sur des problématiques prioritaires telles que la santé mentale, les maladies chroniques ou la prévention pourrait bénéficier de financements supplémentaires.

Dans tous les cas, le développement d'un modèle économique solide et durable est essentiel pour la pérennité du GCS. Cela nécessite une planification stratégique, une gestion financière, rigoureuse et une surveillance continue des revenus et des dépenses.

---

<sup>95</sup> « Rapport sur les recompositions hospitalières », DGOS, 2017.

Dans le contexte des GCS, plusieurs freins peuvent être identifiés dans leur développement et leur fonctionnement. Ceux-ci peuvent varier en fonction des spécificités du contexte mais on peut en général citer :

- Les difficultés financières, la mise en place d'un modèle économique solide peut être un défi majeur pour un GCS. Le financement initial, l'obtention de subventions, la gestion des flux de trésorerie, et l'identification de sources de revenus durables sont autant d'éléments qui peuvent constituer des obstacles.
- La complexité administrative, la création et la gestion d'un GCS impliquent souvent de nombreuses démarches administratives et réglementaires. Ces procédures peuvent être complexes et prendre beaucoup de temps, ce qui peut décourager certaines initiatives.
- Le manque de ressources humaines, les GCS nécessitent des professionnels qualifiés pour leur gestion et leur fonctionnement. Le recrutement, la formation et le maintien en poste de ces professionnels peuvent représenter un défi.
- La résistance au changement, la mise en place d'un GCS peut entraîner des changements significatifs dans la manière dont les soins sont fournis. Ces changements peuvent être accueillis avec résistance de la part du personnel soignant, des patients, ou d'autres parties prenantes.
- Les problèmes de communication et de coordination, un GCS implique la collaboration entre plusieurs entités, ce qui peut entraîner des problèmes de communication et de coordination. Cela peut notamment être le cas lorsque les membres du GCS ont des objectifs ou des priorités différents.
- L'alignement avec les politiques de santé, les GCS doivent s'aligner sur les politiques de santé locales et nationales, ce qui peut limiter leur autonomie et leur capacité à s'adapter aux besoins spécifiques de leur communauté.

Pour surmonter ces obstacles, il est essentiel que les GCS bénéficient d'un soutien adéquat, tant au niveau financier qu'en termes de ressources humaines et de formation. Une bonne communication, une planification stratégique et une gestion efficace peuvent également contribuer à la réussite d'un GCS.

## II. Les coopérations fonctionnelles

La coopération fonctionnelle « *consiste en la signature d'un contrat intuitu personae s'imposant aux parties qui l'ont adopté et n'entraîne pas la création d'une nouvelle entité juridique* »<sup>96</sup>, elle repose sur le support juridique d'une convention. Les parties ont une certaine liberté dans la rédaction des clauses cependant, il est impossible pour elles de recruter du personnel, d'avoir un budget autonome ou encore de détenir un patrimoine propre.

Les principaux outils de coopération fonctionnelle sont ceux que l'on va présenter par la suite à savoir la convention (A) et la Communauté Hospitalière de Territoire (CHT) maintenant devenue Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) (B).

### A. La Convention

La convention de coopération est un instrument souple qui permet de gérer des investissements pour du matériel lourd sur des conventions de coopération entre des personnes publiques et des personnes privées et qui ne sont pas nécessairement des établissements de santé. Ces conventions peuvent être établies avec des acteurs étrangers et on parle donc de coopération internationale.

Les conventions sont assez libres, elles peuvent porter sur tout type d'objectif, la loi n'impose pas d'objet particulier à suivre. C'est un outil simple connu de tous et accessible à tous et qui permet une mise en place rapide et efficace.

Ces conventions peuvent se faire dans la limite des ressources humaines, matérielles et financières disponibles. Le manque de personnel peut venir freiner la faisabilité de certaines coopérations mais, à contrario il peut permettre la signature d'une convention entre deux parties (ex : transfert de résidents, partage d'activité...)

---

<sup>96</sup> « Quelle forme juridique pour quels besoins » - [https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/fr\\_7\\_-\\_forme\\_juridique\\_v2.pdf](https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/fr_7_-_forme_juridique_v2.pdf).

D'autres freins potentiels peuvent limiter l'efficacité ou la mise en œuvre des conventions. En voici quelques-uns :

- Le manque de ressources : comme mentionné, les conventions de coopération peuvent être limitées par les ressources disponibles. Cela inclut non seulement le financement, mais aussi les ressources humaines et matérielles. Si les ressources sont insuffisantes, il peut être difficile d'atteindre les objectifs fixés par la convention.
- Les difficultés de coordination : les conventions de coopération impliquent souvent de multiples parties, chacune avec ses propres priorités et contraintes. Coordonner ces différents acteurs peut être un défi en particulier lorsque la coopération implique des acteurs de différents secteurs ou pays.
- Les différences culturelles ou institutionnelles : lorsque les conventions de coopération impliquent des acteurs internationaux, les différences culturelles ou institutionnelles peuvent être un obstacle. Il peut être difficile de surmonter ces différences et de trouver un terrain d'entente.
- Le risque juridique : il y a toujours un risque juridique associé aux conventions de coopération. Par exemple, si une partie ne respecte pas ses obligations, cela peut entraîner des litiges. De plus, si la convention n'est pas correctement rédigée, elle peut être juridiquement contestable.
- L'instabilité ou incertitude politique : les conventions de coopération peuvent être affectées par des changements politiques ou par l'incertitude politique. Par exemple, un changement de gouvernement ou de politique peut avoir un impact sur le financement ou le soutien politique à la coopération.
- L'absence de contrôle ou d'obligation de rendre des comptes : dans certains cas, il peut y avoir un manque de contrôle ou de responsabilisation dans le cadre des conventions de coopération. Cela peut conduire à des inefficacités ou à des abus et pour cette raison, il est essentiel d'avoir des mécanismes de contrôle et de responsabilisation efficaces en place.

Chaque convention de coopération aura ses propres défis spécifiques. Il est donc crucial de comprendre ces freins potentiels afin de pouvoir les anticiper et les surmonter.

## B. Groupement Hospitalier de Territoire (GHT)

Les groupements hospitaliers de territoire (GHT) sont nés de la communauté hospitalière de territoire (CHT)<sup>97</sup>. La loi du 21 juillet 2009<sup>98</sup> portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires a placé les coopérations au cœur de son dispositif en mettant en avant la communauté hospitalière de territoire, outil dédié aux coopérations public/public. La mise en place de cet outil avait pour principal intention de repositionner l'hôpital au sein du parcours patient avec deux objectifs. Le premier étant de garantir un égal accès aux soins de qualité dans un délai de prise en charge dit "raisonnable", c'est-à-dire compatible avec les besoins de santé des personnes. Le deuxième étant de résoudre les contraintes pesant sur la capacité des établissements de santé publics à faire face aux besoins de soins et à la concurrence des établissements privés. Sa finalité est la recherche de la meilleure allocation des ressources, la complémentarité entre les acteurs et une meilleure performance des établissements. Elle permet aux établissements publics de santé de conclure une convention afin de mettre en œuvre une stratégie commune et de gérer en commun certaines fonctions.

En dépit de la volonté de la loi HPST de vouloir favoriser les démarches coopératives inter-organisationnelles, les hôpitaux publics restent confrontés aux problèmes d'équilibre budgétaire d'attractivité médicale et pour les plus petits, au maintien de l'offre de soins.

La loi de Modernisation de notre Système de Santé (LMSS) de 2016, par son article 107<sup>99</sup> va venir créer les GHT pour consolider les coopérations. L'objectif va être de renforcer le secteur public de santé et la qualité de prise en charge du patient sur un territoire en restructurant l'offre de soins proposé par les hôpitaux publics d'un même territoire. Comme pour les CHT, la volonté de création des GHT était de rechercher une meilleure utilisation des ressources et des compétences et une meilleure complémentarité entre les acteurs sans se limiter seulement à la mise en commun de certaines fonctions, le but étant d'aller au-delà. Claude Évin<sup>100</sup>, ancien président de la Fédération hospitalière de France (FHF) a affirmé que les GHT avaient pour but de « *développer une stratégie*

---

<sup>97</sup> Art.L6132-1 du Code de la Santé Publique.

<sup>98</sup> Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme hospitalière.

<sup>99</sup> Art.107 – Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé - [legifrance.gouv.fr](http://legifrance.gouv.fr).

<sup>100</sup> Claude Évin : ancien président de la FHF.

*de groupe [...]. Il s'agissait pour les hôpitaux publics de développer une stratégie territoriale commune pour apporter une réponse graduée et cohérente à la population et par ailleurs optimiser les moyens des établissements alors que les contraintes financières s'avéraient de plus en plus fortes. »<sup>101</sup>*

Le GHT est créé par une convention constitutive conclue pour 10 ans dont le contenu est régi par l'article 107 de la LMSS<sup>102</sup> et le décret du 27 avril 2016<sup>103</sup> qui fixent que le GHT doit impérativement :

- Avoir un Projet Médical Partagé (PMP) fixé pour 5 ans ;
- Inclure la désignation d'un établissement support chargé d'assurer, pour le compte des autres établissements parties, les fonctions et activités déléguées (SIH, DIM, Achats...)<sup>104</sup>.

Le GHT permet aux établissements de mettre en œuvre une stratégie de prise en charge commune et graduée du patient dans le but d'assurer une égalité d'accès des soins sécurisés et de qualité. Il assure une meilleure efficacité par une mise en commun des fonctions ou par des transferts d'activité. Chaque établissement public de santé doit adhérer à un GHT conformément aux dispositions de l'article L. 6132-1 du code de la santé publique.<sup>105</sup> Une dérogation peut être accordée à un établissement par le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé (DGARS) en raison de caractéristiques liées à sa spécificité dans l'offre de soins territoriales.<sup>106</sup>

La loi relative à l'Organisation et à la Transformation du Système de Santé (OTSS) du 24 juillet 2019<sup>107</sup> va apporter du plus aux GHT. Cette loi va approfondir l'intégration des GHT en rendant obligatoire les commissions médicales de groupement qui vont avoir pour missions d'élaborer et de mettre en œuvre la stratégie médicale de groupement et d'élargir les compétences de l'établissement support en matière de ressources humaines médicales, pharmaceutiques et maïeutiques. Cette loi va également habilitier les établissements parties des GHT à élaborer un

---

<sup>101</sup> Les Groupements Hospitaliers de Territoires Claude Évin dans « Les GHT au service d'une stratégie de groupe » - Revue de la Fédération Hospitalière de France (FHF), janvier 2016.

<sup>102</sup> Art.107 – Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé / [legifrance.gouv.fr](http://legifrance.gouv.fr).

<sup>103</sup> Décret n°2016-524 du 27 avril 2016 relatif aux groupements hospitaliers de territoire / [legifrance.gouv.fr](http://legifrance.gouv.fr).

<sup>104</sup> Art.L6132-3 du Code de la Santé Publique / [legifrance.gouv.fr](http://legifrance.gouv.fr).

<sup>105</sup> Art.L6132-1 du Code de la Santé Publique / [legifrance.gouv.fr](http://legifrance.gouv.fr).

<sup>106</sup> Art.L6132-1 du Code de la Santé Publique / R. 6132-7 du Code de la Santé Publique.

<sup>107</sup> Loi n°2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé.

programme d'investissement et un plan global de financement pluriannuel et à signer un Contrat Pluriannuel d'Objectif et de Moyen (CPOM) avec l'Agence Régionale de Santé (ARS).

Aujourd'hui il existe 135 GHT qui regroupent au total 891 établissements. Le facteur principal de motivation de ces coopérations est de mutualiser leurs équipes médicales afin de répartir les activités pour que chaque structure soit le plus efficace possible.

Le financement des GHT en France est assuré par différents mécanismes et sources de financement. Chaque établissement de santé au sein d'un GHT dispose de son propre budget et reçoit des financements provenant de l'Assurance maladie, des mutuelles et des assurances complémentaires, ainsi que du budget de l'État. Ces financements sont alloués en fonction de l'activité et des missions de chaque établissement, notamment en fonction du nombre de patients pris en charge, des actes médicaux réalisés et des services proposés. En ce qui concerne les GHT, ils bénéficient de financements spécifiques pour mettre en œuvre leur mission de coordination et de coopération entre les établissements membres. Ces financements sont attribués par les ARS et visent à soutenir les activités de mutualisation des ressources, la mise en place de plateformes de coopération ou encore le développement de la télémédecine.

De plus, les GHT peuvent également bénéficier de financements européens ou de fonds d'investissement spécifiques pour mener à bien des projets de modernisation, d'innovation ou d'amélioration des infrastructures de santé au sein du territoire du GHT. Il convient de noter que le financement des GHT peut varier en fonction de la région et des politiques de santé locales. Les modalités précises de financement sont déterminées par les ARS en collaboration avec les établissements membres du GHT.

En résumé, le financement des GHT est principalement assuré par les budgets des établissements de santé membres, complétés par des financements spécifiques alloués par les ARS et d'autres sources de financement externes.

Selon le rapport de l'IGAS <sup>108</sup> sur le bilan d'étape des groupements hospitaliers de territoire, certaines limites se posent au fonctionnement de ces GHT. Tout d'abord, ils évoquent le fait que

---

<sup>108</sup> « Bilan d'étape des groupements hospitaliers de territoire » - membres de l'IGAS, décembre 2019 - [https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2019-034r\\_tome\\_i.pdf](https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2019-034r_tome_i.pdf).



dans la plupart des GHT, les PMP sont de qualité mais que le lien avec les projets de soins partagés (PSP) est encore inégal et que l'ouverture des PMP avec l'offre de ville reste faible par manque de structuration. Le bilan concernant les PMP reste donc contrasté. Ensuite, au niveau de la mutualisation de certaines fonctions, on retrouve des problèmes liés au niveau de démographie médicale. En effet, la mutualisation des ressources en médecins est tantôt freinée, tantôt stimulée selon la démographie médicale. Concernant la mutualisation des fonctions supports, cela reste très hétérogène en particulier les systèmes d'information hospitaliers (SIH). Il existe des problèmes d'interopérabilité des applications présentes dans les différents établissements parties du GHT liés à un problème de choix de logiciel commun mais également à un problème de moyens financiers. L'objectif national posé du dossier patient unique reste assez lointain et ne favorise pas les échanges entre les membres du GHT. Enfin, des problèmes subviennent sur le plan de la fonction achat. La centralisation des achats rend parfois difficile le recours aux fournisseurs locaux notamment pour les établissements de petite taille.

## CHAPITRE 3 – Les outils de coordination

---

La coordination dans le secteur de la santé est un aspect essentiel pour assurer une prise en charge optimale des patients et une utilisation efficace des ressources. Elle vise à faciliter la collaboration entre les différents acteurs de la santé, qu'ils soient individuels, tels que les professionnels de santé, ou collectifs comme les établissements de soins afin de fournir des services de santé intégrés et cohérents.

Dans un système de santé de plus en plus complexe et interconnecté, la coordination joue un rôle primordial afin que tous ces acteurs puissent apporter la meilleure prise en charge pour ce dernier. Elle permet non seulement d'éviter les doublons, de limiter les erreurs médicales et d'optimiser l'utilisation des ressources, mais aussi d'améliorer la qualité des soins et la satisfaction des patients. La coordination peut se manifester à plusieurs niveaux et il existe différentes notions de coordination dans le domaine de la santé. On retrouve la coordination séquentielle qui existe quand un patient rencontre successivement les professionnels de santé, la coordination réciproque lorsque le patient est traité de manière simultanée par plusieurs professionnels et enfin, on retrouve la coordination collective lorsqu'une équipe professionnelle assume conjointement la prise en charge d'un patient.

André-Pierre Contandriopoulos précise que plus le niveau d'interdépendance est élevé, plus la coordination est élevée. Ici, l'interdépendance est la dépendance mutuelle, c'est-à-dire que dans le contexte de prise en charge, plus il va y avoir de personnes à prendre en charge un même patient, plus il va y avoir besoin de coordination. Il existe une gradation de la coordination liée à la complexité de la prise en charge<sup>109</sup>.

La coordination n'est cependant pas un processus simple et spontané. En effet, elle nécessite des outils spécifiques, des structures de gouvernance adéquates, des compétences et une volonté d'engagement de la part des différents acteurs. Dans la suite du chapitre, une description des

---

<sup>109</sup> « Le parcours de soins, un levier vers une intégration des soins » - André-Pierre Contandriopoulos - p.73 dans Gestion 2000 2019/3).

principaux outils de coordination disponibles dans le secteur de la santé sera faite afin d'examiner comment ils peuvent contribuer à améliorer l'efficacité et l'efficience des services de santé.

La pandémie de Covid-19 a mis à rude épreuve les systèmes de santé du monde entier, y compris leurs mécanismes de coordination. Face à la nécessité d'une réponse rapide et coordonnée, certaines difficultés ont été mises en évidence. Parmi celles-ci, la diminution du personnel de santé a eu un impact significatif sur la capacité à maintenir une coordination efficace. En effet, une charge de travail accrue pour le personnel restant limite le temps disponible pour se consacrer aux outils de coordination ce qui a été problématique en ce qui concerne les outils de e-santé qui sont essentiels pour la transmission d'informations entre professionnels. En conséquence, la qualité du parcours de soins des patients a pu être affectée.

Cependant, cette crise sanitaire sans précédent a également stimulé l'innovation dans le domaine de la santé. Les solutions de e-santé ou encore les innovations en santé ont connu un développement et une adoption rapide. Parmi ces innovations, la télémédecine qui a permis de maintenir les soins à distance lorsque les déplacements étaient limités mais aussi les plateformes de partage d'informations médicales, qui ont facilité la coordination des soins entre les différents acteurs de santé.

Ces technologies numériques offrent de nouvelles possibilités pour améliorer la coordination dans le secteur de la santé, elles permettent une communication plus rapide et plus efficace entre les professionnels de santé, une meilleure accessibilité et une meilleure gestion de l'information médicale et une plus grande flexibilité dans la prestation des soins. Leur mise en œuvre et leur adoption nécessitent une attention particulière pour garantir la confidentialité et la sécurité des données des patients, pour assurer l'équité dans l'accès aux services de e-santé, et pour garantir que ces outils sont utilisés de manière à améliorer, et non à compliquer, la coordination des soins.

Les dispositifs d'expérimentation en santé permettent de tester des innovations sur le terrain, dans des conditions réelles, en impliquant les acteurs du système de santé tels que les professionnels de santé, les établissements de santé, les patients et les autres parties prenantes. Ils offrent une opportunité d'adapter les pratiques aux besoins spécifiques des populations, d'améliorer la qualité

des soins, d'optimiser les ressources et de favoriser l'innovation (ministère des Solidarités et de la Santé).<sup>110</sup>

Ces dispositifs peuvent prendre différentes formes, tels que des projets pilotes, des initiatives régionales, des partenariats public-privé ou des collaborations entre acteurs de santé. Ils peuvent porter sur divers aspects de la santé, tels que la coordination des soins, l'utilisation des nouvelles technologies, la prévention, la prise en charge des maladies chroniques ou encore l'organisation des parcours de santé.

Les résultats des expérimentations sont évalués de manière approfondie afin de mesurer leur impact, leur efficacité et leur pertinence. Cela permet d'identifier les bonnes pratiques, d'ajuster les dispositifs et de déterminer les éventuelles modalités de généralisation des innovations testées. Les dispositifs d'expérimentation d'innovation en santé jouent un rôle crucial dans l'évolution et l'amélioration du système de santé en France. Ils favorisent l'adaptation aux nouveaux enjeux de santé, l'exploration de solutions novatrices et l'optimisation des ressources. Ils contribuent à une approche plus proactive et basée sur les preuves pour relever les défis de santé actuels et futurs.

En conclusion, les dispositifs d'expérimentation d'innovation en santé sont des leviers importants pour favoriser l'amélioration continue du système de santé en France. Ils permettent d'explorer de nouvelles approches, de tester des pratiques novatrices et d'évaluer leur impact. Grâce à ces dispositifs, la France vise à développer un système de santé plus efficace, plus adapté aux besoins des populations et résolument tourné vers l'innovation.

Dans l'avenir, les outils de e-santé **(I)** et les innovations en matière de santé **(II)** seront des composantes essentielles de la coordination des soins. Le défi sera de les intégrer efficacement dans les systèmes de santé, afin qu'ils puissent contribuer à améliorer la qualité et l'efficacité des soins pour tous les patients.

---

<sup>110</sup> Ministère des Solidarités et de la Santé. <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/qualite-et-securite-des-soins/l-experimentation-en-sante/>.

## I. La e-santé : le développement d'outils de coordination numérique

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), l'e-santé se définit comme « *les services du numérique au service du bien-être de la personne* » mais également comme « *l'utilisation des outils de productions, de transmission, de gestion et de partage d'informations numérisées au bénéfice des pratiques tant médicales que médico-sociales* »<sup>111</sup>. Le concept de e-santé est apparu dans les années 1990 en simultané avec le développement de l'informatique et des nouvelles technologies de communications qui ont permis une meilleure accessibilité de l'information avec également l'essor d'internet dans les années 2000. La e-santé est venue chamboulée la médecine traditionnelle et depuis les années 2000, il y a de nombreuses ambitions en termes d'investissement ou de démocratisation du numérique.

La crise sanitaire est venue accélérée le développement du numérique en santé et a été un véritable tournant dans l'histoire de la e-santé. Elle a mis en évidence l'importance de disposer de systèmes de santé résilients, capables de s'adapter rapidement à des situations changeantes et de fournir des soins de qualité même dans des conditions difficiles. Dans ce contexte, les outils numériques se sont révélés être des alliés précieux, permettant de maintenir la continuité des soins tout en protégeant la santé des patients et des professionnels de santé.

La e-santé a été reconnue comme une véritable solution dans la réduction de la rupture de continuité des soins et son histoire ne cesse d'évoluer avec toujours plus d'enjeux. Le plan "Ma Santé 2022", lancé par le gouvernement français, a marqué une étape cruciale dans la transformation du système de santé du pays. Il a mis en évidence l'importance de l'utilisation des technologies pour améliorer l'accès aux soins, la qualité des soins et l'efficacité du système de santé grâce à une meilleure coordination des acteurs. Parmi les mesures phares de ce plan, on trouve l'objectif d'accélérer le développement et l'adoption de solutions de e-santé, tels que la télémédecine, les dossiers médicaux électroniques et les applications de santé.

---

<sup>111</sup> « Les domaines de l'e-santé », Haut Conseil de la santé publique 2019.

Le changement du système de santé à travers le numérique a été encore accentué par la publication de la feuille de route "Accélérer le virage numérique" par Dominique Pon et Laura Létourneau<sup>112</sup>. Ce document a fixé les grandes orientations et les actions à mener pour accélérer la transition numérique dans le domaine de la santé et a mis l'accent sur des aspects clés tels que l'interopérabilité des systèmes d'information de santé, l'implication des patients dans leur parcours de soins, ou encore l'importance de garantir la sécurité et la confidentialité des données de santé.

L'avenir du système de santé passe inévitablement par le numérique. La transformation numérique de la santé est une opportunité unique d'améliorer la coordination des soins, de rendre le système de santé plus efficace et d'offrir une meilleure qualité de soins aux patients. C'est un défi majeur, mais aussi une chance pour le système de santé français.

Grâce à la e-santé, de nouveaux rapports s'installent entre les professionnels de santé et aussi entre les professionnels de santé et les patients. Concernant les relations entre les professionnels, le numérique va permettre un meilleur partage. En effet, ils vont pouvoir avoir de meilleures transmissions liées à la prise en charge des patients ce qui va contribuer à éviter la redondance des actes ou des examens mais aussi d'éviter toute rupture dans la continuité des soins. Pour la relation entre les professionnels et les patients, cela va apporter une réduction de l'asymétrie d'information ce qui va replacer le patient au cœur de son parcours en le responsabilisant un peu plus.

Dans son processus de coordination des acteurs dans le parcours de soins des patients, le numérique en santé fait intervenir plusieurs outils numériques qui concerne tous les moyens de communications ou de partage d'information utilisés en santé tels que le Dossier Patient Informatisé (DPI) **(A)**, le Dossier Médical Partagé (DMP) **(B)** ou encore la télémédecine **(C)**.

#### **A. Le Dossier patient informatisé (DPI)**

Les technologies de l'information dans le secteur de la santé sont apparues dans les années 80 avec comme but de faciliter le partage des informations nécessaires à la prise en charge des patients dans leur parcours de soins. La mise en œuvre d'un dossier médical a été rendu obligatoire

---

<sup>112</sup> <https://esante.gouv.fr/actualites/lancement-de-la-feuille-de-route-du-numerique-en-sante-2023-2027>.

par le décret du 31 mars 1992<sup>113</sup> qui, jusqu'aux années 2000 se faisait sous forme papier avec une distinction entre le dossier médical et le dossier infirmier. Dans les années 90, l'informatisation des données étaient encore loin d'être généralisée et c'est à partir des années 2000 que ces deux dossiers distincts ont été réunis dans un seul et même dossier nommé le dossier patient informatisé. Il se définit comme « *un dossier informatique rassemblant les données médicales des patients. Le terme désigne également un logiciel dans lequel les agents hospitaliers vont accéder aux informations contenues dans le dossier patient.* <sup>114</sup>»

L'informatisation du dossier patient n'est pas uniquement le passage d'un support papier à un support numérisé, il vient apporter des changements fondamentaux dans les pratiques des professionnels de santé et va venir impacter directement le cœur même de leur métier. Au sein d'un même établissement, tous les professionnels qui interviennent auprès du patient doivent porter la trace de leurs interventions ou de leurs observations afin de faciliter la transmission d'information au sein de l'équipe pluriprofessionnels et ainsi favoriser la qualité de la prise en charge des patients. Ce dossier contient l'ensemble de la documentation liée à la prise en charge du patient avec ses antécédents, ses traitements, ses allergies, ses habitudes de vie, ses examens ou toutes autres données qui permettront de suivre l'évolution de son parcours. On y trouve également des informations administratives qui vont permettre l'identification du patient avec des données sociodémographiques et qui vont venir enrichir le dossier du patient. Le dossier patient informatisé est un outil précieux aussi bien dans la coordination des professionnels de santé que dans l'aide à la prise de décision.

Il existe cependant des freins à l'utilisation du dossier patient informatisé.

Le premier est relatif à la sécurisation des données médicales et qui est un véritable enjeu des politiques publiques. En effet, les données de santé sont considérées comme des données sensibles qui font l'objet d'une protection particulière. Les patients sont souvent très méfiants et inquiets vis-à-vis de l'informatisation des données médicales et de leur protection car ils craignent souvent que

---

<sup>113</sup> Décret n°92-332 du 31 mars 1992 modifiant le code du travail et relatif aux dispositions concernant la sécurité et la santé que doivent observer les maîtres d'ouvrage lors de la construction de lieux de travail ou lors de leurs modifications, extensions ou transformations.

<sup>114</sup> Wikipédia / [https://fr.wikipedia.org/wiki/Dossier\\_patient\\_informatis%C3%A9](https://fr.wikipedia.org/wiki/Dossier_patient_informatis%C3%A9).

les données qui les concerne soient utilisées à des fins commerciales. Il est de ce fait essentiel que les données de santé fassent l'objet d'une protection juridique importante. C'est le cas depuis la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés<sup>115</sup> qui a permis la création de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) responsable de la protection des données personnelles et de leur traitement. Cette loi a été modifiée par la loi du 20 juin 2018<sup>116</sup> avec la mise en place d'un Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD). Cette modification de loi a permis de renforcer les droits des personnes, de responsabiliser les acteurs traitant des données et enfin de crédibiliser la régulation grâce à une coopération renforcée entre les autorités de protection des données.

Le second concerne l'interopérabilité des systèmes d'informations. Pour que le dossier patient informatisé soit un véritable outil de coordination entre les différents établissements ou entre les établissements et la médecine de ville, il doit exister une interopérabilité logistique et politique des données médicales. Le manque d'interopérabilité des logiciels informatiques des établissements de santé va compliquer la coordination des acteurs car cela va rendre le partage des données plus difficile et l'impossibilité d'accéder à certaines données va compromettre la bonne continuité des soins des patients. L'interopérabilité sera toujours plus essentielle pour un suivi maximal des soins.

Le troisième et dernier frein important à retenir est celui de la protection des droits des patients qui est parfois mis en péril avec l'informatisation des dossiers patients. En effet, il est important de garantir le respect de la vie privée et la confidentialité avec la mise en place de ce dossier patient informatisé car le patient depuis la loi du 4 mars 2002<sup>117</sup> devient de plus en plus autonome et acteur de sa santé, ainsi il doit être tenu informé des données concernant sa santé qui se retrouveront dans ce dossier afin qu'il puisse en donner l'accord ou non.

Le DPI a les mêmes objectifs que le dossier médical partagé (DMP) qui est de mettre à disposition les informations utiles à la prise en charge d'un patient pour que cette dernière soit de qualité. Pour avoir une meilleure coordination entre les établissements de santé ou entre les établissements de santé et les professionnels de ville, le dossier médical partagé va lui venir faciliter l'accessibilité du

---

<sup>115</sup> Loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

<sup>116</sup> Loi n°2018-493 du 20 juin 2018 relative à la protection des données personnelles.

<sup>117</sup> Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.



dossier patient informatisé en mettant un focus sur le partage d'informations ou de documents à un plus haut niveau.

## **B. Le Dossier médical partagé (DMP)**

Sur le même principe que le DPI qui est passé d'un papier à un support informatisé, le dossier médical partagé (DMP) lui, s'inspire du carnet de santé de l'enfant. Ce carnet est utile aussi bien pour les parents que pour les professionnels car il constitue un véritable outil de coordination pour les acteurs qui interviennent auprès de l'enfant. Lorsque l'on devient adulte, il n'y a plus de carnet de santé propre et les choses se compliquent. En effet, les patients créent leur propre carnet de santé : « *il constitue et stocke les pièces de son dossier médical papier à la maison dans de grandes enveloppes, le transporte sous le bras et le complète au fil de son parcours de santé.* <sup>118</sup> ». Il y a un donc un réel enjeu d'informatiser un dossier patient qui serait utile aussi bien aux enfants qu'aux adultes et qui permettrait aux professionnels de santé d'accéder à tous les documents relatifs à l'état de santé d'un patient.

Le dossier médical partagé a été instauré par la loi du 13 août 2004<sup>119</sup> et s'appelait à l'origine « dossier médical personnel ». Il avait un but principal, celui de favoriser la coordination et les échanges d'informations entre les professionnels de santé et les patients. En dépit de la volonté du ministre de la santé de l'époque, Monsieur Philippe Douste-Blazy de mettre en œuvre ce DMP en seulement « trois mois », ce fut un véritable échec. En effet, une dizaine d'années plus tard, seulement « 500 000 DMP avaient été ouverts dont la moitié étaient vides. <sup>120</sup> ». En 2016, la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie (CNAM) décide de reprendre la gestion de ce dossier médical partagé et il fut véritablement lancé le 6 novembre 2018 par Agnès Buzyn <sup>121</sup> à la suite de la promulgation de la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016<sup>122</sup>.

C'est dans ce contexte que s'inscrit le plan "Ma Santé 2022". Cette stratégie, destinée à transformer le système de santé français met un accent particulier sur le numérique et notamment sur le DMP.

---

<sup>118</sup> « Le dossier médical partagé replace-t-il le patient au cœur du parcours de santé ? », dans La e-santé en question(s) 2020 - Olivier Babinet, Corinne Isnard Bagnis.

<sup>119</sup> Loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.

<sup>120</sup> « Le dossier médical partagé replace-t-il le patient au cœur du parcours de santé ? », dans La e-santé en question(s) 2020 - Olivier Babinet, Corinne Isnard Bagnis.

<sup>121</sup> Ancienne ministre des Solidarités et de la Santé de France.

<sup>122</sup> Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

En effet, l'un des principaux objectifs de "Ma Santé 2022" est de généraliser l'usage du DMP pour tous les patients et professionnels de santé. Ce plan vise à garantir un meilleur accès à l'information médicale pour les patients et à faciliter le partage d'informations entre les professionnels de santé, afin d'améliorer la coordination et la qualité des soins.

Ainsi, le DMP, dans le cadre du plan "Ma Santé 2022", est devenu un outil clé pour faire avancer la transformation numérique du système de santé en France. Il symbolise la volonté du gouvernement d'utiliser les technologies numériques pour mettre le patient au centre du système, faciliter le travail des professionnels de santé et optimiser l'efficacité globale du système de santé.

Le dossier médical partagé autrement nommé carnet de santé numérique est un outil de prise en charge qui a pour volonté de rendre ces dernières plus efficaces, de rendre la circulation de l'information entre les professionnels de santé plus fluide tout en respectant la confidentialité et les droits des patients, et surtout de responsabiliser le patient dans son parcours de soins. Le partage de l'information est l'enjeu principal et essentiel de la continuité et de la qualité des soins c'est pourquoi la volonté de mettre en place le carnet de santé numérique est une des choses les plus importantes dans les années à venir.

Le DMP est créé avec le consentement du patient par ce dernier lui-même ou par un professionnel de santé. Il n'est pas obligatoire pour le moment même si fortement recommandé pour une meilleure avancée de l'outil mais le patient à aujourd'hui le choix de l'ouvrir ou non et il peut décider quels professionnels pourront avoir accès à ses informations médicales. S'il décide de refuser l'accès à certains praticiens, il devra le préciser dans son dossier en indiquant l'identité de ce(s) dernier(s)<sup>123</sup>. Pour que la mise en place de ce DMP soit optimale il est important que les patients soient aussi impliqués que les professionnels ce qui permettra de fluidifier au mieux le partage d'informations, c'est-à-dire que le patient au même titre que les professionnels peuvent importer toutes informations qu'il souhaite voir apparaître pour compléter l'information des professionnels. Le patient peut décider à tout moment de clôturer son dossier s'il n'en juge plus l'utilité dans sa prise en charge.

---

<sup>123</sup> Art.L1110-4 alinéa IV « La personne est dûment informée de son droit d'exercer une opposition à l'échange et au partage d'informations la concernant. Elle peut exercer ce droit à tout moment. ».

Chaque professionnel doit intégrer dans ce DMP toutes informations utiles et nécessaires à la coordination et à la continuité des soins dans le respect des règles qui lui sont applicables (ex : secret professionnel). Certains documents ou certaines informations sont très importants à faire apparaître pour la continuité des soins et pour le respect des droits des patients (à minima) :

- Lettre de liaison<sup>124</sup> : document incontournable de la coordination, il permet de transmettre des informations faciles à comprendre à la suite d'une hospitalisation afin que la prise en charge par la médecine de ville se fasse de la meilleure des manières.
- Directives anticipées<sup>125</sup> : document très important pour la prise en charge des personnes en fin de vie.
- Personne de confiance<sup>126</sup>
- Informations relatives au don d'organes ou de tissus.

Depuis 2022, le dossier médical partagé a été remplacé par *Mon espace santé* qui est le nouvel espace de santé numérique présentant une vue globale du parcours de soins des usagers. Il intègre bien évidemment le dossier médical (comme le DMP) ainsi que tout un bouquet de services numériques (prise de rendez-vous médicaux, agenda...) ou tout autres services dans le but de simplifier le parcours de santé des usagers. On y trouve également une messagerie sécurisée de santé (MSSanté) qui permet l'échange de documents et de messages aussi bien entre professionnels qu'entre un professionnel et un patient. Il doit permettre d'améliorer la coordination des soins, de mieux prendre en charge les patients atteints de maladies chroniques et de décloisonner le système de santé. Les conditions du partage d'information, d'intégration de nouvelles données sont les mêmes que pour le DMP avec toujours la notion de consentement, de secret professionnel ou encore de confidentialité. Les dernières statistiques montrent une adoption croissante de cette technologie. En effet, plusieurs millions de français ont désormais un ENS, et ce chiffre ne cesse d'augmenter, grâce notamment à la politique volontariste du gouvernement dans le cadre du plan "Ma Santé 2022 »

Comme pour n'importe quels nouveaux outils ou changements, il existe des freins liés à la mise en place.

---

<sup>124</sup> Décret n°2016-995 du 20 juillet 2016 relatif aux lettres de liaison.

<sup>125</sup> Art.L1111-1 et suivant du Code de la Santé Publique.

<sup>126</sup> Art.L1111-6 et suivant du Code de la Santé Publique.

Le premier, comme pour le DPI concerne l'interopérabilité des logiciels et des systèmes d'informations. Ici, il est nécessaire que tous les DPI des établissements de santé qu'ils soient publics ou privés ainsi que ceux de la médecine de ville soient compatibles avec le DMP pour que l'information médicale puisse être partagée. Il y a ici un besoin « d'assurer l'interopérabilité du DMP avec les logiciels métiers, pour éviter une double saisie chronophage et décourageante pour les professionnels »<sup>127</sup>.

Le deuxième concerne l'alimentation de ce DMP. En effet, il ne sert à rien que tout le monde ouvre un dossier médical partagé si ce dernier reste vide. Le DMP doit trouver sa place dans les pratiques professionnelles comme il a été le cas lors du passage dossier papier au dossier informatisé. Aujourd'hui, le principal obstacle à l'alimentation reste la lourdeur de son utilisation avec une ergonomie de l'outil pas toujours adaptée pour les professionnels et qui ne permet pas à ses deniers de se l'approprier. Il faut réussir à convaincre les praticiens que c'est dans la pratique que la réussite de cet outil se fera sentir. Selon eux, c'est encore une perte d'argent car il nécessite d'acheter une extension et de temps passé à remplir le dossier non rémunéré. Effectivement, certaines critiques du DMP et de l'Espace Numérique de Santé (ENS) mettent en avant le coût supplémentaire qu'implique l'achat d'une extension ainsi que le temps non rémunéré passé à remplir ces dossiers. Cependant, il est important de noter que l'intention sous-jacente à ces initiatives est d'améliorer la coordination et la qualité des soins, tout en optimisant leur gestion.

En dépit des défis actuels, le gouvernement français a exprimé son engagement à poursuivre le virage numérique de la santé, comme en témoigne la feuille de route 2023-2027.

### **C. La télémédecine**

La télémédecine est une pratique médicale à distance qui utilise les technologies de l'information et de la communication. Elle permet de fournir des services médicaux là où ils sont le moins accessibles, de gérer efficacement les soins de patients chroniques, d'offrir une réponse rapide en cas d'urgence et de fournir un accès à des services spécialisés afin d'éviter les ruptures du

---

<sup>127</sup> « Le dossier médical partagé replace-t-il le patient au cœur du parcours de santé ? », La e-santé en question(s), 2020 - Olivier Babinet, Corinne Isnard Bagnis.

parcours de soins entre la ville et l'hôpital ou entre le sanitaire et le médico-social. De plus, elle va apporter une réponse au vieillissement de la population ainsi qu'au suivi des maladies chroniques. C'est un facteur de progrès dans l'organisation et la coordination des soins entre les professionnels et les patients.

La télémédecine comprend cinq actes médicaux différents.

Le premier acte est la téléconsultation. C'est un acte médical à distance d'un patient par un ou plusieurs médecin(s). Un professionnel de santé peut être présent auprès du patient et, le cas échéant, assister le professionnel médical au cours de la téléconsultation.

Le second acte est la téléexpertise. Cette technologie fait référence à un acte diagnostique et ou thérapeutique qui se réalise en dehors de la présence du patient entre deux ou plusieurs médecins. Il consiste pour un professionnel de santé de solliciter à distance l'avis d'un ou de plusieurs professionnels médicaux en raison de leurs formations ou de leurs compétences particulières, sur la base des informations de santé liées à la prise en charge d'un patient.

Le troisième est la télésurveillance. C'est un acte médical qui consiste à ce qu'un professionnel interprète à distance les données de santé du patient recueillies sur son lieu de vie et, le cas échéant, de prendre des décisions relatives à la prise en charge de ce patient.

Le quatrième est la téléassistance. Cet acte consiste à la coordination en temps réel entre plusieurs professionnels médicaux dans la réalisation d'un acte de soins, d'imagerie ou de chirurgie. Elle permet à un professionnel d'assister un collègue au cours d'un soin.

Le cinquième et dernier acte médical correspond à la régulation/réponse médicale. C'est un acte médical pratiqué par téléphone par un médecin régulateur. Elle assure une écoute et une réponse permanente dans un centre d'appel dédié aux urgences médicales et/ou aux demandes de soins non programmées. L'objectif est de donner la réponse médicale la plus adaptée à chaque situation dans les meilleurs délais.

Malgré qu'elle ait vécu une arrivée tardive, la télémédecine a connu une croissance rapide ces dernières années et elle s'ancre de plus en plus dans l'offre de soins. Cette évolution est due en partie grâce à l'évolution des technologies mais aussi en raison de la pandémie de la COVID-19 qui a nécessité des soins à distance pour limiter la propagation du virus.

En France, les premiers fondements réglementaires liés à la télémédecine sont apparus dans le décret du 19 octobre 2010<sup>128</sup> à la suite de la loi HPST<sup>129</sup>, et en 2016, l'OMS a publié un rapport<sup>130</sup> visant à mettre en avant le fait qu'il faille que les politiques nationales de santé soutiennent et encouragent le déploiement de la télémédecine. Quelques années plus tard, après plusieurs négociations entre l'assurance maladie et les syndicats des médecins sur les modalités de prise en charge de ces actes est arrivé l'annonce du remboursement des téléconsultations. En effet, l'article 54 de la LFSS de 2018<sup>131</sup> a permis que la téléconsultation devienne accessible sur l'ensemble du territoire français. L'histoire se poursuit en décembre 2022 avec un nouveau décret<sup>132</sup> relatif à la prise en charge des remboursement des activités de télésurveillance.

La télémédecine vise à répondre à de fortes problématiques que subit le système de santé français actuellement à savoir les déserts médicaux ou encore la baisse de la démographie médicale. Le médecin traitant est reconnu comme le pivot du parcours de soins coordonné depuis 2005 notamment chez les patients atteints de maladies chroniques pour qui plusieurs professionnels interviennent dans le parcours. Cependant, la France fait aujourd'hui face à une rareté de l'offre médicale en ville du fait de la disparité entre territoire, de la tendance des médecins à faire plus de salariat que de libéral, du fait de la féminisation de la profession qui fait que les dames se penchent plutôt vers de la médecine spécialisée plutôt que de la médecine générale ou encore du fait que les médecins soient attirés essentiellement par les grandes villes. Tous ces facteurs rendent l'offre de soins de ville insuffisante et créent des territoires « sous-denses ».

La télémédecine va apporter une part de la solution pour répondre à ses difficultés d'accès aux soins primaires. En effet, elle va permettre de faciliter l'accès aux soins, de réduire les délais de prise de

---

<sup>128</sup> Décret n°2010-1229 du 19 octobre 2010 relatif à la télémédecine.

<sup>129</sup> Loi. Hôpital, patients, santé, territoires.

<sup>130</sup> <https://www.who.int/europe/home?v=welcome> .

<sup>131</sup> Loi n°2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018.

<sup>132</sup> Décret n°2022-1767 du 30 décembre 2022 relatif à la prise en charge et au remboursement des activités de télésurveillance médicale.

rendez-vous chez les médecins généralistes et/ou spécialistes ou encore de désengorger les urgences pour les soins non programmés. Pour cela, tout est mis en œuvre pour permettre la télémédecine dans les déserts médicaux afin de les restreindre, malheureusement le résultat n'est pas celui attendu puisque pour se faire rembourser de ses soins il est impératif que la téléconsultation se fasse dans le cadre d'un parcours de soins coordonné qui doit être orientée ou réalisé par le médecin traitant, acteur principal. S'il n'y a plus de médecins disponibles pour des consultations en présentiels, comment pourrait-il y en avoir en distanciel ?

Des freins subsistent à la mise en place de la télémédecine que ce soit dans les déserts médicaux ou non.

Le premier de ces freins concerne l'inégal accès aux soins et donc la susceptibilité d'aggraver les difficultés d'accès au système de santé. En effet, cette nouvelle façon de fonctionner impose aux professionnels de se former aux nouvelles technologies et aux patients de posséder le matériel nécessaire afin de pouvoir se faire soigner, ce qui entraîne l'inégalité de l'accès aux soins puisque tout le monde n'a pas les moyens de se le permettre. De plus, il existe un problème intergénérationnel lié aux nouvelles technologies qui a tendance à mettre de côté les personnes âgées qui ont plus de difficultés et qui n'ont pas toujours la possibilité d'avoir une personne tierce avec eux pour les assister.

Le second est relatif à la perte de contact ou à la déshumanisation des pratiques soignantes. Le fait d'être à distance peut provoquer la perte d'une relation privilégiée entre le médecin et son patient, ce qui donne une impression de robotisation de la relation. La télémédecine perturbe parfois les patients et les rebute du fait de l'habitude de rencontrer leur médecin en présentiel, ils ont du mal à penser la relation avec leur médecin autrement. Dans ce sens, l'utilisation de la e-santé est une source d'éloignement et de perte de contact.

Le troisième et dernier frein concerne la protection des données. Comme pour tous les autres outils de la e-santé, la protection des données patients est au cœur des préoccupations pour tout le monde. Les patients craignent qu'elles soient mal utilisées et de ce fait ils sont souvent sur leur garde, ce qui freine l'utilisation de la télémédecine.

En dépit de ces obstacles, la télémédecine reste un élément central de la transformation numérique de la santé, et elle est appelée à jouer un rôle de plus en plus important dans l'avenir de la médecine.

La priorité est désormais de consolider les outils existants et de s'assurer de leur utilisation afin qu'ils atteignent leur principal objectif, celui d'améliorer la coordination des acteurs dans le parcours de soins des patients afin de prendre en charge ces derniers dans de meilleures conditions, en ville comme à l'hôpital.



## II. Les dispositifs d'innovations en santé : outils pour la coordination des soins

L'évolution rapide des technologies numériques et des approches organisationnelles a engendré de profondes transformations dans le domaine de la santé. Ces changements ont conduit à l'émergence de dispositifs innovants visant à améliorer la coordination des soins et à garantir une meilleure qualité de prise en charge.

L'organisation territoriale de l'offre de soins est devenue un enjeu central de l'action publique sanitaire en France. L'ordonnance du 4 septembre 2003<sup>133</sup> a établi le territoire de santé comme un espace d'organisation des soins, tandis que la loi Hôpital, patients, santé et territoire du 21 juillet 2009<sup>134</sup> a renforcé cette dynamique. Historiquement axée sur l'offre hospitalière, cette approche s'est progressivement étendue aux soins primaires et à leur coordination avec le système hospitalier.

Les soins primaires jouent un rôle essentiel dans la coordination des soins en santé. Ils sont définis comme le premier niveau de contact des individus avec le système de santé, généralement fourni par des professionnels de santé de premier recours, tels que les médecins généralistes, les infirmiers et les pharmaciens. Les soins primaires englobent un large éventail de services de santé essentiels, incluant la promotion de la santé, la prévention des maladies, le diagnostic, le traitement, la gestion des maladies chroniques, les soins palliatifs et l'orientation vers des services spécialisés lorsque cela est nécessaire<sup>135</sup>.

L'importance des soins primaires dans la coordination des soins découle de plusieurs facteurs. Tout d'abord, les professionnels de santé de premier recours sont souvent le point d'entrée dans le système de santé pour les patients. Ils sont en mesure d'évaluer les besoins de santé globaux des individus, d'établir des diagnostics préliminaires et de fournir des soins de base. De plus, les soins primaires sont conçus pour être continus et coordonnés, permettant ainsi aux professionnels de santé de suivre les patients sur le long terme et d'assurer une prise en charge globale et intégrée.

---

<sup>133</sup> Ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé.

<sup>134</sup> Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

<sup>135</sup> Organisation Mondiale de la Santé (OMS).

La coordination des soins au niveau des soins primaires vise à optimiser la continuité des soins en favorisant la collaboration et la communication entre les différents professionnels de santé impliqués dans la prise en charge d'un patient. Cela implique le partage d'informations pertinentes, la planification et le suivi des traitements, la gestion des transitions entre les différents niveaux de soins, ainsi que la promotion d'une approche centrée sur le patient.

Dans cette perspective, plusieurs dispositifs ont été développés pour promouvoir l'exercice coordonné des professionnels de santé. Les Maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP), reconnues dans la loi de financement de la Sécurité sociale du 19 décembre 2007, et les Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), créées par la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016, en sont des exemples concrets. Ces dispositifs ont été soutenus par le programme "Ma Santé 2022", le Ségur de la santé et l'ordonnance du 12 mai 2021, qui ont assoupli leur encadrement juridique et fiscal.

Les MSP ont connu une croissance exponentielle au cours de la dernière décennie, passant de 174 MSP en 2012 à plus de 1 200 en 2019 selon la Fédération française des maisons et pôles de santé - FFMPs. Ces structures représentent un terrain d'observation privilégié pour évaluer l'impact des politiques publiques sur les dynamiques de coopération entre les professionnels de santé. Leur création a été explicitement soutenue par les autorités de tutelle, qui ont mobilisé deux arguments principaux. Premièrement, les MSP contribuent à maintenir l'offre de soins dans les territoires confrontés à des déficits démographiques en professionnels de santé et à la problématique des déserts médicaux. Deuxièmement, elles accompagnent le virage ambulatoire en renforçant la fluidité des parcours de soins et en facilitant les liens avec les organisations de santé environnantes.

Parallèlement, les Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) ont été mises en place pour favoriser la coordination des professionnels de santé au niveau local. Ces communautés regroupent différents acteurs de santé (médecins, infirmières, pharmaciens, etc.) et visent à améliorer la collaboration, la communication et la coordination des soins sur un territoire donné. Les CPTS favorisent ainsi une prise en charge plus globale et coordonnée des patients, en facilitant l'accès aux soins et en renforçant les liens entre les différents acteurs de santé.

Ces dispositifs d'innovations en santé, tels que les MSP et les CPTS, illustrent les efforts déployés pour promouvoir une meilleure coordination des soins et une offre de soins plus adaptée aux besoins des populations. Ils témoignent de la volonté des autorités publiques de repenser les modes d'organisation et de renforcer les synergies entre les professionnels de santé. Ces initiatives s'inscrivent dans une vision plus large de transformation du système de santé, axée sur la prise en compte des spécificités territoriales et sur une approche plus intégrée des soins.

Ce chapitre détaillera le fonctionnement de ces outils clés qui favorisent la coordination des soins à savoir les maisons pluriprofessionnelles **(A)**, les réseaux en santé et MAIA Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie **(B)**, les Dispositifs d'Appui à la Coordination **(C)** et les Communautés Professionnelles Territoriale en Santé **(D)**.

### **A. Les maisons pluriprofessionnelles**

Les maisons pluriprofessionnelles de santé sont des structures qui regroupent différents professionnels de santé, tels que médecins, infirmiers, pharmaciens, kinésithérapeutes et autres acteurs de santé, travaillant ensemble pour offrir une prise en charge globale et coordonnée des patients. Ces structures ont été reconnues et encadrées par la loi de financement de la Sécurité sociale du 19 décembre 2007<sup>136</sup>. L'article L. 6323-3 du Code de la santé publique<sup>137</sup> définit les maisons pluriprofessionnelles de santé comme des structures qui regroupent des professionnels de santé libéraux, des structures d'exercice coordonné et des maisons de santé, dans le but de favoriser la coordination des soins et l'offre de soins de premier recours.

Les maisons pluriprofessionnelles de santé ont pour objectif principal de favoriser la coordination des soins en regroupant différentes compétences et spécialités au sein d'une même structure. Elles permettent ainsi une meilleure communication, une collaboration accrue entre les professionnels de santé et une prise en charge plus globale et personnalisée des patients. Les échanges d'informations et la concertation entre les professionnels de santé au sein de la maison pluriprofessionnelle facilitent la coordination des parcours de soins et réduisent les risques de rupture dans la continuité des soins.

---

<sup>136</sup> Loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la Sécurité sociale pour 2008.

<sup>137</sup> Art.L6323-3 du Code de la Santé Publique.

La motivation de création de ces maisons pluriprofessionnelles de santé repose sur plusieurs facteurs clés. Tout d'abord, elles ont été conçues pour répondre aux besoins spécifiques des patients en offrant une prise en charge globale et coordonnée. Elles permettent également de lutter contre les déserts médicaux en regroupant plusieurs professionnels de santé au sein d'une même structure, ce qui favorise l'accès aux soins dans des zones géographiques où l'offre de soins est limitée. De plus, ces structures répondent aux enjeux de la médecine de premier recours en renforçant la prévention, la coordination et la continuité des soins pour les patients.

Les bénéfices des maisons pluriprofessionnelles de santé en France sont multiples. Tout d'abord, elles améliorent l'accès aux soins de premier recours en regroupant plusieurs professionnels de santé au même endroit, ce qui facilite la prise de rendez-vous et réduit les délais d'attente pour les patients. De plus, elles favorisent une prise en charge globale et pluridisciplinaire des patients, en permettant une coordination plus étroite entre les différents acteurs de santé impliqués dans le parcours de soins. Ces structures renforcent également la prévention et l'éducation à la santé en mettant en place des actions de sensibilisation et de promotion de la santé au sein de la communauté locale.

En France, le nombre de maisons pluriprofessionnelles de santé a connu une croissance significative ces dernières années. Selon la Fédération française des maisons et pôles de santé (FFMPS), on recensait 174 maisons pluriprofessionnelles de santé en 2012, et ce nombre a augmenté pour dépasser les 1 200 en 2019. Ces structures se sont développées dans différents contextes géographiques et démographiques, contribuant ainsi à améliorer l'accessibilité des soins dans de nombreux territoires.

Cependant, malgré leurs avantages, les maisons pluriprofessionnelles de santé peuvent également présenter certaines limites<sup>138</sup><sup>139</sup>. Parmi celles-ci, on peut citer les difficultés liées à la mise en place et à la gestion de ces structures, notamment en termes de financement, de coordination interprofessionnelle et d'organisation interne. En outre, leur déploiement peut être inégal créant

---

<sup>138</sup> Delannoy, G., et al. (2016). Les maisons de santé pluriprofessionnelles : enjeux et perspectives. *La Revue de médecine interne*, 37(12), 783-790.

<sup>139</sup> Moquet, M. J., et al. (2019). Les maisons de santé pluriprofessionnelles en France : état des lieux en 2019. *Santé publique*, 31(1), 107-114.

de ce fait des disparités territoriales en termes d'accès aux soins et de coordination des parcours de santé. Par exemple, certaines maisons pluriprofessionnelles peuvent être confrontées à des difficultés pour attirer et maintenir des professionnels de santé dans des zones rurales ou éloignées.

Pour illustrer ces limites, on peut prendre l'exemple d'une maison pluriprofessionnelle de santé située dans une zone rurale où les professionnels de santé sont peu nombreux. Malgré les efforts pour regrouper différents acteurs de santé, la maison pluriprofessionnelle peut rencontrer des difficultés pour offrir une offre de soins diversifiée et complète, en raison du manque de spécialistes ou de certaines compétences spécifiques<sup>140</sup>.

Malgré ces limites, les maisons pluriprofessionnelles de santé restent précieuses dans la coordination des soins en France. Elles favorisent la collaboration entre les professionnels de santé, améliorent l'accessibilité des soins, renforcent la continuité des soins et contribuent à une prise en charge plus efficace et personnalisée des patients.

## **B. Les réseaux en santé et les MAIA**

Les réseaux en santé et les MAIA (Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie) sont des dispositifs clés dans la coordination des soins en France. Ils ont été créés pour répondre aux enjeux de prise en charge globale des patients et de coordination des différents acteurs sanitaires et médico-sociaux.

La naissance juridique des réseaux de santé remonte à la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, qui a introduit cette notion dans le Code de la santé publique. L'article L. 6321-1 du Code de la santé publique définit les réseaux de santé comme des structures qui regroupent des professionnels de santé, des établissements de santé, des structures médico-sociales et des associations, dans le but de favoriser la coordination et la continuité des soins. Par exemple, le Réseau Santé Mentale France regroupe des professionnels de santé mentale, des associations et des établissements de santé pour améliorer la coordination des soins en santé mentale.

Les MAIA, elles, ont été créées par la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement. Les MAIA visent à coordonner les services d'aide et de soins pour les personnes âgées en perte d'autonomie, afin de favoriser le maintien à domicile. Elles ont pour objectif de simplifier le parcours des personnes âgées en les accompagnants dans leurs différentes démarches et en favorisant la coopération entre les différents acteurs du secteur de la santé et du médico-social. Par exemple, la MAIA de Bordeaux<sup>141</sup> met en place des équipes pluridisciplinaires qui travaillent en étroite collaboration avec les professionnels de santé, les travailleurs sociaux et les structures d'aide à domicile pour coordonner les services et les soins aux personnes âgées.

Les réseaux de santé et les MAIA poursuivent plusieurs objectifs communs. Ils visent à améliorer la coordination des acteurs de santé, à favoriser la continuité des soins et des services, à renforcer l'efficacité et la qualité des prises en charge, ainsi qu'à faciliter l'accès aux soins et aux services pour les patients. Par exemple, le réseau ONCO-NORMANDIE<sup>142</sup> a pour objectif de coordonner les soins oncologiques dans la région Normandie en favorisant la collaboration entre les professionnels de santé et en améliorant l'accès aux traitements et aux innovations thérapeutiques pour les patients atteints de cancer.

En France, on dénombre actuellement un grand nombre de réseaux de santé et de MAIA. Selon le rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) de 2020<sup>143</sup>, il existait près de 1 800 réseaux de santé sur le territoire national. Parmi ceux-ci, on peut citer le Réseau Périnatal Occitanie<sup>144</sup> qui regroupe les acteurs de la périnatalité dans la région Occitanie pour coordonner les soins et améliorer la santé des femmes enceintes et des nouveau-nés. Quant aux MAIA, leur déploiement a été progressif depuis leur création, avec des implantations dans de nombreux départements français. Par exemple, la MAIA de Lyon<sup>145</sup> a été mise en place pour coordonner les services et les soins aux personnes âgées dans la métropole lyonnaise.

Malgré les avantages qu'ils offrent, les réseaux de santé et les MAIA présentent également certaines limites. Parmi celles-ci, on peut citer les difficultés liées à la coordination entre les différents acteurs,

---

<sup>141</sup> MAIA Bordeaux : <https://www.gironde.fr/maia> .

<sup>142</sup> Réseau ONCO-NORMANDIE : <https://www.onco-normandie.fr> .

<sup>143</sup> Rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS). (2020). Rapport sur les réseaux de santé.

<sup>144</sup> Réseau Périnatal Occitanie : <https://www.perinat-occitanie.fr/> .

<sup>145</sup> MAIA Lyon : <https://maialyon.fr/> .

la complexité administrative et juridique, les financements parfois insuffisants, ainsi que les disparités territoriales dans leur déploiement et leur fonctionnement.

Selon le ministère de la Santé (2011), d'autres freins peuvent également être présents, tels que des obstacles technologiques, avec une interopérabilité limitée des systèmes d'information entre les différents acteurs, ainsi que des freins culturels, avec une résistance au changement et une défiance envers l'innovation. Il est donc nécessaire de surmonter ces freins afin de favoriser la coordination des soins et de maximiser les bénéfices pour les patients et le système de soins dans son ensemble, de réfléchir aux moyens d'amélioration de ces dispositifs, en favorisant notamment une meilleure intégration et une plus grande collaboration entre les acteurs de santé et médico-sociaux.

### **C. Les dispositifs d'appui à la coordination (DAC)**

Les Dispositifs d'Appui à la Coordination (DAC) sont des structures qui jouent un rôle essentiel dans la coordination et l'intégration des soins au sein du parcours patient en France. Ces dispositifs ont été créés pour favoriser la collaboration entre les différents acteurs de santé et améliorer la continuité et la qualité des soins. La loi de 2019 relative à l'organisation et la transformation du système de santé, permet aux PTA (Pôles territoriaux d'appui), aux réseaux de santé, aux MAIA (Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie), aux CTA (Cellules territoriales d'appui) et aux CLIC (Centres Locaux d'Information et de Coordination), de fusionner<sup>146</sup> l'objectif étant de former des DAC intégrés et plus efficaces. Les DAC répondent ainsi à tout professionnel quels que soient la pathologie ou l'âge de la personne qu'ils accompagnent.<sup>147</sup> C'est la SNS « Ma Santé 2022 » qui a fixé comme objectif de rendre plus lisible et connues les structures de coordination des territoires et qui a donc impulsé un seul et même dispositif départemental.

La naissance juridique des DAC se trouve dans plusieurs textes législatifs et réglementaires. La loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016<sup>148</sup> de modernisation de notre système de santé a introduit le concept

---

<sup>146</sup> Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé.

<sup>147</sup> <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/structures-de-soins/les-dispositifs-d-appui-a-la-coordination-dac/article/tout-comprendre-des-dispositifs-d-appui-a-la-coordination> .

<sup>148</sup> Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

de "dispositifs d'appui à la coordination" en affirmant leur rôle dans la coordination des parcours de santé.

Par ailleurs, l'article L.6327-1 du Code de la santé publique précise les missions des DAC et leur importance dans la coordination des soins. Les DAC assurent une réponse globale aux demandes d'appui des professionnels, contribue avec d'autres acteurs et de façon coordonnée à la réponse aux besoins des personnes et des aidants en matière d'accueil ou de repérage mais surtout, ils participent à la coordination du territoire qui concourt à la structuration des parcours de santé.<sup>149</sup>

Les objectifs des Dispositifs d'Appui à la Coordination sont multiples. Ils visent à améliorer la coordination des acteurs de santé et des services médico-sociaux, à favoriser la continuité et la complémentarité des prises en charge, et à garantir une prise en charge globale et personnalisée des patients. Ces dispositifs ont pour ambition de faciliter l'accès aux soins, d'optimiser les parcours de santé, de renforcer la prévention et de réduire les inégalités de santé. Leur création vise également à répondre aux besoins spécifiques des populations vulnérables, comme les personnes âgées, les personnes en situation de handicap ou les personnes atteintes de maladies chroniques.

La motivation de création des Dispositifs d'Appui à la Coordination découle de la nécessité de surmonter les obstacles rencontrés dans la coordination des soins. Il s'agit de renforcer la collaboration entre les professionnels de santé, d'optimiser l'utilisation des ressources disponibles, de garantir une prise en charge efficiente et de qualité, et de promouvoir une approche globale et centrée sur le patient. Ces dispositifs sont motivés par la volonté de réduire les ruptures de parcours de soins, d'améliorer la communication et la transmission d'informations entre les acteurs de santé, et d'assurer une coordination effective entre les différents niveaux de prise en charge.

Les bénéfices des Dispositifs d'Appui à la Coordination sont multiples et se manifestent à différents niveaux. Tout d'abord, ces dispositifs favorisent une meilleure coordination des soins et une prise en charge globale des patients, en facilitant la transmission d'informations pertinentes entre les différents professionnels de santé et en favorisant la collaboration et l'échange de bonnes

---

<sup>149</sup> Chapitre VII : Dispositifs d'appui à la population et aux professionnels pour la coordination des parcours de santé complexes (Art.L6327-1 à L6327-7).



pratiques<sup>150</sup>. Ils contribuent à éviter les doublons et les redondances dans les soins, à réduire les délais d'attente et à optimiser l'utilisation des ressources disponibles.

De plus, les DAC permettent de renforcer l'intégration des services d'aide et de soins, en favorisant la coordination entre les acteurs de santé et médico-sociaux. Cela permet une prise en charge plus complète et adaptée aux besoins spécifiques des patients, en assurant la continuité et la cohérence des prises en charge. Par exemple, la coordination entre les professionnels de santé, les services sociaux et les structures d'aide à domicile peut contribuer à un maintien à domicile plus sécurisé et à une meilleure qualité de vie pour les personnes âgées.

Les DAC permettent aussi une meilleure articulation ville hôpital grâce aux anticipations des sorties et entrées d'hospitalisation, elles favorisent les temps d'échanges de pratiques, permettent de développer la prévention, etc.

Il existe aujourd'hui 13 DAC en Occitanie.<sup>151</sup> La mise en œuvre des DAC en Occitanie s'est faite en plusieurs étapes et l'ARS en assure le financement, le pilotage et le suivi du déploiement.

Les instances ont organisé :

- Des COPIL départementaux entre le mois juin 2021 et octobre 2021 afin de lancer le projet ;
- Des groupes de travail partenaires entre le mois d'octobre 2021 et avril 2022 afin de coconstruire le projet ;
- Les équipes projets à compter du mois d'avril 2022 pour la mise en place des structures juridiques des DAC ;
- Des COPIL régionaux à compter du mois de juillet 2022 pour la mise en œuvre du projet de service et de territoire.

La porte d'entrée du DAC se fera sous la forme d'un numéro unique départemental. L'équipe chargée d'accueil du DAC assure une régulation des demandes.

En dépit des nombreux avantages offerts par les DAC, certaines limites et défis doivent être pris en compte. Parmi ceux-ci, on peut mentionner les difficultés liées à la coordination

---

<sup>150</sup> Ministère des Solidarités et de la Santé, 2018 Le dispositif national d'appui à la coordination des parcours de santé.

<sup>151</sup> <https://www.occitanie.ars.sante.fr/mise-en-place-des-dispositifs-dappui-la-coordination-dac-0>.

interprofessionnelle, aux échanges d'informations entre les différents acteurs de santé, ainsi qu'à la gestion des flux de patients.<sup>152</sup> Les barrières administratives, les divergences de pratiques et les problèmes de financement peuvent également constituer des obstacles à une coordination efficace des soins. Il est donc essentiel de mettre en place des mécanismes d'évaluation, de suivi et d'amélioration continue pour optimiser l'efficacité et la performance des DAC.

#### **D. Les Communautés Professionnelles Territoriale en Santé (CPTS)**

La Communauté Professionnelle Territoriale en Santé (CPTS) est une réponse pour mieux organiser les soins de proximité, répondre aux besoins des patients qui ne trouvent pas facilement de médecins traitants ou de consultations sans rendez-vous et pour améliorer la coordination des séjours à l'hôpital entre les différents professionnels et les sorties d'hospitalisation.

La CPTS est un enjeu majeur du plan d'égal accès aux soins et de Ma Santé 2022. L'objectif est de promouvoir l'exercice coordonné pour améliorer les prises en charge des populations et palier la baisse de la démographie médicale et soignante dans nos territoires.

La CPTS est un cadre de coopération des acteurs de santé à l'échelle d'un territoire. Elle regroupe les professionnels d'un même territoire qui souhaitent s'organiser, à leur initiative, et se coordonner pour améliorer la prise en charge des patients dans un souci de continuité et de qualité des soins. Les professionnels partagent un projet de santé pour répondre à des problématiques communes.

La CPTS est une organisation constituée à l'initiative des professionnels de santé d'un territoire pour assurer une meilleure coordination de leurs actions et garantir un meilleur accès aux soins des patients, notamment en facilitant l'accès à un médecin traitant. Elle concerne toutes les professions de santé, comme les médecins, infirmiers, pharmaciens, kinésithérapeutes, sage-femmes, etc. et peut associer d'autres acteurs, médicaux sociaux ou établissements de santé. C'est une structure très souple, adaptée aux besoins des territoires, aux attentes des patients et aux souhaits des professionnels de santé, qui prend la forme d'un contrat autour d'un projet de santé, signé au niveau local entre l'ARS, l'Assurance Maladie et les professionnels impliqués.<sup>153</sup>

---

<sup>152</sup> Cour des comptes (2019). Les réseaux de santé et maisons de santé : un potentiel encore insuffisamment exploité.

<sup>153</sup> Extrait du communiqué de presse du ministère chargé de la santé daté 20 juin 2019.

La CPTS s'inscrit dans une approche territoriale caractérisée par l'existence d'habitudes de travail collectives, en s'appuyant notamment sur les équipes de soins primaires déjà constituées.

Deux principes de base sous-tendent toutefois la création d'une CPTS pour qu'elle devienne un levier majeur de l'organisation territoriale de l'offre.

La première repose sur une approche populationnelle correspondant à des besoins de santé insuffisamment couverts, sur un territoire en cohérence avec les parcours de santé de la population. La deuxième porte sur une association la plus large possible d'un ensemble d'acteurs de santé volontaires pour coopérer et se coordonner en réponse aux enjeux identifiés afin d'assurer la légitimité, la visibilité, la lisibilité et la reconnaissance de la CPTS sur le territoire.

L'Assurance Maladie accorde des financements incitatifs aux professionnels qui s'organisent en CPTS, permettant également de prendre en charge leurs frais de coordination et les fonctions support. Dans le cadre de l'Accord conventionnel interprofessionnels (ACI) de l'Assurance Maladie, il est attendu de la CPTS de remplir des missions sociales obligatoires et des missions optionnelles pour pouvoir bénéficier d'un financement pérenne.

Les CPTS ont pour objectifs d'améliorer l'accès aux soins, développer le recours à la télésanté (télé médecine et télé-soins), organiser des parcours pluri professionnels autour du patient et développer des actions territoriales de prévention. La réalisation de ces missions donne droit à un financement pérenne et annuel pour la CPTS.

Un exemple concret de Communauté Professionnelle Territoriale de Santé est la CPTS Montpellier Est Bérange "Alès Cévennes" située en région Occitanie, en France. Cette CPTS a été créée dans le cadre de la politique de santé territoriale pour favoriser la coordination des acteurs de santé locaux et améliorer la prise en charge des patients. La CPTS Montpellier Est Bérange<sup>154</sup> regroupe différents professionnels de santé tels que des médecins généralistes, des infirmiers, des pharmaciens, des kinésithérapeutes, des spécialistes, des établissements de santé, des structures médico-sociales et des représentants des usagers. Elle a pour objectif de développer des actions de coordination, de

---

<sup>154</sup> <https://www.cptsberange.org/>.

prévention, de dépistage et de prise en charge globale des patients dans le territoire de Montpellier Est.

Le fonctionnement de la CPTS repose sur une gouvernance collective et participative <sup>155</sup>. Les différents acteurs se réunissent régulièrement pour échanger, élaborer des projets communs et prendre des décisions concertées. Ils travaillent en étroite collaboration pour mettre en place des actions de santé adaptées aux besoins de la population du territoire, en favorisant la complémentarité des compétences et des ressources.

En résumé, les CPTS sont des structures qui visent à renforcer la coordination entre les professionnels de santé et à améliorer l'organisation des soins sur un territoire donné, dans le but d'offrir une meilleure prise en charge aux patients.

Les dispositifs d'innovation en santé pour la coordination du parcours de soins, tels que l'article 51, les dispositifs d'appui à la coordination et les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS), ont pour objectif d'améliorer la coordination des soins et la prise en charge des patients. Ces dispositifs d'innovation en santé doivent renforcer la coordination des soins et favoriser une prise en charge globale et personnalisée des patients. Ils visent à améliorer la continuité des soins, la qualité des prises en charge et la satisfaction des patients, en favorisant la collaboration entre les différents acteurs de santé.

La première partie de cette analyse nous a permis de comprendre que les outils de coopération, de coordination et d'innovation en santé sont des leviers essentiels pour améliorer l'efficacité du système de santé. Ils favorisent une meilleure répartition des ressources, optimisent les prises en charge et renforcent la qualité des soins. Ils visent à garantir une continuité des soins pour tous les patients, quelle que soit leur situation ou leur pathologie. Néanmoins, leur mise en place et leur fonctionnement nécessitent une réelle volonté politique, des moyens financiers et humains, ainsi qu'une régulation adaptée.

---

<sup>155</sup> <https://www.guichet-cpts-occitanie.org/presentation-du-dispositif/>.

Cependant, malgré l'existence de ces outils et leur potentiel indéniable, leur efficacité réelle reste encore à démontrer. Leur mise en œuvre est souvent confrontée à des freins divers, tant au niveau structurel, financier, réglementaire qu'humain. Il est donc crucial d'adopter une approche méthodologique rigoureuse pour évaluer leur impact et identifier les facteurs clés de leur réussite ou de leur échec.

C'est dans ce contexte que s'inscrit la deuxième partie de notre analyse, qui vise à définir l'adoption de ces outils sur le terrain. Cette méthodologie s'appuiera sur étude de cas au travers de différents entretiens menés avec des acteurs clés du domaine de la santé.

## Partie 2 : La méthodologie

---

La revue de littérature nous a permis de mettre en lumière plusieurs éléments et de soulever certaines contraintes et limites. Il est donc nécessaire de mettre en corrélation cette étude théorique avec une étude de terrain plus approfondie. L'objectif est de collecter suffisamment de données auprès de personnes travaillant au cœur du processus afin de répondre à notre problématique qui est de savoir comment optimiser la coordination des acteurs dans le parcours de soins des patients ?

Pour réaliser cette étude de terrain, il est important de définir la méthode d'analyse souhaitée en fonction de l'objectif poursuivi et des données utiles à collectées. Pour ce faire il convient d'identifier les besoins de l'enquête (**chapitre 1**) pour ensuite dérouler le processus qui nous a permis de collecter les réponses (**chapitre 2**).

# CHAPITRE 1 – Identification des besoins de notre enquête

---

Pour identifier la méthode d'analyse il faut analyser les différentes méthodes (I) et le type de personnes qui sera le plus apte à répondre à nos questions (II).

## I. La méthode envisagée

Plusieurs méthodes d'analyse peuvent être envisagées : l'entretien, les réunions de groupe, les questionnaires et sondages ou encore la technique de l'observation.

Nous avons choisi de réaliser la méthode des entretiens. Cette méthode nous semblait plus appropriée à notre sujet. En effet, cette dernière nous permet de mesurer les relations entre les différents acteurs liés à la coordination. Notre étude est davantage portée sur le qualitatif que le quantitatif ce qui nous permet d'explorer les relations interprofessionnelles.

L'entretien nous permet davantage de rentrer en contact avec les différents acteurs afin d'approfondir le sujet de recherche et ne pas simplement le survoler. Notre problématique suscite un réel échange et une réelle discussion avec la personne interrogée.

## II. Composition de l'échantillon en vue de l'entretien

### A. La technique des 3QPOC

Afin de savoir quelle personne pourra être plus à même de répondre à notre questionnaire, la technique des 3QPOC est apparue être une solution intéressante. Cet outil permet de se poser plusieurs questions simples permettant de se recentrer sur le sujet.

Pour rappel, notre sujet concerne l'optimisation de la coordination des acteurs dans le parcours de soins.

- **Qui ?** les acteurs de santé (tutelle, personnel soignant, personnel administratif).
- **Quoi ?** La coordination dans la prise en charge du patient.

- **Quand ?** A chaque moment dans la prise en charge avant et après.
- **Où ?** Dans les services de soins, les établissements de santé, les projets réglementaires tel que le PRS.
- **Comment ?** Mise en place de plusieurs outils de coordination et de coopération avec des directives réglementaires, l'utilisation de nouvelles technologies avec la E santé, l'article 51, les groupements de coordination.

## **B. Les hypothèses soulevées**

En effectuant nos recherches dans le cadre de notre revue de littérature (cf. Partie 1), nous avons pu soulever différentes interrogations qui nous ont permis de mettre en lumière les hypothèses suivantes.

Notre étude repose sur trois grands axes qui sont l'axe réglementaire et législatif, l'axe de la e-santé et des innovations et enfin l'axe financier.

**Hypothèse 1** : Les acteurs de terrain sont contraints par la réglementation à se coordonner davantage. La réforme des autorisations à imposer la réalisation de plusieurs conventions entre les établissements. Il ne fait nul doute que notre système va de plus en plus imposer à ce que les établissements travaillent ensemble du fait de leur objectif commun qui est d'assurer une meilleure prise en charge du patient.

**Hypothèse 2** : À la suite des nouvelles évolutions et au climat actuel, les tutelles se sont davantage imposées et s'impliquent dans la vie de l'établissement. La réalisation de contrôles pouvant donner lieu à des sanctions laisse entrevoir une future omniprésence. Il ne sera désormais plus possible pour un établissement de prendre une décision sans les avoir au préalable informé.

**Hypothèse 3** : La e-santé, une réponse pour l'optimisation du parcours de soins de demain donc une réponse face aux difficultés d'accès aux soins, aux besoins médicaux (vieillesse de la population) ou encore à la hausse des patients atteints de maladies chroniques.

**Hypothèse 4** : Le financement des outils à la coordination juste, efficace et efficient ?



### C. Le corps de métier identifié

Une fois avoir rappelé les contours du sujet de notre étude et les différentes hypothèses soulevées, nous pensons que les corps de métier qui seraient pertinents à interroger sont : des directeurs d'établissement, directeurs des soins, personnel de l'ARS, médecin professionnel libéral (médecin ou infirmier).

Nous avons pu prendre contact avec ses différents personnels par le biais des interventions du CESEGH et des relations professionnelles. Nous avons contacté ces personnes par mail pour convenir d'un entretien en visioconférence ou en présentiel et nous avons rencontré quelques difficultés pour prendre contact avec certaines personnes notamment le personnel de l'ARS ou bien les médecins de ville.

Finalement, nous avons interrogé les personnes suivantes :

- **Amina Vignoli** : Cadre de soins dans un établissement de santé à but non lucratif
- **Mariana Beija** : Consultante spécialisée dans l'accompagnement et la conception des organisations innovantes en santé.
- **Christelle Bechard**: Directrice de la Clinique du Millénaire (MCO)
- **Philippe Pisapia**: Directeur de la Clinique Pic Saint Loup (psy) et de la Clinique Saint Clément (SMR)
- **Jean Jacques Morfoisse**: Conseillé spécial auprès de la Direction Générale de l'ARS
- **Romain Vignoli** : Directeur de la clinique Rech (psy)
- **Elisabeth Cervera**: Directrice des soins infirmier Home Santé (HAD)
- **Fanny Ribera**: Directrice des soins infirmiers Médipole Saint Roch (MCO)
- **Pascal Delubac**: Directeur Territorial Elsan et président de la FHP Occitanie

## **CHAPITRE 2 – Le choix de la méthode d’analyse en cohérence avec l’étude prévisionnelle**

---

Comme évoqué précédemment la méthode de l’entretien est celle qui apparaît la plus opportune pour réaliser notre étude de terrain et collecter les données souhaitées.

Après avoir décidé du type d’entretien à réaliser (I) nous avons recherché les questions à poser qui découlent des hypothèses soulevées précédemment (II)

### **I. La phase préparatoire de l’entretien semi directif**

Il existe plusieurs types d’entretiens qui sont l’entretien directif, semi directif et le non libre.

Nous avons opté pour réaliser un entretien semi-directif. Il nous permet d’avoir une certaine maîtrise du déroulé tout en laissant l’interlocuteur s’exprimer librement. Cet entretien nous permet de questionner l’individu en lui laissant une certaine liberté dans ses réponses. Ce procédé nous permet d’obtenir des éléments de réflexion que nous n’avions pas soulevés dans nos hypothèses. L’inconvénient de cette démarche est que les entretiens peuvent être parfois très longs et déviés sur des réflexions qui ne font plus partie de notre cadre d’étude.

Les questions découlent des hypothèses préalablement définies et portent sur les mêmes axes qui sont pour rappel l’axe financier, l’axe de la e-santé et des innovations ainsi que l’axe réglementaire et législatif. L’objectif est de mettre en lumière la coordination des différents acteurs dans le parcours de soins du patient.

Nous avons interrogé 9 personnes avec des profils divers mais participe tous à la coordination du parcours de soins.

Lors de l'entretien nous sommes présentes toutes les trois et nous nous répartissions les questions à poser. Après avoir demandé l'accord au préalable à notre interlocuteur, nous procédons à un enregistrement de l'entretien. Cet enregistrement est ensuite réécouté et retranscrit.

## **II. La réalisation de l'entretien**

Voici les questions qui ont été posées à nos différents interlocuteurs :

- L'obligation de conventionner avec un établissement, est-ce une aide ou bien une véritable contrainte ? (Expliquer pourquoi).
- La présence de plusieurs établissements dans la prise en charge du patient n'altère pas le suivi du patient ? (Information bien transmise ? qualité de soins pareil ? suivi post hospitalisation auprès de l'autre établissement, organisation ...).
- Comment arrivez-vous à vous organiser entre vos patients, les urgences et l'adressage des patients qui proviennent d'autre établissement ?
- Lors des évaluations de l'établissement une fois le contrôle réalisé et le compte rendu communiqué avec les recommandations, il y a-t-il un impact ? Il y a-t-il un changement dans l'établissement ?
- Constatez-vous une montée de l'omniprésence des tutelles dans la prise de décisions qui s'accroît de plus en plus ? (Dans la gestion et dans la remontée de l'information).
- En tant que manager, comment appréhender le parcours de demain avec les nouvelles mesures numériques mises en place ? (Comment manager ses équipes face à ces changements ?) Si le personnel soignant a les accès et peut compléter les DMP comment manager ses équipes (au sein d'un établissement) à ça, est-ce un changement dans leurs pratiques ?
- Quelles limites au e-parcours ? (Gain de temps oui ou non ? / avantages/inconvénients / réticence des patients)
- La demande actuelle étant supérieure à l'offre, le développement de la e-santé peut-elle pallier ce problème ? Téléconsultation et autre outil suite au manque de personnel est-il une solution pour les déserts médicaux ? Le manque de personnels (soignants, MT...) est-il, selon

vous, un frein à la coordination du parcours de soins ? / face à la pénurie de soignant, comment réorganiser la coordination des parcours de soins

- Les modes de tarification sont-ils adaptés à l'évolution de votre établissement (du système de santé français) ? Quelles sont selon vous les limites du financement de la coordination des parcours de soins ? Qualité ?
- Pensez-vous que les expérimentations telles que l'Article 51 ou les autres outils tels que les DAC, CPTS permettent une meilleure coordination, une meilleure prise en charge des patients ? si non pourquoi ? Ces nouveaux outils liés à la coordination des parcours de soins n'ajoutent-ils pas de la complexité ?
- Ces nouveaux outils et ces expérimentations vous paraissent-elles applicables à l'ensemble du système de santé ? Sont-ils adaptables à l'évolution du système de santé, notamment du fait de la complexité et de la longueur du processus de collecte et d'analyse ?

## Partie 3 : Résultats et discussions

---

Après avoir choisi la méthode la mieux adaptée aux besoins de l'étude, un questionnaire a été réalisé et plusieurs interlocuteurs ont été désignés. Les nombreux entretiens ont permis de connaître l'avis de professionnels de santé sur des problématiques soulevées initialement dans la revue de littérature.

Il est donc intéressant de revenir sur ce qui a été développé par ces professionnels de santé lors de ces échanges (**chapitre 1**) pour opérer une étude comparative entre ce qui existe en théorie et ce qui est réellement fait en pratique (**chapitre 2**).

## CHAPITRE 1 – Résultats de l'enquête

---

Le choix qui a été décidé pour montrer les différents éléments qui ressortent des entretiens a été de procéder aux résumés des retranscriptions. Ce résumé a été divisé en quatre points qui sont : la place des tutelles et les conventions de coopération, la place de la e-santé dans la coordination des acteurs, les financements et les innovations en santé.

### I. Amina Vignoli

#### Partie 1. La place des tutelles et les conventions de coopération

L'établissement de Mme Vignoli a établi une convention avec le CHU qui lui permet de faciliter le partage de leurs ressources. Elle explique que grâce à cette convention, il lui a été mis à disposition des infirmiers hygiénistes, jusqu'avant impossible du fait de la petite taille de son établissement.

Il s'agit donc d'une véritable aide, mais il existe des situations contraignantes où elle se sent redevable envers l'hôpital. Comme son établissement a besoin de lui pour partager le temps de travail, les équipes sont donc obligés de réaliser les services demandés.

Elle constate également que lorsqu'un patient lui est transféré que les informations le concernant ne sont pas correctement remplies ou sont inexactes sur ViaTrajectoir. Ce manque d'information nécessite de réaliser un travail supplémentaire en appelant le service concerné de l'hôpital. Elle explique qu'en dépit des outils mis en place pour faciliter le transfert, il y a une nécessité d'avoir une relation humaine derrière. Mme Vignoli a donc mis en place des infirmières de coordination sur les différents secteurs afin de faciliter la collecte des informations.

De même, le défaut d'exactitude entre les informations communiquées et le patient une fois arrivé ne reflètent pas la réalité par crainte qu'il ne soit pas pris en charge malgré la convention.

En ce qui concerne la place des tutelles, Mme Vignoli<sup>156</sup> pense que la certification permet de donner un cadre à l'ensemble des établissements. Elle reconnaît que rare sont les personnes qui respectent les règles de qualité et de bonnes pratiques. La certification permet donc de faire des ajustements, de revoir les pratiques et la façon de fonctionner. En cas de remarques, ces dernières sont insérées dans le PAQSS.

Toutefois, Mme Vignoli met en lumière le fait qu'il existe des procédés qui sont dénués de sens car l'intérêt n'est pas clairement expliqué. Elle donne l'exemple de l'aurore. Pour elle, remplir tous les jours, tous les week-end le nombre de lits n'a pas grande utilité et elle considère ce remplissage comme fastidieux.

Mme Vignoli poursuit en estimant que, pour ce qui est des établissements à but non lucratif, leur omniprésence est une aide. Cette relation avec l'ARS va permettre de développer plusieurs projets.

## **Partie 2. La place de la e-santé dans la coordination des acteurs**

Bien que l'établissement de Mme Vignoli n'ait pas de DMP, elle pense qu'il s'agit d'un outil intéressant et bientôt les établissements n'auront d'autre choix que de l'utiliser. Toutefois, elle souligne le retard du numérique en santé en France

Pour que le DMP soit accepté et que les équipes l'utilise, il faut leur montrer l'intérêt et notamment le gain de temps qu'il peut apporter. Le personnel ne doit pas le voir comme une charge administrative supplémentaire, mais il faut lui donner du sens et l'intégrer dans l'organisation.

Néanmoins, il existe une réticence pour les patients et les établissements au niveau de la confidentialité avec le risque de piratage et de divulgation de données. Elle soulève la difficulté pour une personne âgée d'utiliser ce genre d'outil numérique. Il faut trouver un moyen pour qu'elle se l'approprie et qu'il lui soit adapté comme la téléconsultation. Même si cet outil est pensé pour répondre aux déserts médicaux, il ne s'agit que d'une réponse partielle. La personne âgée se retrouvera face à un manque de médecin. La téléconsultation est une consultation ciblée, de courte

---

<sup>156</sup> Annexe 1/ Amina Vignoli.

durée, sur des questions précises. Il n'y a pas de contact humain ni même de discussion pouvant amener à penser que la personne souffre d'une autre maladie. Il y a donc un risque pour ces personnes polypathologique.

Concernant le manque de personnel, elle considère qu'il s'agit d'un frein et c'est pour cela qu'elle a mis en place des infirmières de coordination. Elle pense que la réorganisation de l'établissement doit se faire en dégageant du temps aux équipes présentes afin de pouvoir par la suite réfléchir à des possibilités permettant de fluidifier le parcours.

### **Partie 3. Les financements, sont-ils justes ? efficaces ? efficaces ?**

Les financements octroyés ne sont pas suffisants notamment au vu du suivi social assuré en plus lors de la prise en charge du patient avec la préparation de la sortie ou le retour au domicile. En fonction des patients, il y a une prise en charge médicale et une prise en charge de rééducation basée sur le PMSI. Le travail technique infirmier n'est alors pas valorisé.

### **Partie 4. Innovation en santé, les nouveaux outils de coordination**

L'établissement de Mme Vignoli a mis en œuvre une expérimentation de l'article 51. Il s'agit d'une unité de consultation pour des personnes handicapées permettant d'éviter l'isolement et le manque de suivi. Le patient peut prendre rendez-vous directement de chez lui pour avoir une consultation spécialisée (gynéco, dentaire...). Elle pense que ce projet pourra être déployé par la suite, car permet à une personne isolée d'avoir accès aux soins. Il faut toutefois que le personnel médical soit formé au domaine du handicap.

En ce qui concerne les autres outils tel que les DAC, elle n'a pas encore vu l'impact sur la fluidité du parcours patient. Au vu de la procédure qui est longue à mettre en place, elle ne sait pas si ça sera encore adapté au besoin quand ils auront vu le jour. Elle assimile les DAC au MAIA. Un nouvel outil est mis en place mais il n'y a pas de véritable bénéfice derrière. Pour Mme Vignoli, ceci n'est qu'administratif et est éloigné du terrain et du besoin réel.



## II. Marina Beija

### Partie 1. La place des tutelles et les convections de coopération

La coopération entre les établissements est, en théorie très intéressante pour une meilleure prise en charge des patients. Seulement, si elle se limite à du travail administratif il n'y a pas grand intérêt. En France, il y a une réelle difficulté pour les établissements à travailler ensemble car les acteurs de la santé n'ont pas l'impression d'être une seule et même équipe que ce soit entre les hôpitaux ou entre la ville et l'hôpital. En revanche, dans les hôpitaux en intra, on ressent beaucoup plus ce sentiment d'équipe qu'en inter-établissement. Ce manque de travail en cohésion implique un manque de fluidité dans le parcours des patients.

Marina a partagé une expérience personnelle qu'elle a vécu en Angleterre. Elle explique qu'elle a été prise en charge par une sage-femme de la communauté. Là-bas, ça s'organise par quartier, il y a une sage-femme qui travaille de manière libérale et donc elle gère une population/un groupe qui fait partie d'un même endroit. Elle fait également partie de l'équipe hospitalière qui va s'occuper de l'accouchement et donc elle transmet toutes les informations à l'équipe hospitalière. Marina a fait tous ses préparatifs d'accouchement à l'hôpital et toutes les personnes qui l'ont prise en charge avaient ses informations grâce à la coordination avec la sage-femme. Ce qu'il s'est passé c'est qu'elle a perdu les eaux loin de chez elle et donc elle a dû se rendre dans un autre hôpital qui ne la connaissait pas du tout mais qui avait tout son historique et tous ses antécédents. Lorsqu'elle est rentrée chez elle, c'est l'infirmière libérale qui l'a contacté lorsqu'elle a su qu'elle était rentrée, elle n'a rien eu à faire. Selon elle, en « Angleterre la prise en charge du patient est très intégrée et tout le monde a accès au dossier d'un patient quel qu'il soit.<sup>157</sup> »

Toujours selon Marina, en France il manque un métier de coordination pour que la relation ville-hôpital soit totalement fluide.

Concernant le rôle des tutelles, son avis penche sur le fait que les ARS devraient plutôt jouer un rôle d'accompagnement que de contrôle.

---

<sup>157</sup> Annexe 2/ Marina Beija.

## **Partie 2. La place de la e-santé dans la coordination des acteurs**

Beaucoup de personnes pensent que le numérique va venir remplacer les ressources humaines mais, selon Marina, cette idée est fautive. Il faudrait limite ajouter des ressources afin de rendre le parcours et la coordination plus fluide avec un niveau de qualité supérieur. Pour appréhender les parcours de demain, il faut revoir l'organisation autour de l'introduction de nouveaux outils numérique et pas seulement introduire ces outils sans penser à tous les changements que cela engendre. Intégrer du numérique, c'est passé du papier a des sms ou des mails et forcément les tâches professionnelles vont changer alors il faut prendre ces changements en considération. Les outils sont en nombre et souvent ils ne sont pas développés avec les équipes métiers. Le rôle du manager est d'accompagner les équipes dans le changement de leurs pratiques, il va falloir tester et s'adapter aux différents problèmes que l'on va rencontrer et continuer de tester jusqu'à obtenir le résultat souhaité.

La peur des professionnels et des patients dans la mise en place de la e-santé c'est la perte de l'aspect humain dans les relations. La montée en puissance de la e-santé va se concentrer plutôt sur la technique et il faut continuer de s'attacher au côté humain pour ne pas le perdre. L'avantage du numérique est que cela va permettre d'avoir une vision d'ensemble sur les besoins des patients. L'inconvénient c'est que les outils sont trop nombreux et leurs fonctionnalités sont limitées. En effet, ils ne sont pas compatibles avec tous les métiers ce qui rend la coordination des acteurs trop compliqué, en particulier pour les professionnels libéraux qui font face à une montagne d'outils en fonction des différentes pathologies.

La e-santé une solution ? Oui, si on trouve une bonne organisation. Il faut que les professionnels apprennent à travailler autrement, il faut tester, accompagner et essayer de comprendre ce qui bloque et ou ça bloque. Le manque d'accompagnement pourra mener à l'échec.

## **Partie 3. Les financements, sont-ils justes ? efficaces ? efficients ?**

Il y a certaines limites aux financements actuels :

- Manque d'incitation à la coordination : on ne gagner rien à coordonner ;
- Manque de prise en compte de la qualité ;

- Manque d'incitation à la prévention : la prévention est très importante si on veut éviter des difficultés de prise en charge dans les hôpitaux.

#### **Partie 4. Innovation en santé, les nouveaux outils de coordination**

Les innovations en santé ont du potentiel mais comme Marina le dit depuis le début de l'interview, il faut accompagner le changement. Le système de santé est en constante évolution car il y a de nouvelles techniques ou de nouvelles problématiques de ressources humaines ce qui demande d'être créatif afin de répondre à la demande qui est toujours croissante. L'article 51 est un bon outil pour un meilleur accès aux soins.

### **III. Christelle Béchard**

#### **Partie 1. La place des tutelles et les conventions de coopération**

En ce qui concerne les conventions de coopération, Mme Béchard souligne le fait que c'est une aide pour les établissements. Cela pousse les établissements à formaliser les rapports. Néanmoins, elle souligne le fait que sur le terrain, dans la pratique, les établissements doivent se transmettre l'ensemble des informations nécessaires à la prise en charge du patient. La fiche de liaison doit être correctement complétée. Le fait d'avoir une convention permet d'établir par écrit l'ensemble des relations entre établissements.

Christelle Béchard<sup>158</sup> souligne le fait qu'il faut de la coordination entre les établissements, de la traçabilité et surtout que les établissements se rencontrent à minima une fois par an afin de faire le bilan sur ce qui fonctionne et sur ce qui ne fonctionne pas et ainsi établir un bilan et un plan d'action. La clinique du Millénaire s'est positionnée sur les téléconsultations pour de la cardiologie et gériatrie. Christelle Béchard trouve que cela a beaucoup aidé l'établissement dans la prise en charge du patient. En ayant une téléconsultation, le patient reçoit un traitement ou bien il sera hospitalisé sous 24h ce qui laisse du temps à la clinique pour organiser la venue du patient mais aussi, cela diminue le nombre de passages aux urgences.

---

<sup>158</sup> Annexe 3/ Christelle Bechard.

De plus, Christelle Béchard souligne le fait que le développement des consultations permet au patient d'être chez lui au calme sans stress ce qui est un élément très important dans sa prise en charge.

Les tutelles sont de plus en plus présentes dans les remontées d'informations. Elles demandent de plus en plus de reporting, madame Béchard trouve que cela est long est très contraignant.

## **Partie 2. La place de la e-santé dans la coordination des acteurs**

Christelle Béchard évoque le fait qu'il y ait un grand écart entre les ambitions de l'Etat sur la e-santé et la réalité du terrain. Il est évident qu'il y a beaucoup d'avantages à ces nouveaux outils mais ces outils ne sont pas obligatoires, ce qui rend l'exercice difficile.

Les modalités de mise en œuvre sont très difficiles à mettre en place en partie dû au fait que les établissements manquent de moyens humains et financier. Mettre en place un outil est consommateur de temps RH chose que les établissements n'ont pas ou peu.

La multitude d'outils est un frein pour la mise en place de ceux-ci. Les établissements trouvent cela très complexe cela rajoute une couche considérable à ce qui existe déjà. Les établissements se désengagent et se démotivent, ils n'arrivent pas à utiliser la e-santé correctement dans la coordination des acteurs.

## **Partie 3. Les financements, sont-ils justes ? efficaces ? efficients ?**

Une des limites principales que soulève Christelle Béchard dans le financement du parcours c'est que les établissements du public et du privé ont des modalités de financement distincts. De ce fait, les établissements réfléchissent de manière différente. Faire de la coordination de parcours patient ou de réfléchir un parcours pour le patient lorsque les statuts des établissements sont différents ce n'est pas facile.

Les autorités veulent faire coordonner des acteurs qui ont des objectifs financiers différents et des modes de financement différents. Christelle Bécharde pense qu'il faudrait créer un financement à la coordination qui conviendrait à l'ensemble des acteurs impliqués dans le parcours de soins.

L'ensemble des acteurs dans le parcours de soins pensent individuellement et non dans de la coordination d'un parcours optimum pour de répondre aux besoins de l'ensemble de la population. L'exercice est très complexe pour le moment néanmoins les établissements avancent dans le bon sens.

#### **Partie 4. Innovation en santé, les nouveaux outils de coordination**

Christelle Bécharde évoque le fait que la volonté de l'article 51 est louable, mais que les moyens mis en œuvre pour que ce type de projets voient le jour sont très limités car cela représente des moyens humains importants. Elle trouve que la façon dont sont rédigés les textes est très compliqué car il y a toujours des veilles, des entre deux et cela est dissuasif. De ce fait, ils ont créé une couche supplémentaire à ce qui existe déjà, et qui est pour le coup très complexe. Les nouveaux outils manquent de clarté.

Les établissements ont l'impression que les personnes qui proposent ces nouveaux outils ne pensent pas aux obstacles dans la mise en place des projets. Christelle Bécharde a parfois l'impression que les projets ne sont pas coordonnés et que les tutelles, l'État ne se rend pas compte de la charge de travail supplémentaire que cela représente.

Christelle Bécharde souligne le fait que c'est de la gestion de projet, on avance mais on ne prend pas en compte les problèmes. Nous n'appliquons pas les méthodes pour mener à bien le projet de manière efficace et efficiente.

## IV. Philippe Pisapia

### Partie 1. La place des tutelles et les conventions de coopération

En ce qui concerne les conventions de coopération, M. Pisapia<sup>159</sup> met en avant plusieurs problématiques. La première est qu'il existe de plus en plus d'acteur public qui refusent de contractualiser avec d'autres. La seconde porte sur le fait de « faire vivre les conventions ». Il y a des conventions qui ne sont pas évaluées, car elles ont été contractualisées avec un établissement avec lequel il ne travaille plus. Pour M. Pisapia, le plus important est de ne pas conventionner pour conventionner par obligation, mais d'abord de mettre en place un réseau et un lien entre les équipes afin qu'elles puissent travailler ensemble et se rencontrer.

Le fait de conventionner par obligation est inutile car les évaluations ne sont pas souvent réalisées et les conventions établies sont anciennes et plus utilisées. M. Pisapia poursuit en précisant que l'ARS pourrait être davantage « facilitateur » plutôt que d'imposer une obligation de conventionner sans opérer de contrôle. Il faut conventionner, mais ne pas le faire car c'est une obligation. Il arrive également que les patients ne soient pas transférés dans un établissement avec lequel il y a une convention car le lien éthique est prioritaire. Un patient ne va pas être transféré car il existe une convention mais il sera transféré dans un établissement car il est le plus à même de soigner le type de pathologie du patient.

De plus, M. Pisapia constate que lors de ces transferts il y a un manque d'information volontaire ou non. Il s'agit, du « nœud du problème ». L'information est involontaire car les équipes n'ont pas le temps de remplir toutes les informations mais, elle peut aussi être volontaire par crainte que le patient ne soit pas pris en charge même s'il existe une convention. Il explique que « ce jeu de dupe » est une pratique courante. La solution serait de faire évoluer le logiciel ViaTrajectoir afin de rendre des informations obligatoires et donc bloquantes si elles ne sont pas remplies.

Pour ce qui est de l'organisation des patients venant d'autres établissements, il explique qu'il n'y a pas de difficultés. L'établissement de type SMR est en mesure d'accueillir un patient dans les deux

---

<sup>159</sup> Annexe 4/ Phillipe Pisapia.

jours qui suivent la demande, hors patient « bloqueur » (Il s'agit de patients pour lesquels aucune solution sociale n'est possible). Pour les autres patients, il est nécessaire de prioriser en fonction de l'urgence et des spécialités exercées au sein de la clinique.

En ce qui concerne la place des tutelles, les recommandations émises par l'HAS ne sont que des recommandations laissant le choix aux directeurs de les appliquer ou non. Elles permettent d'apporter un éclairage sur certains sujets et sont en plus émises par des professionnels de terrain. En revanche, lorsqu'il y a une multitude des recommandations, elles deviennent dénuées de sens comme pendant la période du Covid19. Durant cette période, il y avait une recommandation ou bien un protocole nouveau par jour. Cette situation a été qualifiée comme étant ingérable par M. Pisapia. Selon lui, ces recommandations doivent donc être utiles et réalisables. Toutefois, leurs mises en œuvre sont complexes et il est nécessaire de les simplifier afin de pouvoir les appliquer plus facilement sur le terrain.

Pour ce qui est de l'ARS, les évaluations qui doivent en théorie être réalisées sur l'établissement ne sont souvent pas faites par manque de temps. A ce titre le dernier PRS n'a donné lieu à aucune évaluation tout comme les CPOM qui ne sont évalués que sur des éléments statistiques. Selon M. Pisapia, il serait plus utile de réduire les éléments qui nécessitent une évaluation afin de pouvoir les évaluer véritablement et avoir un réel suivi.

Ce manque de temps rejoint sa position sur le fait que les tutelles sont de moins en moins présentes. En ce qui concerne son établissement, il n'a pas été contrôlé depuis plusieurs années. M. Pisapia explique cette absence fait suite au regroupement des régions car il n'existe plus de proximité avec les ARS.

## **Partie 2. La place de la e-santé dans la coordination des acteurs**

Le DMP est un outil intéressant car il simplifie l'information médicale et réduit le temps de retranscription dans le logiciel. Cependant, les modalités de mises en œuvre sont complexes et il n'existe pas d'accompagnement. M. Pisapia prend l'exemple du GIP e-santé qu'il qualifie comme d'inexistant notamment dans l'octroi de subventions destinées à la mise en œuvre du DMP ou de la messagerie sécurisée. Aucune information n'est transmise aux établissements et aucune aide n'est

proposée. Ils doivent agir seuls, en parfaite autonomie en dépit de la complexité qui réside dans le fonctionnement de ces outils notamment sur le plan informatique. De plus, les établissements sont contraints par une limite temporelle, s'ils ne mettent pas en œuvre dans un certain délai les outils proposés, ils risquent de perdre leurs financements.

Au vu des nombreuses réformes qui ne cessent d'apporter des changements de plus en plus complexes, il est nécessaire de former les équipes informatiques au quotidien et rapidement. Pour ce faire, M. Pisapia fixe un budget formation logiciel chaque année. De même, comme il n'est pas possible de former l'ensemble du personnel, M. Pisapia a mis en place des référents pour chaque service. Cette initiative permet de gagner du temps dans la formation, de pallier le turn-over et de faire face à l'évolution constante des logiciels. Il faut simplifier les démarches pour faciliter l'utilisation du soignant et le DMP en est un parfait exemple. Il permet d'avoir rapidement accès au dossier médical du patient sans rajouter du travail supplémentaire pour les équipes.

Toutefois, il ne faut pas empiéter sur les relations humaines. Selon M. Pisapia il est préférable de parler d'humanité numérique. Bien qu'il existe une montée de l'informatique dans la prise en charge du patient, il doit pouvoir être en mesure de joindre une personne. M. Pisapia a mis en œuvre un outil de liaison similaire à chat bot permettant de contribuer à l'éducation thérapeutique du patient. De cette façon, il ne se sent pas isolé. Mise à part cette difficulté, le numérique permet de répondre aux problèmes actuels car il automatise les pratiques. Les soignants peuvent davantage se concentrer sur le soin plutôt que sur le côté administratif.

### **Partie 3. Les financements, sont-ils justes ? efficaces ? efficaces ?**

Selon M. Pisapia mise à part les moyens financiers destinés au DMP, il n'y a pas d'accompagnement. Les établissements doivent être autonomes et utiliser leurs financements propres. Une des difficultés est qu'il existe des budgets qui sont fixés et consacrés pour certaines pratiques, mais ils ne sont pas mis en œuvre sur le terrain. M. Pisapia prend notamment l'exemple du GIP E-Santé pour lequel un budget conséquent est octroyé, mais il n'a pas été déployé sur le terrain. Ce manque d'aide est de plus en plus contraignant car, avec l'accroissement des réformes qui imposent de changer constamment de logiciel ou de mettre en œuvre certains outils, les dépenses augmentent et aucune subvention n'est pourtant prévue.



#### **Partie 4. Innovation en santé, les nouveaux outils de coordination**

Certains outils comme le CPTS ont un réel intérêt et sont vraiment utiles. L'un des atouts majeurs est que l'ensemble des professionnels peuvent discuter et débattre sur la mise en œuvre du fonctionnement des filières. De plus, un budget conséquent est alloué. M. Pisapia explique qu'il ne s'agit que de son point de vue. Pour certains établissements, les CPTS vont bien fonctionner alors que pour d'autres ça ne sera pas le même constat. Il souligne donc la nécessité de mettre en œuvre des évaluations afin d'évaluer le service rendu.

A contrario, les DAC ou bien l'article 51 sont moins utiles selon M. Pisapia qui expose une forme de réticence. Il peut s'agir d'une expérimentation intéressante, car grâce à celle-ci, son établissement a pu mettre en place des PCO afin d'assurer le suivi du patient au-delà de sa sortie. Cependant, la mise en œuvre est longue. En ce qui le concerne, après avoir lancé le dossier, il a fallu 2 ans et demi pour prendre en charge le premier patient. Il est donc nécessaire de simplifier l'outil en commençant par le régionaliser et mettre en place des évaluations. Le fait de le régionaliser va apporter une aide aux établissements notamment dans la réalisation du dossier et ainsi permettre d'être autorisé plus facilement. M. Pisapia suggère de mettre en place un responsable au niveau des tutelles dont sa mission serait d'aider les établissements à mettre en œuvre ces outils qu'il considère comme bien trop alambiqué. Il explique qu'actuellement des appels d'offres ne donnent lieu à aucune réponse, car même si les établissements sont intéressés, la mise en œuvre est complexe et ils ne disposent d'aucune aide.

### **V. Jean-Jacques Morfoisse**

#### **Partie 1. La place des tutelles et les conceptions de coopération**

Jean Jacques Morfoisse<sup>160</sup> trouve que l'obligation de conventionner avec un établissement peut être à la fois une aide et une contrainte. Certains peuvent considérer que l'obligation de coopération imposée par la réglementation est un incitatif et efficace pour réunir les acteurs de santé d'un même territoire et les amener à travailler ensemble. Cela peut permettre de créer des

---

<sup>160</sup> Annexe 5/ Jean Jacques Morfoisse.

dynamiques de coopération et de favoriser la coordination entre les différents acteurs de santé. Cependant, monsieur Morfoisse souligne le fait que cette contrainte ne peut pas être la seule solution et qu'il est également nécessaire d'accompagner les acteurs, de les sensibiliser et de les former à la coopération. Il est aussi nécessaire d'évaluer régulièrement ces conventions pour s'assurer de leur efficacité.

La présence de plusieurs établissements dans la prise en charge d'un patient peut effectivement poser des défis en termes de suivi et de coordination. D'après Monsieur Morfoisse, la coordination entre les différents professionnels de santé et structures est essentielle pour assurer une transmission d'information fluide, une bonne qualité des soins et un suivi adéquat du patient. Cela implique nécessairement une communication efficace, des systèmes d'information interopérables et une volonté de coopérer. Les points de rupture dans les parcours de soins se manifestent souvent aux interfaces entre les structures, lorsque le patient passe d'un établissement à un autre. Il est donc important de mettre en place des mécanismes de coordination pour éviter les ruptures dans la prise en charge du patient.

Les contraintes liées à la tarification à l'activité et à l'efficacité peuvent rendre difficile la gestion des flux de patients et la coordination du parcours de soins. Les services d'urgence sont particulièrement confrontés à cette problématique car ils doivent faire face à une augmentation constante de l'activité et donc aux soins non programmés. Il peut y avoir des conflits entre la nécessité de prendre en charge les urgences et l'organisation programmée à flux tendus. Monsieur Morfoisse souligne le fait qu'il y a aujourd'hui, un consensus de l'ensemble des acteurs pour dire qu'il faut bouger le modèle de financement des établissements et que la tarification à l'activité a eu des effets bénéfiques, il ne faut pas l'oublier, mais qu'elle a fait son temps et est aujourd'hui un mode de financement sans doute obsolète.

La question de la place des tutelles et des contrôles dans les établissements de santé est complexe. Il existe deux logiques qui s'opposent : d'un côté, une logique pédagogique d'accompagnement des établissements vers une démarche vertueuse, et de l'autre côté, une logique de contrôle a posteriori. Selon Jean Jacques Morfoisse, il est difficile de juger de la pertinence et de la justesse de ces contrôles. Certains attestent que l'accompagnement et la pédagogie sont plus efficaces pour encourager les établissements à s'améliorer, tandis que d'autres ont jugé que des contrôles stricts

et des certifications sont nécessaires pour assurer la qualité des soins et la sécurité des patients. Il peut être important de trouver un équilibre entre ces deux approches et de continuer à réfléchir à des modes de contrôle plus adaptés et efficaces.

## **Partie 2. La place de la e-santé dans la coordination des acteurs**

Jean Jacques Morfoisse souligne le fait qu'en tant que manager, il est important d'appréhender le parcours de demain avec les nouvelles mesures numériques mises en place. Il faut mettre en place des contraintes pour les professionnels de santé afin de favoriser l'utilisation des outils numériques en santé. Il souligne le fait qu'il est essentiel de comprendre que les utilisateurs voteront avec leurs smartphones et préféreront consulter des professionnels de santé connectés. Les établissements de santé réticents pourraient perdre des parts de marché, ce qui les incite à adhérer à ces dispositifs.

En tant que manager, Jean Jacques Morfoisse évoque qu'il est nécessaire de s'adapter à ces changements en révisant les modes de management et de communication au sein des équipes, en utilisant des outils numériques tels que Teams et en adoptant des formats de communication plus dynamiques.

Lorsque le personnel demande un accès au dossier du patient et peut le compléter, il est important de manager les équipes en tenant compte de ces changements et de l'intégration des nouveaux outils. En général, les professionnels de la santé sont volontaires et prêts à utiliser ces outils. Cependant, il peut y avoir des différences d'adaptation en fonction de la spécialité et des préférences individuelles. D'après monsieur Morfoisse, il est essentiel de s'assurer que les outils informatiques utilisés correspondent aux besoins et aux pratiques spécifiques de chaque professionnel de santé. De plus, il peut être nécessaire de sensibiliser les équipes à l'importance de ne pas laisser ces outils numériques interférer avec la relation humaine entre les équipes et les patients.

Les limites du parcours de soins numériques incluent la fracture numérique, c'est-à-dire l'accès limité à Internet dans certaines régions, ce qui peut rendre difficile l'utilisation des outils numériques. De plus, il existe des difficultés liées à l'apprentissage des outils numériques, non

seulement chez les personnes âgées, mais aussi chez les jeunes qui peuvent rencontrer des difficultés à s'adapter à des applications évoquées. Il peut y avoir une réticence des patients à adopter l'e-parcours de soins en raison de ces limitations et de préoccupations liées à la confidentialité et à la sécurité des données.

Monsieur Morfoisse trouve que la e-santé est une solution aux problèmes actuels, mais il existe des défis à relever. Les outils numériques sont indispensables pour faciliter la coordination des soins mais il est crucial d'assurer l'interopérabilité des systèmes pour qu'ils puissent communiquer entre eux. Les systèmes d'information de santé doivent être conçus de manière qu'ils se causent mutuellement pour faciliter la coordination. De plus, il est essentiel que les professionnels de la santé et les usagers se saisissent de ces outils et les utilisent de manière efficace. Il faut que les outils soient faciles à utiliser, fiables et utiles tant pour les patients que pour les professionnels de santé. L'e-santé peut contribuer à améliorer la qualité des soins et à faciliter l'accès aux services de santé,

Dans cet entretien, Jean Jacques Morfoisse précise que le manque de personnel soignant peut constituer un frein à la coordination du parcours de soins. Monsieur Morfoisse donne des exemples, tels que le recours à la télémédecine utilisée par des professionnels de la santé situés à des milliers de kilomètres, ce qui a mis en perspective les problèmes de déserts médicaux en France. Cependant, l'efficacité de ces outils numériques dépend de la volonté des professionnels de communiquer et de s'organiser pour répondre aux besoins des patients.

Il souligne que les outils de e-santé ne doivent pas être pris en compte comme une solution finale, mais plutôt comme des outils à utiliser dans le cadre d'une organisation humaine. Il est important d'analyser le contexte d'implantation de ces outils, de prendre en compte les contraintes et les attentes des professionnels de la santé, ainsi que les besoins et les expériences des patients.

Il présente la 'e-santé comme un outil efficace lorsqu'il est utilisé pour répondre à des besoins spécifiques, mais il ne remplace pas complètement la dimension clinique et la relation avec le patient qui restent essentielles. L'e-santé doit être utilisée de manière réfléchie et intégrée dans une approche globale de la coordination des soins.

### **Partie 3. Les financements, sont-ils justes ? efficaces ? efficaces ?**

Dans cette partie, Jean Jacques Morfoisse propose d'adapter les modes de tarification aux évolutions des établissements et de la rémunération adéquate des professionnels. L'approche actuelle de financement de la coordination des professionnels de santé est critiquée, elle manque de vision globale et systémique. Il propose d'adopter une approche populationnelle, où le financement de la coordination serait basé sur le volume de population à soigner.

### **Partie 4. Innovation en santé, les nouveaux outils de coordination**

Dans cette partie, Monsieur Morfoisse évoque le fait que les expérimentations telles que l'article 51, les DACS (Dispositifs d'Appui à la Coordination en Santé), et les CPTS (Communautés Professionnelles Territoriales de Santé) sont activés comme des moyens d'améliorer la coordination et la prise en charge des patients. Des exemples d'expérimentations réussies en Occitanie sont décrits, démontrant des approches innovantes de financement et de coordination des acteurs de santé. Cependant, il est souligné que ces expérimentations ne sont pas une solution universelle et qu'il est important de maintenir une agilité et une évaluation pour ne pas compromettre l'efficacité des innovations.

Monsieur Morfoisse considère l'innovation en santé comme essentielle, mais il souligne qu'il est nécessaire de garder à l'esprit la dynamique de l'obsolescence et de maintenir un cycle d'innovation rapide. La mise en œuvre et l'évaluation des innovations doivent être agiles, tout en étant présentées et bien détaillées aux utilisateurs. Il est également souligné qu'il est important de savoir arrêter une innovation qui ne fonctionne pas et d'expliquer les raisons de son échec. Dans l'ensemble, l'entretien a mis en évidence l'importance de l'innovation et de la coordination pour améliorer le système de santé, tout en reconnaissant les défis et les limites rencontrés dans ce domaine.

## **VI. Romain Vignoli**

### **Partie 1. La place des tutelles et les convections de coopération**

Les modes de coopérations sont une contrainte réglementaire mais leur obligation va permettre de faire bouger les choses car si on n'oblige pas, les établissements ne le font pas forcément d'eux-mêmes. Les coopérations sont indispensables pour une bonne prise en charge des patients et à travers l'obligation de coopérer, les tutelles incitent les établissements. Aujourd'hui, les coopérations sont au cœur des parcours patients et monsieur Vignoli nous l'a exposé à travers l'exemple de la dialyse. Dans ce domaine, il existe plusieurs modalités de prise en charge et les établissements se doivent de pouvoir proposer à leurs patients toutes les modalités que ce soit en propre dans leur établissement ou par convention avec d'autres établissements. Les conventions entre établissements ou entre établissements et professionnels de villes vont donc nécessairement fonctionner puisqu'il y a des obligations de prise en charge.

Il existe selon lui plusieurs freins à la présence de plusieurs établissements dans la prise en charge d'un même patient. Le premier est la volonté des professionnels de santé à travailler ensemble. Le second est le mode de financement de ces coopérations et enfin, le dernier concerne les outils numériques et notamment les systèmes d'information. En effet, les établissements possèdent des logiciels différents et donc la question qui se pose c'est, comment je transmets des informations de manière sécurisée alors qu'il n'y a aucune cohérence entre les logiciels. C'est un problème majeur des coopérations actuellement.

Concernant l'arrivée de nouveaux patients dans l'établissement provenant d'autres établissements, cela se déroule généralement très bien. Tout dépend des adresseurs évidemment, mais c'est aussi à l'établissement qui accueille d'avoir la capacité de répondre à la demande. Sur ce point-là, les tutelles ne sont pas trop invasives dans la forme.

Selon monsieur Vignoli, il y a moins de contrôle depuis la crise de la COVID. Les ARS n'ont ni les moyens ni l'état d'esprit de faire des contrôles et donc il n'y en a pas plus qu'avant. Généralement, quand les tutelles se déplacent dans vos établissements, elles savent ce qu'elles cherchent. Si vous

respectez les règles et que vous suivez les recommandations surtout sur le plan réglementaire, il n'y a aucune raison qu'on vienne vous attraper. Si des contrôles sont faits c'est qu'il en est de leur responsabilité administrative qui peut être mise en jeu dans le cas où certains établissements ne respectent pas les règles auxquelles ils sont soumis. Les ARS sont dans le suivi plus que dans le contrôle car il y a un rapport de confiance entre les tutelles et les responsables d'établissements, c'est une relation de professionnel à professionnel. Les DGARS sont plus ouverts aujourd'hui sur le fait de recevoir de nouvelles idées, elles basent leurs relations sur une certaine confiance et après c'est au responsable d'établissement de ne pas se louper. Il ne faut pas toujours noircir le rôle des tutelles qui sont là pour être garant du bon fonctionnement.

## **Partie 2. La place de la e-santé dans la coordination des acteurs**

Ce qu'il est important de retenir c'est que la e-santé va mettre en jeu la circulation d'information avec secret professionnel et que donc il va y avoir certains enjeux. Comme cité avant, il existe aujourd'hui deux freins liés à la e-santé. Le premier est celui des outils numériques avec deux contraintes : les outils qui sont différents selon les établissements et les procédures d'envoi qui sont de plus en plus lourdes et sécurisées. De ce fait, il y a moins de facilité à transmettre des informations. Le deuxième concerne les mentalités des professionnels à s'adapter à ces nouveaux outils, ils sont réticents comme face à tous changements et cela demande du temps mais il faut passer les caps avec eux. Comme monsieur Vignoli l'a dit, les outils numériques c'est comme les réseaux sociaux, « il y a 20 ans les réseaux sociaux c'était non, aujourd'hui c'est oui »<sup>161</sup>. En tant que manager, il va falloir travailler sur la gestion du changement au-delà de la gestion du quotidien. En effet, il est important que le manager encadre ces équipes et leur montre pourquoi c'est bien et qu'il suscite de l'intérêt afin de les motiver à changer.

La crise de la COVID a été très positive sur ce point car elle a fait bouger les choses concernant l'évolution de la e-santé notamment concernant les réunions en visio. Aujourd'hui, beaucoup de réunion se font à travers un écran et c'est un incroyable gain de temps puisqu'on perd moins de temps dans les transports pour se rendre aux réunions surtout quand on habite dans des grandes

---

<sup>161</sup>Annexe 6/ Romain Vignoli.

villes. Le problème qui se pose est de savoir comment on va rémunérer ces temps passés en distanciel.

L'avantage de la e-santé va être le gain de temps parce qu'il n'y a nul autre objectif que de gagner du temps. En revanche, la e-santé a ses limites car il y a certains domaines dans lesquels il est plus compliqué de mettre en place des téléconsultations. Si on prend l'exemple des séances de kiné il est possible de faire de la téléconsultation pour une rééducation de l'épaule. Le kiné fait un mouvement et le patient répète le mouvement, cependant, quand il s'agit de débloquer une vertèbre c'est plus compliqué. L'autre limite de la montée en puissance de la e-santé, c'est la relation entre le patient et le professionnel qui fait intervenir une dimension multi personae et qui, par un écran est plus compliqué. Les mentalités des soignants et des professionnels sont restées bloquées sur le fait qu'il y a nécessairement besoin d'avoir des rendez-vous physiques.

Selon monsieur Vignoli, la santé a un énorme retard là-dessus. Si on regarde d'autres domaines comme la restauration, on peut aujourd'hui se faire livrer des plats à domicile sans avoir vu les cuisines ni même la propreté et ça marche. Nos professionnels utilisent eux aussi ces nouveaux modes de consommations mais lorsqu'il s'agit de la santé, ils ont du mal à comprendre que ça puisse marcher.

La e-santé est une réponse à certains problèmes tels que les déserts médicaux ou la pénurie de soignant. Si on prend l'exemple de la radiologie, dans les urgences il n'y a pas toujours de radiologues la nuit alors le manip radio fait la radio et il envoie à un radiologue à distance qui va interpréter le résultat. La finalité est que le patient a pu être pris en charge avec une réponse qui lui est apporté et il n'a pas eu besoin de se rendre dans un autre service d'urgence à 60km pour voir physiquement un radiologue. Ce n'est qu'une question de temps, il faut faire évoluer les états d'esprits.

### **Partie 3. Les financements, sont-ils justes ? efficaces ? efficaces ?**

Les financements concernant l'évolution du numérique en santé sont en suspens et restent flous. On ne peut pas financer de la même manière un acte effectué en présentiel et un acte effectué



en distanciel par de la téléconsultation. Les modes de financements vont devoir s'adapter mais comme toujours, il y a un décalage le temps que les administrations intègrent l'information.

#### **Partie 4. Innovation en santé, les nouveaux outils de coordination**

Les innovations en santé vont permettre une meilleure prise en charge des patients mais il y a toujours un socle juridique qui permet une adaptation aux besoins de la population de manière trop lente.

Les CPTS sont très utiles à un niveau local car ils vont apporter cette notion de proximité. Cela est encore plus vrai sur des territoires très large comme celui de l'Occitanie car il va permettre de réunir les acteurs sur un territoire plus restreint. Ils vont pouvoir réellement travailler ensemble et ça va être une vraie force pour eux. Les GHT sont des coopérations menées sur des territoires très grands et donc il est difficile de vraiment coopérer et de créer une offre de proximité pour les patients. De plus, ils excluent beaucoup le privé au sein de leurs coopérations.

### **VII. Elisabeth Cervera**

#### **Partie 1. La place des tutelles et les convections de coopération**

Les conventions permettent de collaborer avec les différents établissements de santé. Cependant, il faut tenir compte des besoins du patient. En effet, un patient sera transféré dans un établissement qui lui permettra d'avoir une prise en charge adaptée à son état de santé et ceux peu importe qu'il existe une convention. Mme Cervera <sup>162</sup> explique qu'il existe quand même des conventions qui sont obsolètes et qui nécessite de réaliser un long travail de mise à jour. Pour y parvenir, il faut avoir des moyens humains important de sorte que les équipes de terrain n'empiète pas sur le côté administratif.

---

<sup>162</sup> Annexe 7/ Elisabeth Cervera.

Pour ce qui est des tutelles, et de la place de l'HAD, les IQSS sont assez complexes et restent accés sur le MCO. Se laisser de côté tend à se réduire de plus en plus notamment avec la réforme des autorisations de 2023 qui inclut l'HAD dans ce processus.

La procédure de certification permet de pallier ce souci et de prendre en compte chaque établissement. Ceci va avoir pour conséquence d'éviter les glissements et les difficultés d'organisation qui mettraient en danger la santé des patients. Les établissements vont pouvoir se reposer des questions et procéder à des modifications. L'objectif est de repenser le besoin du patient. Pour ce faire, il est facile pour un établissement de prendre contact avec la tutelle afin de lui poser les interrogations auxquelles il est confronté. Les tutelles vont alors pouvoir indiquer la marche à suivre adaptée à la situation qui propre à l'établissement. Les tutelles sont en mesure d'offrir des solutions adaptées car elles connaissent le fonctionnement interne de l'établissement. En effet, celui-ci est tenu de lui faire remonter certaines informations tout au long de l'année.

## **Partie 2. La place de la e-santé dans la coordination des acteurs**

Les salariés adhèrent facilement aux nouvelles mesures numériques. Il existe quelques difficultés qui nécessitent parfois une sensibilisation particulière mais il ne s'agit pas d'une contrainte. Mme Cervera tient à préciser que ses équipes sont jeunes et ils sont plus réceptifs sur ces nouveautés informatiques qu'un salarié plus âgé. Il est facile pour eux d'intégrer les nouveaux outils comme le DMP par exemple.

Il existe toutefois certaines limites d'ordre technique et qui peuvent notamment concerner des défaillances de logiciels ou des difficultés de transmissions. Il existe aussi des limites d'ordre managériale vis à vis des équipes qui peuvent être moins réceptifs et à l'aise du fait de leurs âges.

La E-Santé permet de résoudre les problématiques liées aux manques de personnel et aux déserts médicaux. Il peut exister des difficultés dans la télé consultation par exemple mais une solution a été apportée et il faudra apporter des corrections pour les résoudre. Mme Cervera pense qu'il faudra procéder de la même façon que pour les pharmaciens et imposer qu'un quota de médecins généralistes s'installent dans ces zones laissées pour compte.

### **Partie 3. Les financements, sont-ils justes ? efficaces ? efficients ?**

Selon Mme Cervera, ses financements ne sont pas suffisants mais en tant que personne de terrain, elle ne sait pas comment adaptés ses financements à leurs pratiques.

### **Partie 4. Innovation en santé, les nouveaux outils de coordination**

Les nombreuses innovations en santé qu'il existe comme l'article 51 sont intéressantes et méritent d'être développées à l'échelle nationale. Toutefois, la mise en œuvre de ces outils, qu'il s'agisse des DAC des CPTS est souvent compliquée et pas assez probante actuellement. Ces outils ne sont pas encore adaptés aux besoins de l'HAD.

## **VIII. Fanny Ribera**

### **Partie 1. La place des tutelles et les conceptions de coopération**

D'après Mme Ribera<sup>163</sup> et son expérience au sein de l'établissement dans lequel elle est directrice des soins, l'obligation de conventionner/coopérer est indispensable entre les établissements. Dans son établissement, un GCS a été mis en place pour les dialyses qui permet de mutualiser les moyens et les ressources avec l'hôpital.

Selon elle, les parcours ne sont pas du tout fluides et cela est lié à plusieurs facteurs. Le premier facteur concerne la maturité des professionnels du fait qu'ils n'ont pas tous envie de le faire, comme tout être humain ils sont contre le changement et de ce fait ne donnent aucune volonté pour. Le second facteur concerne les modes de financements, aujourd'hui ils ne sont pas ou du moins plus adaptés aux parcours de soins ce qui crée du morcellement dans les parcours. Le troisième et dernier facteur concerne le juridique. En effet, le droit n'est pas toujours en lien entre les différents secteurs (public/privé, ville/hôpital...) et cela vient rompre les parcours.

---

<sup>163</sup> Annexe 8/ Fanny Ribera.

Il existe beaucoup déjà beaucoup de choses qui se font déjà pour avancer dans la coordination/coopération à savoir les transferts inter-établissements de médecin à médecin qui fonctionnent très bien. Cependant, beaucoup d'outils viennent s'ajouter dans le travail des soignants et de ce fait, cela crée du mécontentement qui viennent freiner la coordination. Elle affirme que les professionnels de terrain sont les plus à même de coordonner et que si on n'écoute pas leur problématique, ça devient compliqué. De plus le secteur est en crise et cela complique encore plus la tâche.

Il faut du contrôle car les établissements/professionnels ne doivent pas faire ce qu'ils veulent quand ils veulent, il y a du réglementaire. La difficulté rencontrée aujourd'hui c'est aussi le manque de personnes pour pouvoir venir contrôler les établissements. On tend vers une montée des évaluations avec beaucoup plus de surveillance de la part des tutelles et qu'on le veuille ou non, nous sommes en quelque sorte tous des fonctionnaires de l'état (public/privé) et de ce fait nous nous devons de répondre aux besoins des populations et pour cela il est important que l'état intervienne. Il existe deux types de recommandations. Premièrement, il existe les recommandations liées à la réglementation. Dans ce cas-là, il n'y a pas d'autres choix que d'y répondre immédiatement sous peine de sanction. L'ARS ne lâche pas les établissements sans les accompagner, lorsqu'ils n'ont pas la capacité d'y répondre dans l'immédiat (travaux...) alors un plan d'action doit être établi et il sera suivi de près par les tutelles. Deuxièmement, les recommandations non réglementaires. Dans ces cas-là, les établissements « s'en fiche » et généralement les ARS, n'ont pas le poids pour obliger quoi que ce soit. Lorsqu'il n'y a pas la loi avec eux, c'est plus compliqué. Pour que les établissements effectuent les recommandations soient l'ARS passe par la sanction soit par l'incitation financière, qui pousse également à passer à l'action.

Fanny Ribera affirme que « depuis le covid, je participe à des réunions hebdomadaires avec l'ARS et d'autres établissements pour faire un état des lieux de nos structures ». Ces réunions avaient été créés pendant la crise sanitaire et sont devenus aujourd'hui une habitude, l'idée vient des tutelles et c'est quelque chose de très bien pour suivre de près ce qui se passe sur le terrain et ainsi être toujours à jour sur les difficultés rencontrées par les professionnels.

## **Partie 2. La place de la e-santé dans la coordination des acteurs**

Aujourd'hui, il y a autant de logiciel de soins ou de santé en général que d'établissements ou de professionnels de santé ce qui rend l'utilisation de la e-santé difficile. L'appréhension des managers et des équipes est donc le fait que cela ne nous aide pas réellement dans nos pratiques. Concernant le DMP, c'est vraiment l'avenir pour tout le monde, ça va faciliter la tâche et faire gagner en efficacité et en qualité de prise en charge !

Le problème c'est que cela fait longtemps qu'on en entend parler et qu'il n'est pas réellement à l'œuvre aujourd'hui. Pour ce qui concerne la télémédecine, c'est aussi un super outil et qui aide en grande partie à répondre aux problématiques que rencontre le système de santé actuellement (déserts médicaux, manque de médecins...). En revanche, il faut faire attention à ce que cet outil ne devienne pas le seul fonctionnement des médecins car il ne faut pas perdre le côté humain.

Fanny Ribera conclue une des questions par le fait que la e-santé reste l'avenir de notre système de santé à condition qu'il soit bien utilisé pour aider les professionnels sinon les outils ne seront pas ergonomiques et feront perdre plus de temps.

Les équipes de soins ont le sentiment de perdre le cœur de leur métier en passant la plupart de leur journée « derrière un ordinateur ». Même s'ils sont indispensables, il est important de ne pas dégoûter les professionnels du métier qu'ils ont choisi de faire. Ce n'est pas toujours facile à manager mais il faut être dans l'accompagnement. Selon Fanny Ribera, il manque clairement des métiers spécifiques à la coordination. Certes il en existe déjà tels que les IDEC ou encore les IPA mais est-ce suffisant ? Je ne pense pas. Pour le manager il faut garder en tête une seule chose : faire la transition numérique sans faire perdre le cœur du métier des soignants !

Comme évoqué avant, la première limite c'est vraiment de ne pas faire perdre le sens du soin aux professionnels. Il y a un réel manque d'accompagnement des professionnels dans cette démarche de transition. La deuxième limite c'est bien évidemment les professionnels eux-mêmes qui sont résistants face aux changements (comme tout être humain). Pour cela il faut réussir à faire comprendre à chacun pourquoi on le fait, tant que les soignants n'y voient pas d'intérêts ils ne suivront pas.

### **Partie 3. Les financements, sont-ils justes ? efficaces ? efficaces ?**

Bien évidemment que non. La T2A atteint ses limites car les établissements travaillent en volume au détriment de la qualité et de la coordination des soins. Il est important que cela change, des premières expérimentations ont été mises en place mais que donnent les résultats ?

Nous tendons vers un système de financement à la qualité, à l'épisode ou au parcours. D'autres pays l'ont fait nous y arriverons-nous aussi.

### **Partie 4. Innovation en santé, les nouveaux outils de coordination**

Les CPTS correspondent à un vrai projet très intéressant et important aussi bien pour les PS que pour les patients. Il faut sur le long terme réussir à affilier un patient par CPTS selon son territoire afin que la CPTS devienne son centre de référence en termes de réseau de soins dans l'objectif d'être dirigé aux mieux vers les bons PS en fonction de ses besoins. C'est une première marche vers le DMP mais pour cela il faut mobiliser tout le monde, patients et professionnels.

Concernant les DAC, c'est un bon outil mais Fanny Ribera ne voit pas l'utilité sauf dans le cas de parcours vraiment complexe ou elle n'a plus d'idée de quoi faire.

## **IX. Pascal Delubac**

### **Partie 1. La place des tutelles et les convections de coopération**

Les conventions de coopération entre établissements de santé sont devenues une exigence légale pour assurer la continuité des soins. Cependant, Monsieur Delubac<sup>164</sup> souligne le fait qu'elles sont souvent perçues comme une contrainte plutôt qu'une aide. Certains établissements publics peuvent refuser de signer ces conventions, ce qui soulève des inquiétudes quant à l'équité dans l'accès aux soins. Il stipule qu'il est essentiel de revoir les modalités de ces conventions afin de les rendre plus attractives et d'encourager la collaboration entre les établissements.

---

<sup>164</sup> Annexe 9/ Pascal Delubac

Lorsqu'un patient est pris en charge par plusieurs établissements, il est crucial que les informations médicales pertinentes soient correctement transmises. Cependant, monsieur Delubac souligne le fait que des difficultés persistent dans ce domaine. La qualité de la communication entre les établissements de santé peut avoir un impact direct sur le suivi du patient et la coordination des soins. Il est donc nécessaire de développer des solutions techniques et organisationnelles pour faciliter cette transmission d'informations de manière claire, sécurisée et rapide.

La prise en charge des patients impliquant plusieurs établissements nécessite une bonne connaissance mutuelle des équipes soignantes. Lors de l'entretien, le Directeur d'Elsan évoque le fait que la confiance et la collaboration entre ces équipes sont essentielles pour assurer une continuité de soins efficace. Les conventions de coopération ne peuvent pas simplement reposer sur des accords entre directeurs, mais doivent également impliquer les professionnels de santé. Il est également important de prendre en compte la proximité géographique des établissements pour garantir l'accessibilité aux soins.

Les tutelles, exercent un contrôle sur les établissements de santé, notamment à travers le processus de certification. Cependant, ce contrôle a été critiqué, car il peut sembler axé sur des aspects administratifs plutôt que sur la prise en charge des patients. Il est souligné qu'il serait bénéfique que les rapporteurs des dossiers rencontrent les acteurs sur le terrain afin de mieux comprendre les projets et les réalités du terrain. Les tutelles ont un rôle d'instruction des dossiers, mais elles devraient accorder une plus grande attention à la qualité des soins dispensés et à la satisfaction des besoins des patients.

En somme, les échanges ont souligné la nécessité de repenser les conventions de coopération, d'améliorer la transmission des informations médicales, de renforcer la coordination entre les acteurs de santé et de réévaluer le rôle des tutelles dans le système de santé. Ces réflexions visent à garantir une meilleure continuité des soins et une prise en charge plus efficace des patients.

## **Partie 2. La place de l'E-santé dans la coordination des acteurs**

Au cours de nos échanges, le directeur territorial de Elsan a abordé plusieurs aspects de la coordination des acteurs de la santé et la place de l'e-santé dans ce processus.

Le directeur a souligné l'importance de faire communiquer différents systèmes informatiques pour assurer la coordination des soins, que ce soit entre les établissements de santé ou entre les praticiens exerçant dans des structures différentes. Il a également mentionné le dossier médical partagé (DMP) comme un élément clé dans la coordination des soins, offrant la possibilité de retrouver les événements médicaux importants et facilitant les prises en charge urgentes.

Pour faire face aux changements liés à l'intégration des nouveaux outils numériques, le directeur a expliqué qu'ils ont un référent métier et une équipe d'informaticiens travaillant en collaboration avec une infirmière. Cette équipe accompagne les professionnels de santé et explique les évolutions du dossier patient informatisé (DPI) aux médecins et aux équipes. Ils adoptent une approche régionale et nationale pour gérer les aspects informatiques et disposent d'une équipe dédiée par établissement, avec une infirmière référente.

Monsieur Delubac nous parle de deux limites principales du e-parcours de soins. Premièrement, les zones blanches où l'accès à internet et aux outils numériques peut être limité, privant certaines personnes de ces services. Deuxièmement, l'ergonomie des outils numériques et leur accessibilité pour les patients, en particulier pour les personnes âgées. Il a mentionné la nécessité de rendre les outils numériques adaptés, faciles à utiliser et compréhensibles pour les patients. De plus, la crainte des cyberattaques peut également être une limite et une réticence pour certains patients.

Pascal Delubac admet que le manque de personnel soignant peut constituer un frein à la coordination du parcours de soins. Il souligne le fait que la difficulté de trouver des solutions lorsque le nombre de gardes à pourvoir dépasse le nombre de personnes disponibles. Cependant, il mentionne les initiatives telles que la création des Infirmiers en Pratique Avancée (IPA) pour faire face à cette pénurie et a souligné l'importance de réfléchir à des solutions organisationnelles pour optimiser la coordination malgré les contraintes.



En résumé, le directeur territorial de Elsan reconnaît le potentiel de l'e-santé dans la coordination des acteurs de la santé, mais soulève également des défis à relever, tels que la communication entre différents systèmes, l'accessibilité des outils numériques pour les patients et la nécessité d'assurer la sécurité des données dans un contexte de cyberattaques croissantes. La pénurie de personnel soignant nécessite des solutions organisationnelles et la création de nouveaux rôles, tels que les Infirmiers en Pratique Avancée (IPA), pour faire face à cette situation. Ces IPA peuvent contribuer à la coordination des soins et à la prise en charge des patients, en travaillant en collaboration avec d'autres professionnels de la santé.

### **Partie 3. La question des financements dans la coopération des acteurs**

Dans les échanges avec le directeur territorial Elsan, plusieurs points concernant les financements dans la coopération des acteurs ont été abordés. Le directeur souligne que les modes de tarification ne sont pas adaptés à l'évolution de l'établissement, et que la rémunération actuelle n'est pas jugée adéquate.

Il mentionne également que les urgences sont financées différemment depuis un an, avec un comité d'allocation des ressources basé sur des critères tels que la dotation populationnelle. Cependant, il constate un sous-financement dans la région Occitanie, ce qui limite les financements disponibles pour les systèmes d'information en urgence.

Le directeur fait référence à une réforme de la tarification à l'étude, notamment pour la maternité, qui pourrait impliquer une base de socle et une base d'activité avec un financement mixte. Il souligne également que la réforme des autorisations entraînera une réflexion sur le forfait réanimation, mais il n'a pas d'informations détaillées à ce sujet.

En ce qui concerne les soins médicaux et de réadaptation, le financement est en train de changer avec trois simulations qui se sont avérées inexactes, ce qui rend difficile la visibilité sur le financement des établissements, y compris en psychiatrie.

Le directeur souligne que ces réformes en cours et l'implémentation des financements basés sur les dotations populationnelles entraînent une période d'incertitude et de manque de visibilité pour les structures de santé.

Il aborde également l'adaptabilité des patients à l'outil numérique et les défis dans les zones rurales, soulignant l'importance de prendre en compte les facteurs sociaux et géographiques tels que la précarité et le handicap dans le parcours de soins.

En résumé, les échanges avec le directeur territorial Elsan mettent en évidence les difficultés liées aux financements actuels, le manque de clarté et de visibilité dans les réformes en cours, ainsi que l'importance d'aborder les questions d'adaptabilité numérique et les disparités géographiques et sociales dans la prise en charge des patients.

#### **Partie 4. Les innovations en santé**

Lors de la partie des échanges sur les innovations en santé, le directeur territorial Elsan aborde plusieurs points. Tout d'abord, il parle des expérimentations telles que l'article 51, les DACS (Dispositifs d'Appui à la Coordination en Santé), et les CPTS (Communautés Professionnelles Territoriales de Santé). Selon lui, ces expérimentations peuvent permettre une meilleure coordination et prise en charge des patients, mais il souligne qu'il est difficile de se prononcer sur la pertinence du DAC à ce stade. Il mentionne que les réseaux existants, tels que ceux en oncologie, ont été bénéfiques pour les patients en favorisant la coordination des soins. Cependant, il note que la réussite des CPTS est variable, certaines fonctionnant bien tandis que d'autres sont fragiles en raison de l'engagement limité des acteurs.

Ensuite, le directeur nous parle de l'applicabilité des expérimentations à l'ensemble du système de santé, notamment l'extension de l'article 51 à toute la France. Il déclare que cela est applicable et mentionne des exemples de succès, comme dans le domaine de la dialyse. Il souligne également que l'article 51 peut être pertinent pour le suivi des patients atteints de maladies chroniques, y compris certains cas de cancérologie. Cependant, il note que pour les phases aiguës ou les interventions sur des patients plus jeunes, d'autres approches peuvent être plus adaptées.

Finalement, il mentionne qu'il y a eu un compte rendu récent du ministère sur toutes les expérimentations de l'article 51.

En résumé, les expérimentations telles que l'article 51, les DACS et les CPTS ont le potentiel d'améliorer la coordination des soins et la prise en charge des patients, avec des résultats variables. L'article 51 peut être applicable à l'ensemble du système de santé, mais son efficacité dépendra du contexte et des besoins spécifiques des patients.

## CHAPITRE 2 – Discussion

---

Il convient de revenir les nombreuses obligations qui découlent de la réglementation auquel sont soumis les établissements (I). Ces obligations ont pour objectif de faire coordonner les différents acteurs de santé ensemble notamment par l'utilisation d'outil numérique (II) tout en respectant les financements accordés (III)

### I. La place des tutelles et les conventions de coopération

#### A. Les conventions de coopérations

Les conventions sont dorénavant au cœur du parcours patient. Elles permettent d'assurer une bonne prise en charge du patient. L'obligation de convention entre les établissements de santé existe depuis la loi du 21 juillet 2009 dite HPST. Il s'agit d'un réel atout car ils vont procéder à la mise en commun de moyens afin de réaliser un même objectif. Ils vont donc partager des ressources comme le temps de travail pour mettre à disposition un médecin supplémentaire par exemple. Cet outil va permettre d'être plus performant et d'améliorer la qualité du parcours patient car il va offrir des soins personnalisés aux attentes du patient. Ces conventions permettent d'instaurer une coopération entre les acteurs. Il s'agit d'outils stratégiques et opérationnels. Toutefois, ne sont souvent pas adaptées aux différents secteurs privé, public ou encore médecine de ville qui ont un fonctionnement et une demande différentes.

La mise en place d'une convention permet aussi de formaliser de façon précise et par écrit le rapport qu'il existe au sein de la relation. Cet écrit est d'autant plus important car il arrive que des établissements concurrents conventionnent ensemble pour parvenir à la réalisation d'objectifs communs. Les établissements de santé sont tenus de proposer aux patients toutes les modalités que ce soit sur leurs sites ou dans une autre structure. Ils vont donc collaborer pour offrir une prise en charge adaptée à l'état de santé du patient. Néanmoins, il ne faut pas perdre de vue la prédominance du lien éthique qu'il existe dans la relation médecin/patient. En pratique, un établissement ne va pas transférer un patient dans une autre structure car il existe une convention mais, car cette structure est la mieux à même pour répondre à la pathologie du malade. Il arrive donc que ces conventions ne soient pas réellement utilisées en pratique. Elles existent car la

réglementation l'impose aux établissements. L'obligation est donc remplie même si elles ne sont pas utilisées. Aucune sanction n'est prise car les contrôles et les évaluations sont de moins en moins réalisés. Ceci se justifierait par le débordement auquel est confronté l'ARS notamment depuis la crise Covid 19. Ils n'ont plus le temps ni les moyens de contrôler le fonctionnement des établissements. Cette absence de contrôle et d'évaluation fera l'objet d'un développement plus étayé dans la suite de l'analyse.

Il peut aussi s'avérer que les conventions ne sont plus d'actualité, les établissements ne travaillent plus ensemble, elles sont donc obsolètes et nécessitent un travail de mise à jour. Cependant, les établissements n'ont pas le temps de réaliser ce travail fastidieux car les équipes doivent se concentrer sur le terrain et non sur l'aspect administratif. Il a donc été mis en avant que l'ARS devait jouer un rôle d'accompagnateur plutôt que de contrôleur. Elle pourrait être davantage facilitatrice plutôt que d'imposer une obligation de conventionner qu'elle ne contrôlera pas.

Bien que la collaboration entre concurrents permette de parvenir à la réalisation des projets respectifs de chacun, il peut s'avérer que cette concurrence met à mal les relations et empêche toute collaboration possible. Il peut arriver qu'un sentiment de redevabilité puisse naître. C'est notamment le cas lorsqu'une équipe médicale en difficulté a sollicité un médecin supplémentaire provenant de l'autre établissement et se retrouve contraint d'accepter quelque chose qu'il n'aurait pas accepté habituellement. Il peut également arriver pour un établissement de refuser de contractualiser au motif qu'il ne souhaite pas travailler avec un concurrent. Même en présence d'une convention, il peut s'avérer que les professionnels de santé refusent cette collaboration car ils n'ont pas la volonté de changer leurs habitudes et sont réfractaires aux changements.

Pour pallier cette difficulté, il a été suggéré par des directeurs d'établissement que les équipes devaient d'abord se rencontrer, apprendre à se connaître, pour ensuite travailler ensemble. En effet, la mise en place d'un réseau et d'un lien entre les équipes permettra à ses dernières de se rencontrer à minima une fois par an. Lors de cette rencontre, il sera l'occasion de faire le bilan sur ce qui fonctionne et sur ce qui ne fonctionne pas dans leur collaboration pour ensuite procéder à un plan d'action.

Le manque de cohésion qui a été souligné perturbe les équipes médicales et va entacher la qualité du soin reçu par le patient. Comme elles ne travaillent pas ensemble mais seules, il y a une absence de cohésion, un manque de fluidité dans le parcours du patient. Les informations relatives au patient ne sont pas bien transmises sur le logiciel, elles sont mal remplies voire inexactes. Pourtant, ces informations sont nécessaires à la bonne prise en charge. Il est donc primordial que chaque établissement et personnes qui interviennent dans le parcours du patient puissent se coordonner afin de permettre une véritable traçabilité.

Il a été constaté, que le défaut d'information pouvait être involontaire car les équipes ne disposent pas en réalité du temps nécessaire pour remplir correctement le dossier ou bien la fiche de liaison. Cependant, il arrive que pour certaines situations ce défaut d'information soit volontaire par crainte que l'établissement refuse de prendre en charge le patient. Comme le patient qui a été transféré n'est pas celui qui a été décrit, les équipes médicales n'ont donc pas pu se préparer à le recevoir. Elles doivent donc réaliser de nouveaux examens ce qui va causer un retard de diagnostic et une non-pertinence des soins.

Il est donc nécessaire d'avoir une relation humaine en dépit des nombreux logiciels informatiques qu'il existe. Il a été proposé par des équipes de terrain de mettre en place des métiers de coordination comme des infirmières de coordination qui permettent de faire le lien entre la relation ville-hôpital et contribuent à la fluidité du parcours de soins. Dans cette même logique, la loi n°2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé a contribué à la création de protocoles de coopération. Ces mécanismes permettent de faciliter la coopération entre les professionnels de santé pour améliorer les parcours de soins ou la prise en charge des patients.

Face au manque d'information, il a été pensé par des professionnels de santé de faire évoluer les logiciels d'informations pour que les informations qui ne sont pas bien remplies puissent être bloquantes. L'objectif est d'être assuré que l'établissement dispose d'un minimum d'informations relatives aux patients. Le fait d'utiliser de nouveaux outils numériques pour améliorer le parcours patient est l'un des objectifs clés de la réforme Ma Santé 2022. Plusieurs mesures ont été mises en place comme la télémédecine, la e-prescription, le DMP ou bien la téléconsultation. Il a été

constaté que sur le terrain, cet outil permettait aux établissements de mieux s'organiser notamment en diminuant le nombre de passages aux urgences.

Bien que ces conventions de coopérations soient un réel atout pour les établissements qui utilisent de plus en plus cet outil car participent grandement à l'amélioration de la qualité du parcours de soins, la réglementation qui les entoure est rigoureuse et bien trop contraignante. Cette même rigueur est aussi observée dans d'autres obligations réglementaires et de procédures comme celle qui concerne la certification ou bien les autorisations d'activités de soins. Il est alors possible de constater que l'aspect juridique s'accroît de plus en plus et s'étend sur plus de domaines. Le rôle des tutelles s'amplifie donc également dans le fonctionnement des établissements car elles veillent au bon respect de ces règles juridiques.

## **B. La place des tutelles**

Afin de s'adapter aux besoins de la population de nombreux textes et réformes sont légiférés et publiés. Les conditions qui en découlent sont devenues de plus en plus précises et strictes. Pour veiller à la bonne conformité de l'établissement, des inspections sont réalisées. Elles permettent d'évaluer la qualité de vie du patient et de s'assurer du respect de ces droits. L'inspection peut être réalisée sur le terrain, en cas de plainte, sur décision de l'ARS ou par auto-saisine ou à distance avec des évaluations des pratiques réalisées tout au long de l'année. Une fois celle-ci effectuée, un rapport est réalisé et doit être transmis à l'établissement. Toutefois, en l'absence de difficulté le rapport n'est souvent pas transmis et il revient au directeur de demander qu'il en est une copie.

Ce rapport est aussi assorti de recommandations qui sont de 2 types.

Celles de type réglementaire doivent être mises en œuvre sous peine de sanction. En cas d'incapacité, un plan d'action est établi et suivi par les tutelles. Malheureusement, il s'avère que ces recommandations sont souvent trop nombreuses et dénuées de sens. Leur mise en œuvre est souvent trop complexe. Elles doivent être utiles et réalisables. Il est devenu nécessaire de simplifier ces dernières afin de pouvoir les appliquer plus facilement sur le terrain.

A contrario, celles de type non réglementaires sont laissées à la libre volonté de l'établissement. L'ARS ne peut pas les contraindre si aucun texte ne l'impose. Il convient de préciser qu'en pratique, même si elles ne sont pas obligatoires, les établissements vont les mettre en place car il existe une incitation financière.

De façon générale, si un établissement manque à ses obligations, les tutelles disposent d'un pouvoir de sanction afin de l'inciter à se soumettre à la réglementation. Elles peuvent octroyer des récompenses mais aussi décider de la fermeture de l'établissement ou encore de la suspension ou du retrait d'une autorisation d'activité de soins. Ces réformes permettent de garantir une sécurité de soins et un parcours adapté à la prise en charge de chaque patient.

Néanmoins, comme cette réglementation est en constante évolution et opère constamment des changements, les règles de qualité et de bonnes pratiques qui en découlent sont difficilement respectées. Les procédés pourtant instaurés afin d'aider les établissements ne sont pas mis en place car leurs intérêts sont soit dénués de sens, car l'intérêt de l'outil n'est pas expliqué comme l'Aurore par exemple, ou bien trop contraignant, comme l'article 51. Ils doivent donner lieu à des reportings fastidieux, complexes et longs. Les établissements ne peuvent y consacrer le temps nécessaire du fait des autres obligations parallèles qui leurs incombent et du manque de personnel.

De plus, ces réformes sont aussi complexes car elles ne sont pas adaptées à la spécialité de tous les établissements. C'est notamment le cas des établissements d'hospitalisation à domicile. Leur régime est spécifique et il aura véritablement fallu attendre la réforme des autorisations d'activité sanitaire de 2023 pour qu'une réglementation spécifique leur soit consacrée.

Afin de pouvoir contrôler le fonctionnement de l'ensemble des établissements, toutes spécialités confondues, la procédure de certification permet d'éviter les glissements et les problèmes d'organisation qui mettraient en danger la santé des patients. Elle a été instaurée par l'Ordonnance du 26 avril 1996 et permet, comme l'inspection, de veiller au respect du droit des patients. A travers cette procédure, les établissements vont pouvoir se poser des questions, procéder à des ajustements, revoir leurs pratiques et leurs façons de fonctionner et repenser les besoins du patient. Ce contrôle est donc nécessaire afin d'éviter toutes dérives. Lors de ce



contrôle, 215 critères vont être évalués. Il s'agit d'indicateurs de qualité développés par des organismes professionnels et institutionnelles qui promeut l'amélioration de la qualité et évalue les performances de l'établissement. Il s'est avéré que ces critères étaient devenus trop nombreux, trop contraignants à respecter et ne prenaient plus en compte la prise en charge du patient. Par conséquent, une nouvelle procédure de certification proposée par l'HAS le 25 novembre 2020 a été mise en œuvre. Elle fixe 15 objectifs reconnus par les professionnels de santé et les représentants des usagers. L'objectif est de centrer davantage la procédure sur le soin et sur le patient afin de répondre au mieux à ses besoins et à sa pathologie.

Dans cette même logique, l'ARS est tenu de prendre en compte les particularités de chaque région et les besoins spécifiques de la population. Afin de répondre à ces enjeux, elle va réguler, orienter et organiser l'offre de soin en veillant à la bonne application de la réglementation sanitaire et médico-sociale. Pour ce faire, des contrôles doivent être réalisés directement au sein des établissements. Toutefois, ils sont de moins en moins diligentés. Comme développé précédemment, les tutelles sont davantage dans le suivi que dans le contrôle de l'établissement. Ceci s'explique d'abord par le rapport de confiance qu'il existe entre les tutelles et les responsables des établissements. Il s'agit d'une relation de professionnels à professionnels. Puis, ceci se justifie également par le manque de moyens et notamment de moyens humains et temporels.

Pour contrôler le respect de la réglementation, il est nécessaire de se rendre sur place et de réaliser une visite de conformité ou bien une inspection de l'établissement. Néanmoins, comme ces tutelles sont confrontées à un manque de personnel, il est devenu difficile de faire intervenir une personne habilitée qui soit disponible et puisse réaliser ce contrôle. En réalité, il semble que lorsqu'une visite sur place est diligentée, et dans la plupart des cas, l'ARS a été mise au courant d'un manquement de l'établissement. Le contrôle est donc réalisé afin de résoudre la situation litigieuse. Le personnel habilité sait donc à l'avance ce qu'il doit chercher. A l'inverse, lorsqu'un établissement n'a commis aucun manquement, les contrôles se font rares.

Afin de renforcer le personnel, certains directeurs d'établissements ont imaginé instaurer des ARS de proximité. Depuis le groupement des régions, il semble que les établissements sont de plus en plus délaissés. Pourtant, la région Occitanie est territorialement vaste et est même assimilée à la superficie de l'Irlande. Il est donc difficile d'assurer un suivi correct à l'ensemble des

établissements de santé si la majorité du personnel habilité pour procéder à ce suivi n'est pas correctement bien réparti sur l'ensemble de la région.

En ce qui concerne le manque de moyens temporels, les évaluations des pratiques qui permettent à l'ARS de se renseigner sur l'établissement ne sont pas correctement réalisées car il existe une multitude de critères d'évaluations. Les tutelles n'ont pas le temps de reprendre chaque élément. Ceci a pour effet de dénaturer certains procédés comme les CPOM ou bien le PRS qui ne sont en réalité qu'évaluer sur des éléments statistiques afin de justifier le suivi. Il est donc difficile d'attester de leurs bonnes efficacités dans les établissements, de connaître l'avancée des besoins de la population et de procéder par la suite aux ajustements qui s'imposent. Pour résoudre cette difficulté les éléments qui doivent être évalués vont être réduit afin de pouvoir évaluer véritablement l'établissement et avoir un suivi réel. De ce fait, les évaluations pourront être plus régulières et les tutelles pourront opérer une surveillance plus minutieuse et adaptée. Pour rappel, ces dernières sont les fonctionnaires de l'État. Elles disposent d'un droit de regard sur l'ensemble des décisions prises par les établissements et les professionnels et leurs avis est requis dans certains cas.

En dépit de ce manque de moyens, il est important de ne pas noircir le rôle des tutelles qui sont là pour être garant du bon fonctionnement. Elles restent majoritairement présentes dans le fonctionnement de l'établissement notamment quand celui-ci souhaite développer de nouveaux projets ou lorsqu'il souhaite échanger sur certains points. Toutefois, leurs présences sont appréciées, elles ne sont pas perçues comme une contrainte mais comme une véritable aide.

Les professionnels de terrain au service de l'ARS vont permettre d'éclairer l'établissement sur certains sujets ou difficultés rencontrés afin de les aiguiller sur la marche à suivre. Théoriquement, l'ARS est censé connaître le fonctionnement interne de chaque établissement et est donc en mesure de lui apporter une solution qui lui soit adaptée.

Depuis la Covid 19, des réunions hebdomadaires sont organisées entre l'ARS et les établissements de santé afin de faire un état des lieux des structures. Ces réunions permettent de suivre ce qui se passe sur le terrain et de mettre en lumière les difficultés rencontrées par les professionnels. Il y a donc une coordination entre les tutelles et les établissements.

## **II. La place de la e-santé dans la coordination des acteurs**

### **A. Le numérique en santé**

La e-santé, le compagnon de demain en termes de parcours de soins.

La e-santé a pour volonté de favoriser et de simplifier la coordination des acteurs en leur offrant une nouvelle manière de communiquer. Grâce aux nouvelles technologies d'informations et de communications, il y a une meilleure accessibilité, une meilleure gestion de l'information médicale et de ce fait, un meilleur partage d'information entre les acteurs du système de santé. Pour optimiser la coordination des acteurs au sein des parcours de soins, la e-santé va se monter comme une révolution dans les pratiques médicales en gardant toujours comme objectif de fluidifier les parcours de soins.

Cependant, comme tout changement, il n'est pas évident de faire adhérer tout le monde au projet, ce pourquoi la e-santé est un réel enjeu aujourd'hui. On ne peut pas installer de nouvelles technologies sans accompagner le changement qu'il y a autour de ces nouvelles mises en œuvre. C'est à la fois un défi majeur du système actuel mais également une chance.

Tandis que toutes les activités du système français se sont rapidement accommodées aux nouvelles technologies de l'information ou de la communication, la santé a vu naître un retard dans l'utilisation de ces outils. La pandémie a mis en lumière la nécessité d'apporter aux usagers une réponse rapide et coordonnée ce qui a causé quelques difficultés du système. La crise de la COVID 19 a eu un réel impact sur la prise de conscience de l'intérêt du numérique en santé, aussi bien pour les professionnels que pour les usagers, et elle a permis l'évolution de nouvelles technologies.

Parmi ces technologies, on retrouve la télémédecine qui a révolutionné la façon de pratiquer la médecine, les logiciels de dossiers patients qui ont révolutionnés le partage d'information et la communication des soignants ou encore, les réunions en distanciel qui se sont avérées être un véritable gain de temps pour tous. Désormais, que ce soit pour la télémédecine ou pour les

réunions en distanciel, on ne perd plus de temps à se déplacer et on gagne du temps pour faire autre chose.

L'étape cruciale dans la transformation du système de santé a été la mise en place de "Ma Santé 2022", elle a permis le réel tremplin du numérique en santé grâce notamment à des fonds débloqués pour développer massivement le déploiement de la e-santé. Maintenant que des financements ont permis de développer ces nouvelles technologies, l'objectif est de déployer l'utilisation massive de ces dernières par tous les professionnels de santé ainsi que les usagers. L'enjeu est majeur, si on veut que la e-santé permette l'optimisation de la coordination des acteurs, il est nécessaire que tout le monde s'y mette.

Pour tous, le numérique est l'avenir du système de santé. C'est une opportunité pour tous d'améliorer la coordination, de rendre le système de santé plus efficace et plus efficient et ainsi d'offrir une meilleure qualité des soins aux patients. La e-santé, si elle est bien utilisée, permet de répondre à de nombreux problèmes qui se posent actuellement à savoir le vieillissement des populations, l'augmentation des maladies chroniques ou encore les déserts médicaux et le manque de médecins. Malheureusement, lorsque l'on regarde le terrain, on remarque vite qu'il existe un écart entre les ambitions du gouvernement dans la transformation du système et la réalité à laquelle sont confrontés tous les professionnels sur le terrain. Pour pallier ces écarts, il est de nécessité d'utiliser ces outils de manière réfléchie et intégrée.

Malgré des ambitions plus que prometteuses, la mise en œuvre est difficile car elle est freinée en partie par le manque de moyens humains ou financiers auxquels font face les professionnels et qui impactent grandement la coordination des parcours de soins. Comme toutes nouveautés, la e-santé aussi à ses limites.

Si la e-santé est l'avenir de notre système, elle doit nous permettre un gain de temps considérable. Il est trop facile de penser qu'en un claquement de doigt le système de santé sera transformé avec une très bonne utilisation du numérique. Pour parvenir à un système totalement performant en matière de e-santé, il faut affronter les problématiques du terrain. Comme tout être humain, les soignants sont réticents face au changement et de ce fait, il est difficile d'arriver avec ces nouvelles technologies, de changer leurs pratiques sans qu'aucun ne soit contre.

Le gros problème auquel font face les soignants aujourd'hui, c'est le manque d'accompagnement. Il faut changer le système de santé en faisant passer la e-santé comme une solution radicale. Elle l'est probablement mais si les managers n'accompagnent pas leurs équipes dans ces changements, ils vont se retrouver face au mur, résultat, rien n'évoluera et les outils numériques ne seront pas efficaces.

La difficulté est principalement liée à l'adaptation des soignants, cette dernière peut être plus ou moins simple selon les spécialités, les domaines dans lesquels travaillent les soignants mais aussi et surtout selon leur âge. En effet, les populations plus jeunes ont tendance à maîtriser les logiciels et à comprendre leur véritable efficacité de manière beaucoup plus rapide que des soignants plus âgés. Il y a un réel enjeu du rôle du manager face à cette problématique. Ce dernier va devoir mener une véritable gestion de projet avec ses équipes afin de les accompagner dans les changements de leurs pratiques professionnelles. Il est nécessaire de leur consacrer du temps, de les former, de leur expliquer pourquoi et surtout de ne pas hésiter à réorganiser leur temps de travail afin que chacun y trouve du sens. Il est également possible de mettre en place des équipes d'accompagnement (réfèrent métier, informaticien, ide...) qui seront à disposition des équipes pour tous problèmes ou interrogations.

## **B. Les logiciels de partage d'information**

L'informatisation des dossiers patients est une avancée visant à faciliter le partage de l'information nécessaire à la prise en charge des patients dans leur parcours de soins, c'est une technologie qui est venue bouleverser le travail des professionnels non seulement par le fait d'être passé d'un support papier à un support numérique mais surtout parce qu'il vient impacter directement le cœur même de leur métier avec un changement dans leurs pratiques professionnelles.

Les premiers outils numériques mis en place en termes de partage d'information et de communication sont les dossiers patients informatisés. A terme, ils ont pour objectif de faciliter le travail des soignants grâce à un meilleur partage de l'information. Ces derniers vont permettre aux professionnels d'être tenus au courant de toutes les bonnes informations nécessaires à la prise en charge des patients, cela permet de diminuer les risques qui subsistent autour de cette prise en

charge. Le professionnel étant mieux informé, il peut prendre en charge le patient de la meilleure des façons et ainsi lui procurer les meilleurs soins. En plus de permettre un bon partage d'information au sein d'une même équipe de soins ou d'un même établissement, les DPI sont très utiles pour permettre le partage d'informations entre professionnels qui ne travaillent pas sur les mêmes structures ce qui donne lieu à une fluidification et une continuité des parcours de soins.

Si tout paraît parfait sur le papier, les acteurs de terrain montrent une tout autre réalité de ces nouvelles technologies. En effet, les DPI sont l'avenir des parcours de soins et de notre système de santé. Cependant, il reste encore du chemin à parcourir avant que ces derniers ne révolutionnent complètement les pratiques soignantes. En interne des établissements, des problèmes font surface car les outils mis à disposition des soignants ne sont pas ergonomiques. Ils sont lourds d'utilisation et de ce fait découragent les équipes et ajoutent des difficultés supplémentaires dans leur mise en œuvre.

En externe, entre les différents établissements de santé, les problèmes sont liés au manque de communication des logiciels. Chaque établissement ayant son propre outil informatique, il en existe alors beaucoup. Étant donné que ces derniers ne communiquent pas tous entre eux, cela rend l'exercice de partage d'information beaucoup plus complexe. La volonté de fluidifier les parcours de soins est donc mise à rude épreuve et demande encore du travail.

L'autre réalité qui concerne ces nouvelles technologies relève du point de vue financier. Ces logiciels, comme tous, ne sont pas gratuits. Il est de ce fait nécessaire que l'établissement ou le professionnel libéral puisse financer les coûts que cela engendre et ce n'est pas toujours le cas. De plus, il y a une nécessité pour les managers de former leurs équipes à ces nouvelles technologies et cela pose des difficultés. Si un professionnel ou un établissement n'a pas la capacité de se procurer un logiciel ou même de former ses équipes, alors cela va freiner la coordination des acteurs et les objectifs ne seront pas atteints.

À la suite de la mise en place des DPI, l'état a lancé la mise en œuvre d'un dossier médical partagé qui permet de récolter toutes les informations nécessaires à la prise en charge des patients à un seul et même endroit. La volonté du DMP est d'avoir un endroit où l'on peut retrouver tous les documents concernant la santé des patients qui sera accessible à tous les professionnels (en

grande partie) et ainsi d'améliorer de façon continue la prise en charge des patients. Ce dossier va permettre la simplification de l'information médicale et il va réduire le temps de retranscription. De plus, les acteurs pourront eux-mêmes intégrer des éléments clés afin d'améliorer leur prise en charge, cette nouveauté permettra aussi à ces derniers de devenir co-acteurs de leur santé. La mise en œuvre de ce DMP paraît cependant compliquée et ce à plusieurs niveaux.

Tout d'abord, il y a toujours le problème d'interopérabilité des logiciels. Pour que le DMP soit une véritable aide, il est nécessaire que ce dernier soit complété mais il subsiste toujours des problèmes de communication entre les logiciels.

Ensuite, il y a le manque de volonté des professionnels à remplir ce dossier. En effet, si le dossier est vide, il n'a aucun intérêt à exister puisqu'il ne facilitera pas le travail des soignants et n'améliora donc pas la prise en charge des patients.

Enfin, il y a la difficulté de certains usagers à utiliser ces nouvelles technologies et à avoir confiance en la sécurisation de leurs données, notamment chez les personnes âgées. Ces derniers ne savent pas toujours se servir d'internet, ils ont donc plus de mal à participer à la mise en œuvre du DMP puisqu'ils ne sont pas toujours en capacité de pouvoir y intégrer des informations et qu'ils n'y voient pas toujours l'intérêt.

Pour répondre à ces problématiques diverses, certains acteurs de terrains pensent qu'il est nécessaire de mettre en place de nouvelles ressources dédiées à la coordination, des référents qui seraient là pour faciliter le quotidien de leurs collègues et qui, potentiellement, pourraient aussi venir en aide aux usagers dans le besoin.

### C. La télémédecine

La télémédecine est considérée comme l'élément qui a renversé les pratiques médicales. Là où le système de santé rencontre des difficultés, la télémédecine, elle, vient apporter une réponse simple et efficace. Elle permet de fournir des services médicaux là où l'accessibilité est réduite, elle offre une réponse rapide à un patient en cas d'urgence et elle évite les ruptures des parcours de soins entre les différents secteurs. Réponse simple et efficace ? C'est ce que les professionnels et les patients pensaient lorsque ces nouveaux dispositifs leurs ont été présentés. La réalité est toute autre.

La télémédecine, c'est pouvoir se connecter à distance et recevoir un avis médical ou encore se connecter à distance et pouvoir faire sa séance de kiné sans avoir à ne se déplacer ni même à sortir de chez soi. Actuellement, le système de santé fait face à des problématiques telles que les déserts médicaux ou encore les pénuries de médecins et la télémédecine a été mise en place comme étant une réponse à ces problèmes. Aujourd'hui, de nombreuses questions se posent quant à la véritable utilisation de la télémédecine.

Premièrement, la pénurie de médecin. Pour faire de la télémédecine, il est nécessaire d'avoir un professionnel spécialiste ou non afin de pouvoir émettre un avis médical, mais, s'il n'y a plus de médecin ou de moins en moins, comment est-il possible de trouver un médecin qui sera disponible à distance mais qui ne sera pas en présentiel ?

Deuxièmement, l'accès aux soins. La télémédecine était une façon de pallier aux déserts médicaux qui offrait un inégal accès aux soins pour les habitants de ces déserts. Cette solution était sans compter sur la fracture du numérique. Trop souvent oublié de tous, il existe des zones où internet est très limité et où les habitants n'ont pas accès aux logiciels, ce qui crée encore un inégal accès aux soins. De plus, il y a aussi les personnes, en particulier les personnes âgées qui rencontrent des difficultés dans l'utilisation d'internet. Ils se retrouvent alors face à l'impossibilité d'utiliser ces solutions qui pourraient pourtant être grandement efficaces pour certains d'entre eux qui auraient des problèmes à se déplacer.



Troisièmement et dernièrement, la crainte des soignants et des usagers. Il existe une très grande peur qui persiste chez les patients autant que chez les soignants, c'est la perte du contact humain. En effet, cela a fait l'unanimité, les patients comme les soignants craignent de perdre le côté humain de leur relation s'ils passent par des solutions numérisées telle que la télémédecine. Même si elle s'avère être un véritable tremplin dans certaines situations, le contact humain reste un élément essentiel dans la relation soignant/soigné et de ce fait, il est important de ne pas le faire disparaître. D'une part car elle fait partie du cœur du métier de soignant et que si on l'enlève, ils ont l'impression que leur travail n'a plus de sens. D'autre part car cette relation est aussi là pour rassurer les patients qui n'ont pas la totale maîtrise de leur santé et qui ont besoin d'avoir la présence de soignant au quotidien. De plus, toutes les pratiques ne sont pas possibles à distance, il est donc essentiel de faire le tri entre ce que l'on peut traiter à distance et ce que l'on ne peut pas traiter à distance.

La télémédecine est une part de solution mais il n'est pas possible de faire de la télémédecine la seule et unique pratique de la médecine. Il est important que le cœur du métier de soignant reste celui qu'il a toujours été. La télémédecine doit être un plus dans la prise en charge des professionnels pour certains rendez-vous ou le contact n'est pas nécessaire, mais elle ne deviendra jamais le quotidien. Pour accompagner cette transformation, il est nécessaire d'imposer l'installation des médecins dans des zones sous-denses.

### **III. Les financements sont-ils justes ? efficaces ? efficaces ?**

La coordination des acteurs de soins est au cœur de l'efficacité du système de santé, visant à offrir une prise en charge optimale et personnalisée aux patients. Toutefois, les financements actuels présentent certaines limites qui entravent la mise en place d'une coordination efficace. Les établissements de santé, qu'ils soient publics ou privés, font face à des modalités de financement distinctes, entravant ainsi la coopération entre les acteurs aux objectifs financiers divergents. De plus, les financements actuels ne prennent pas toujours en compte la qualité des soins, la coordination des acteurs et la prévention des pathologies.

En réponse à ces problématiques, des réformes sont envisagées, notamment l'évaluation des évolutions de la T2A, et le développement du financement basé sur l'épisode, le parcours de soins ou bien le paiement forfaitaire par patient pour un ensemble de services fournis par plusieurs acteurs pour une population donnée.

Pour réussir cette transition vers des financements plus adaptés, il est essentiel d'impliquer les professionnels de santé dans les discussions et les décisions. La coopération et la coordination entre les établissements doivent être encouragées et facilitées, avec des outils numériques appropriés pour assurer une traçabilité des informations du patient. Les métiers de coordination, tels que les infirmières de coordination, pourraient jouer un rôle central dans cette démarche.

Enfin, l'accompagnement des structures de santé par les autorités doit être privilégié plutôt que le contrôle, afin de soutenir les établissements dans leurs démarches d'amélioration continue de la qualité des soins. Le financement à la qualité, à l'épisode de soins ou encore en fonction du volume de la population à soigner offre des opportunités pour un système de santé plus efficient, centré sur le patient et répondant aux défis actuels et futurs de la santé publique. En mettant l'accent sur la coordination, la qualité et la prévention, le système de santé pourra progresser vers une meilleure prise en charge des patients, assurant ainsi une meilleure santé pour tous.

La coordination des acteurs de soins est un enjeu majeur dans le système de santé moderne, visant à optimiser les parcours de soins et à offrir une prise en charge efficiente et personnalisée aux patients. Cependant, les financements actuels présentent des limites significatives qui entravent la pleine réalisation de cet objectif. Parmi les principales difficultés rencontrées, on note le manque d'incitation à la coordination, le manque de prise en compte de la qualité des soins et le manque d'incitation à la prévention.

D'une part, le système actuel de financement ne favorise pas suffisamment la coordination entre les acteurs de soins. Les établissements de santé, qu'ils soient publics ou privés, ont des objectifs financiers distincts, ce qui rend difficile la mise en place de collaborations fructueuses. La concurrence entre les établissements peut également créer des tensions et empêcher une coordination harmonieuse. Cette situation est d'autant plus problématique dans le contexte de la transformation numérique en santé, où la collaboration entre les acteurs est essentielle pour une

utilisation optimale des nouvelles technologies. Il est donc primordial de développer des financements à la coordination, qui conviendraient à l'ensemble des acteurs impliqués dans le parcours de soins, afin de les inciter à travailler ensemble pour le bien des patients.

D'autre part, la qualité des soins n'est pas suffisamment prise en compte dans les financements actuels. La Tarification à l'Activité (T2A), qui se base sur le volume d'activité réalisé par les établissements de santé, ne favorise pas nécessairement la qualité des soins prodigués. En mettant l'accent sur la quantité plutôt que sur la pertinence des actes médicaux, la T2A peut entraîner une surmédicalisation et une dégradation de la qualité des soins. Pour améliorer la qualité des prises en charge, il serait judicieux de baser une partie des financements sur des critères de qualité, tels que les indicateurs de résultats et la satisfaction des patients. Cela encouragerait les établissements de santé à fournir des soins de haute qualité, tout en favorisant une meilleure coordination entre les acteurs impliqués.

Ensuite, le manque d'incitation à la prévention est un autre défi majeur dans le système de santé actuel. La prévention joue un rôle crucial dans la réduction des coûts de prise en charge et dans l'amélioration de la santé globale de la population. Cependant, les financements actuels ne sont pas suffisamment axés sur la prévention, ce qui peut entraîner des difficultés de prise en charge dans les établissements de santé. Il serait nécessaire de réorienter une partie des financements vers des actions de prévention, telles que la promotion de modes de vie sains, le dépistage précoce des pathologies, et le suivi régulier des patients atteints de maladies chroniques. Cela contribuerait à réduire le nombre d'hospitalisations évitables et à améliorer la santé globale de la population.

Par ailleurs, la mise en place de financements basés sur l'épisode ou le parcours de soins pourrait être une solution prometteuse pour améliorer la coordination et la qualité des soins. Ce type de financement impliquerait le paiement forfaitaire par patient pour un ensemble de services fournis par plusieurs acteurs de santé pour une population donnée. Ainsi, les acteurs de santé seraient incités à collaborer pour offrir une prise en charge complète et efficace, tout en se concentrant sur la qualité des soins prodigués. L'approche populationnelle permettrait de mieux prendre en compte les besoins spécifiques de chaque patient et d'améliorer la traçabilité des informations tout au long du parcours de soins.

Cependant, il est essentiel de noter que la transition vers un nouveau modèle de financement ne se fera pas sans défis. Les établissements de santé devront s'adapter à ces nouvelles méthodes de financement, ce qui pourrait nécessiter des ajustements organisationnels et des investissements dans des outils numériques adaptés. De plus, il est crucial d'impliquer les professionnels de santé dans la conception de ces nouvelles réformes, afin de garantir leur adhésion et leur participation active à la coordination des parcours de soins.

Le chef de l'État a demandé une étude pour évaluer les potentielles évolutions de la T2A. Cette évaluation est une opportunité pour repenser les modèles de financement et pour se diriger vers une approche plus centrée sur la qualité des soins et la coordination des acteurs. Néanmoins, il convient de considérer les différentes réalités et spécificités des établissements de santé, qu'ils soient publics ou privés, pour garantir la faisabilité et l'efficacité des nouvelles réformes.

En conclusion, les enjeux de financement dans la coordination des acteurs de soins sont cruciaux pour améliorer la qualité et l'efficacité du système de santé. Les limites actuelles doivent être prises en compte, et des réformes appropriées doivent être envisagées pour encourager la collaboration entre les acteurs, favoriser la qualité des soins et promouvoir la prévention. Le financement basé sur l'épisode, le parcours de soins et le financement populationnel offrent des perspectives prometteuses, mais sa mise en œuvre nécessite une approche réfléchie et adaptée aux réalités du terrain. En impliquant les professionnels de santé et en promouvant l'innovation numérique, le système de santé pourra progresser vers une meilleure coordination des acteurs, au bénéfice de la santé de la population.

## **IV. Innovation en santé, les nouveaux outils de coordination**

### **A. Les expérimentations d'innovations en santé**

L'implémentation de l'article 51 a montré des résultats encourageants. Prenons l'exemple de l'expérimentation d'une unité de consultation pour les personnes handicapées. Cette initiative a permis de répondre à des besoins spécifiques en évitant l'isolement et le manque de suivi pour ces patients vulnérables. L'accès aux soins s'est amélioré, et cette approche pourrait être étendue pour bénéficier à un plus grand nombre de personnes isolées ou en situation de handicap.

Cependant, les autres outils tels que les DAC en Santé sont encore en phase d'évaluation. Le processus de mise en place des DAC est complexe, ce qui suscite des interrogations quant à leur réelle utilité et leur valeur ajoutée par rapport aux structures déjà existantes. Certaines parties prenantes estiment que les nouveaux dispositifs manquent de clarté et créent des surcouches administratives, nécessitant davantage de coordination et de gestion de projet.

Les expérimentations telles que l'article 51, les DAC et les CPTS sont activés comme des moyens d'améliorer la coordination et la prise en charge des patients. Des exemples d'expérimentations réussies en Occitanie sont décrits, démontrant des approches innovantes de financement et de coordination des acteurs de santé. Cependant, il est souligné que ces expérimentations ne sont pas une solution universelle et qu'il est important de maintenir une agilité et une évaluation pour ne pas compromettre l'efficacité des innovations.

Les innovations en santé ont du potentiel, il faut accompagner le changement. Le système de santé est en constante évolution car il y a de nouvelles techniques ou de nouvelles problématiques de ressources humaines ce qui demande d'être créatif afin de répondre à la demande qui est toujours croissante

Il est nécessaire de garder à l'esprit la dynamique de l'obsolescence et de maintenir un cycle d'innovation rapide.

L'innovation en santé est une nécessité pour répondre aux évolutions constantes du système de santé, telles que l'émergence de nouvelles techniques médicales ou les problématiques liées aux ressources humaines. Cependant, il est essentiel d'accompagner ces changements pour assurer leur succès et leur intégration harmonieuse dans le système de santé. L'article 51 semble être un bon outil pour faciliter l'accès aux soins, mais une coordination étroite entre les différents acteurs et une évaluation continue sont essentielles pour garantir son efficacité.

## **B. Le déploiement de ces innovations à l'ensemble du système de santé français**

Le déploiement à grande échelle de ces innovations nécessite une approche concertée et une volonté politique forte. Pour l'article 51, il est crucial de mettre en place un cadre réglementaire clair et des moyens financiers adéquats pour inciter les établissements de santé à s'engager dans ces expérimentations. Des formations spécifiques pour le personnel médical sont également nécessaires pour assurer la qualité des soins et la prise en charge appropriée des patients.

Pour les DAC et les CPTS, leur généralisation à l'ensemble du système de santé français demande une coordination efficace entre les acteurs impliqués. Il est primordial d'impliquer les professionnels de santé, les gestionnaires hospitaliers, les assureurs et les pouvoirs publics dans ce processus. L'allocation de ressources financières suffisantes et la mise en place d'indicateurs de suivi et d'évaluation sont essentielles pour mesurer l'impact de ces initiatives sur la coordination des parcours de soins et sur la qualité des soins fournis aux patients.

Le processus de mise en œuvre des innovations en santé est souvent long et complexe, nécessitant une simplification et une régionalisation pour faciliter l'adhésion des établissements de santé. La création d'un responsable au niveau des tutelles pour accompagner les établissements dans la mise en œuvre de ces outils pourrait être une solution pour surmonter ces obstacles.

Les expérimentations telles que l'article 51, les DAC et les CPTS montrent des résultats variables, mais leur potentiel pour améliorer la coordination des soins est indéniable. Il est important de garder à l'esprit que ces outils ne constituent pas une solution universelle et que leur efficacité dépendra du contexte et des besoins spécifiques des patients. Une approche agile et une évaluation continue sont essentielles pour maintenir leur pertinence et leur efficacité dans un système de santé en constante évolution.

La coordination des parcours de soins des patients est un enjeu crucial pour améliorer la qualité des soins et l'efficacité du système de santé français. Les innovations en santé, telles que l'article 51, les DAC et les CPTS, représentent des outils prometteurs pour atteindre cet objectif. L'expérimentation de l'article 51 a montré des résultats positifs dans l'amélioration de la

coordination des acteurs dans le parcours de soins des patients, mais des défis subsistent quant à sa généralisation.

Les DAC et les CPTS ont le potentiel de renforcer la coordination des interventions pour les parcours de soins complexes, mais leur mise en œuvre demande une coordination étroite entre les différents acteurs du système de santé et une évaluation régulière de leur efficacité. La réussite de ces innovations dépendra de la volonté politique, de l'allocation de ressources adéquates et de l'accompagnement des professionnels de santé dans leur mise en œuvre.

En somme, la coordination des parcours de soins nécessite une approche holistique, intégrant des innovations efficaces et adaptées aux besoins spécifiques des patients. L'évolution du système de santé français repose sur la capacité à innover, à évaluer les résultats et à ajuster les pratiques pour offrir une prise en charge optimale aux patients.

# Conclusion

---

Tout au long de cette étude, le parcours de soins du patient actuel mais également celui de demain a été étudié et analysé afin de savoir comment optimiser la coordination des acteurs. Plusieurs outils précités, ont été pensés afin de tendre vers cette optimisation.

Dans un premier temps, ce sont des outils réglementaires et législatifs qui ont été mis en place comme l'apparition de nouvelles réformes destinées à réorganiser l'offre de soins, des obligations de conventionnement entre établissement, des obligations de contrôles ou encore des obligations d'évaluations par une présence plus soutenue des tutelles. Le caractère obligatoire de ces outils apporte aux établissements et aux professionnels un certain cadre avec un suivi de la part des tutelles et améliore la performance des parcours de soins en particulier à travers le partage des ressources. Ces outils sont indispensables au bon déroulement et à la bonne prise en charge des patients car ils permettent d'assurer la continuité des parcours de soins inter-établissement. Ainsi, ils visent à atteindre une meilleure qualité et des soins plus adaptés pour répondre aux mieux aux besoins des patients.

Dans un second temps, sont apparues les nouvelles technologies qui ont permis l'émergence du numérique dans le domaine de la santé, un véritable tremplin pour améliorer les pratiques des professionnels soignants. Ces outils sont venus bouleverser la façon de communiquer des soignants, ils viennent regrouper l'information médicale à un endroit afin de simplifier le partage d'information et la communication entre les professionnels pour pouvoir mieux prendre en charge les patients. Ils apportent aux professionnels un gain de temps, une efficacité et surtout, ils évitent les ruptures dans les parcours de soins notamment grâce à l'arrivée de la télémédecine.

Dans un dernier temps, ce sont des outils innovants tels que l'article 51, les DAC, les CPTS ou encore les maisons pluridisciplinaires qui ont fait leur apparition dans le cadre d'expérimentations en santé. Ces innovations ont un fort potentiel, en particulier pour répondre aux évolutions constantes du système de santé actuel ainsi que pour répondre à des besoins spécifiques qui



concernent des parcours de soins complexes. Grâce à ces innovations, il y a une amélioration de la coordination et un meilleur accès aux soins pour les patients.

Tous ces outils, à leur niveau, ont donné l'occasion d'améliorer les prises en charge et donc d'optimiser la coordination des acteurs dans les parcours de soins.

Néanmoins, ces outils ne semblent pas être suffisants et s'avèrent bien trop complexes dans leur mise en œuvre et dans leur accessibilité car de nombreuses contraintes subsistent. Ceci s'explique d'abord par la multitude de réformes qui ne cessent de s'ajouter les unes aux autres et par les trop nombreuses obligations qui en découlent. Les établissements souhaitent améliorer les parcours de soins mais n'y parviennent plus car ne comprennent plus le sens de ces nouveaux procédés jugés bien trop complexes et trop nombreux. Les conventions faites ne sont parfois plus à jour et le procédé devient donc obsolète, de plus, les établissements n'ont pas le sentiment d'être une même équipe et il n'y a de ce fait pas de cohésion entre eux.

En outre, les outils technologiques mis en place avec la e-santé ne suivent pas leur objectif premier qui est de faciliter le partage d'information et la communication et de faire gagner du temps. En effet, certains logiciels ne communiquent pas et pour les autres ils ne sont pas utilisés correctement, tout le monde ne peut pas se les procurer par manque de moyens ou encore d'autres peinent à les utiliser par manque d'adaptation. Par-dessus cela, s'ajoute la problématique de l'accompagnement des professionnels dans les changements ce qui implique une mise en œuvre de la e-santé très difficile. Il y a encore du chemin à parcourir avant que le numérique ne révolutionne les pratiques et ne devienne ainsi l'outil indispensable dans l'optimisation des acteurs des parcours de soins mais la volonté est présente et de ce fait rien n'est impossible.

Les avancées dans le domaine de la santé, telles que l'initiative novatrice Onco'Link axée sur les thérapies orales, démontrent une approche prometteuse pour la prise en charge des patients sous traitement anticancéreux oral. Cette initiative établit une collaboration entre les professionnels de la santé en organisant des équipes structurées autour de séquences de travail qui valorisent la contribution de chaque intervenant. Ces initiatives offrent un aperçu de l'efficacité potentielle d'une coordination ville-hôpital pour le suivi des patients, en améliorant l'efficacité globale du système de soins.

Ces expériences, particulièrement pertinentes pour les maladies chroniques, révolutionnent l'approche de rémunération en accordant une compensation équitable à chaque acteur en fonction de sa charge de travail. Il est essentiel de noter que, durant les phases expérimentales de telles initiatives, les établissements participants sont requis à présenter des rapports détaillés. Ces évaluations permettent de déterminer les ressources humaines et matérielles nécessaires pour chaque séquence de soins, influençant ainsi la rémunération appropriée.

Cependant, il est crucial de reconnaître que la mise en place de ces parcours, modèles d'organisation et schémas de financement innovants, implique une période substantielle pour leur conception et leur implémentation. Le principal risque réside dans la possible obsolescence de ces outils, compte tenu de la rapide évolution du système de santé français.

L'orientation vers de nouveaux modes de rémunération, tels que le financement basé sur le parcours de soins ou les épisodes de traitement, présente une opportunité significative pour les divers acteurs du domaine médical. Cela leur permet de jouer un rôle central dans la création d'une offre de soins centrée sur le patient, reflétant ainsi l'évolution constante des besoins de la population et des avancées médicales.

En dépit de ces outils mis à la disposition des patients et du personnel, le parcours de soins reste perturbé par certains facteurs et des changements doivent être opérés. Le Projet Régional de Santé (PRS) 2023-2028 qui sera publié en novembre 2023 tend à remédier à certains problèmes tout en répondant aux enjeux sociaux auxquels est confronté le système de santé actuel.

Parmi ces enjeux, figure la situation de précarité de certaines populations du territoire en grande partie expliquée par l'augmentation des déserts médicaux. Le PRS favorise la réduction des inégalités sociales de santé en garantissant des soins accessibles, adaptés et de qualité ou encore à l'amélioration du parcours de santé en les rendant plus fluides, lisibles et qui répondent aux besoins des patients. Si l'on prend l'exemple de la région Occitanie, il s'agit de la deuxième plus vaste région de France pourtant, la population ne cesse d'augmenter. Entre 2013 et 2019 cette hausse représente 0.7%, ceci s'explique notamment par le recul du vieillissement de la population qui représente actuellement 24%. De même, l'Occitanie est la région de France la plus pauvre

avec une personne sur six en situation de pauvreté. Cette précarité est inégalement répartie sur le territoire car ils sont davantage regroupés dans les espaces ruraux éloignés. Ceci a un impact important sur la santé car, du fait de ce vaste territoire et de cette forte pauvreté, il y a de fortes inégalités en termes d'accès aux soins. Pourtant, c'est bien cette population qui est le plus exposée aux risques professionnels (accident de travail, exposition aux produits chimiques) et aux risques de développer des maladies (alcoolisme, diabète, tabagisme)

Afin d'atteindre les objectifs fixés nationalement, le PRS va devoir s'appuyer sur le numérique pour répondre aux différents enjeux tels que les inégalités d'accès aux soins. Pour cela, dans la continuité de la stratégie "Ma Santé 2022" qui a permis un rattrapage du retard du système dans le domaine de la e-santé, une nouvelle feuille de route du numérique en santé 2023-2027 va voir le jour. Cette nouvelle stratégie va accentuer l'évolution des technologies en santé afin de poursuivre les efforts entrepris par les acteurs du terrain et ainsi consolider leurs acquis. La e-santé est l'avenir du système de santé en France, elle va venir répondre aux défis majeurs que celui-ci rencontre actuellement. Ainsi, accentuer le numérique au service de la santé va permettre de faciliter l'accès aux soins, de développer la prévention ou encore d'améliorer la qualité des prises en charge à travers l'optimisation de la coordination des acteurs.

# Bibliographie

---

## I. Les ouvrages généraux, manuels

### A. LOPEZ

Réguler la santé - 2013

### C. KELLER et M. LOUAZEL

Management en santé - 2018

### BIOY X

« Le droit d'accès aux soins : un droit fondamental ? *in L'accès aux soins. Principes et réalités*, actes du colloque IFR n° 8, Presses de l'université Toulouse 1 Capitole, p. 37 - 2009

### E. MERCIER

« Le parcours de soins du patient : du processus global à l'émergence de la e-santé » - *LEH Edition, chapitre 1 - 2023*

### C. DAGORN ; D. GIORGI ; A. MEUNIER

« Bilan d'étape des groupements hospitaliers de territoire (GHT) – Rapport IGAS - 2019

### O. BABINET ; C. ISNARD BAGNIS

« La e-santé en question(s) » - Presses de l'EHESP – 2020

### G. Delannoy

« Les maisons de santé pluriprofessionnelles : enjeux et perspectives »- *La Revue de médecine interne*, 37(12), 783-790 – 2016

### M. Moquet

« Les maisons de santé pluriprofessionnelles en France : état des lieux en 2019 » - *Santé publique*, 31(1), 107-114 – 2019

## **IGAS**

« Rapport sur les réseaux de santé. » - Rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) ». - 2020

## **II. Les revues**

### **G. HAMEL ; Y. DOZ ; C.K PRAHALAD**

« Cooperate with Your Competitors – and Win » - *Harvard Business Review*, n° 67 - 1989.

### **F. LE ROY**

« La concurrence. Entre affrontement et connivence » - *Revue française de gestion*, vol. 30, n° 148, p. 149-152 – 2004

### **E. CARGELLO-CHARLES ; I. FRANCHISTEGUY-COULOUME**

« Le parcours de soins, un levier vers une intégration des soins ? » - *Gestion 2000*, p.73 – 2019

### **C. KELLER ; M. LOUAZEL**

« La coopération territoriale hospitalière » - *Le management en santé*, p. 97 à 119 - 2018

### **X. BONNET ; F. PONCHON**

« Fiche 46. Les modalités de coopérations » - *L'utilisateur et le monde hospitalier*, p. 249 à 253 - 2018

### **O. BENTAHAR ; M. BEAULIEU ; H. DELACOUR ; E. DICESERA**

« Les barrières et les leviers de l'adoption d'une innovation médicale » - *Gestion 2000*, vol. 38, p.119 à 141 – 2021

### **C. GEKIERE ; S. SOUDAN**

« Dossier patient informatisé et confidentialité : évolution des modèles et des pratiques. « Le diable gît dans les détails » » - *L'information Psychiatrique*, vol. 91, p. 323 à 330 – 2015

### **III. Articles, chroniques, rapports, journal**

#### **C. GARDEL et E. MINVIELLE**

Évaluation des pratiques professionnelles, certification et performance hospitalière - Journal d'économie médicale- 2008

#### **A.J. MEILLE ; M.L. DASSIE ; DR.L. LABREZE**

« Le dossier médical informatisé » - Système d'information santé et hospitalier

#### **I. GENOT-POK**

« Le DMP, c'est reparti... » - Gestions Hospitalières, n°582 – janvier 2019

#### **A. MARIE**

« Dossier patient informatisé (DPI) » - CloudlyYours – 2020

#### **Site Web HAS**

La certification des établissements de santé pour la qualité de soins - 26 novembre 2020

#### **Site Web HAS**

Dotation financière pour l'amélioration de la qualité - 21 décembre 2021

#### **Site Web Vie Publique**

« Un projet global pour la stratégie nationale de santé – 19 recommandations du comité des « sages » » - Maj le 21 juin 2023

#### **Site Web Santé. Gouv**

« Quelle forme juridique pour quels besoins ? » – juin 2017

#### **Site Web ANAP**

Guide méthodologique des coopérations territoriales – 2018

#### **Site Web Santé. Gouv**

Le groupement de coopération sanitaire

### **Site Web Santé. Gouv**

Groupements hospitaliers de territoire (GHT)

### **Site Web Légifrance**

### **Site Web Santé. Gouv**

La petite histoire de la e-santé

### **Site Web ARS**

La lettre de liaison ville-hôpital – 20 février 2018

### **Site Web HAS**

Téléconsultation et téléexpertise – Mai 2019

### **Site Web Vie Publique**

La télémédecine, une pratique en voie de généralisation – 7 septembre 2020

### **Site WEB MAIA Bordeaux**

<https://www.gironde.fr/maia>.

### **Site WEB Réseau ONCO-NORMANDIE**

<https://www.onco-normandie.fr>.

### **Site WEB Réseau Périnat Occitanie**

<https://www.perinat-occitanie.fr/>.

### **Site WEB MAIA Lyon**

<https://maialyon.fr/>.

### **Site WEB Therapies orales**

<https://therapiesorales-onco-link.fr/presentation-du-projet/>.

### **Site WEB DAC**

<https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/structures-de-soins/les-dispositifs-d-appui-a-la-coordination-dac/article/tout-comprendre-des-dispositifs-d-appui-a-la-coordination>.

**Site WEB DAC Occitanie**

[https://www.occitanie.ars.sante.fr/mise-en-place-des-dispositifs-dappui-la-coordination-dac-0.](https://www.occitanie.ars.sante.fr/mise-en-place-des-dispositifs-dappui-la-coordination-dac-0)

**Site WEB CPTS**

[https://www.cptsberange.org/.](https://www.cptsberange.org/)

**Site WEB CPTS Occitanie**

[https://www.guichet-cpts-occitanie.org/presentation-du-dispositif/.](https://www.guichet-cpts-occitanie.org/presentation-du-dispositif/)



# Table des matières

---

<b>SOMMAIRE</b>	<b>3</b>
<b>ACRONYMES</b>	<b>5</b>
<b>REMERCIEMENTS</b>	<b>9</b>
<b>INTRODUCTION</b>	<b>10</b>
<b>PARTIE 1 : LA REVUE DE LITTÉRATURE</b>	<b>18</b>
<b>CHAPITRE 1 – Le parcours de soins</b>	<b>19</b>
I. La reconnaissance des droits du patient révélant de nouvelles contraintes	19
A. Le parcours de soins pillar fondateur de la sacralisation des droits du patient	20
B. L'étendue des droits des patients donnant naissance à la prise en considération de situations nouvelles	21
II. Une réglementation actuelle construite autour des besoins du patient dans un objectif de coopération	23
A. La consécration d'outils réglementaires donnant lieu à une coopération entre établissements	23
B. L'apparition de nouveaux outils stratégiques dans les politiques actuelles au travers du numérique	25
III. La mise en œuvre de procédures de contrôle par les autorités permettant de coordonner les attentes avec la réalité	28
A. Le pouvoir de contrôle de l'ARS ponctuel mais également permanent	29
B. La procédure de certification mise en œuvre par l'HAS	31
<b>CHAPITRE 2 – Les outils de coopérations</b>	<b>34</b>
I. Les coopérations institutionnelles	36
A. Groupement d'Intérêt Économique (GIE)	36
B. Groupement d'Intérêt Public (GIP)	37
C. Groupement de Coopération Sanitaire – Social/médico-social (GCS/GCSMS)	38
II. Les coopérations fonctionnelles	43
A. La Convention	43
B. Groupement Hospitalier de Territoire (GHT)	45
<b>CHAPITRE 3 – Les outils de coordination</b>	<b>49</b>
I. La e-santé : le développement d'outils de coordination numérique	52
A. Le Dossier patient informatisé (DPI)	53
B. Le Dossier médical partagé (DMP)	56
C. La télémédecine	59
II. Les dispositifs d'innovations en santé : outils pour la coordination des soins	64
A. Les maisons pluriprofessionnelles	66
B. Les réseaux en santé et les MAIA	68
C. Les dispositifs d'appui à la coordination (DAC)	70
D. Les Communautés Professionnelles Territoriale en Santé (CPTS)	73
<b>PARTIE 2 : LA MÉTHODOLOGIE</b>	<b>77</b>
<b>CHAPITRE 1 – Identification des besoins de notre enquête</b>	<b>78</b>
I. La méthode envisagée	78
II. Composition de l'échantillon en vue de l'entretien	78
A. La technique des 3QPOC	78

B.	Les hypothèses soulevées	79
C.	Le corps de métier identifié	80
<b>CHAPITRE 2 – Le choix de la méthode d’analyse en cohérence avec l’étude prévisionnelle</b>		<b>81</b>
I.	La phase préparatoire de l’entretien semi directif	81
II.	La réalisation de l’entretien	82
<b>PARTIE 3 : RÉSULTATS ET DISCUSSIONS</b>		<b>84</b>
<b>CHAPITRE 1 – Résultats de l’enquête</b>		<b>85</b>
I.	Amina Vignoli	85
II.	Marina Beija	88
III.	Christelle Bechard	90
IV.	Philippe Pisapia	93
V.	Jean-Jacques Morfoisse	96
VI.	Romain Vignoli	101
VII.	Elisabeth Cervera	104
VIII.	Fanny Ribera	106
IX.	Pascal Delubac	109
<b>CHAPITRE 2 – Discussion</b>		<b>115</b>
I.	La place des tutelles et les conventions de coopération	115
A.	Les conventions de coopérations	115
B.	La place des tutelles	118
II.	La place de la e-santé dans la coordination des acteurs	122
A.	Le numérique en santé	122
B.	Les logiciels de partage d’information	124
C.	La télémédecine	127
III.	Les financements sont-ils justes ? efficaces ? efficaces ?	128
IV.	Innovation en santé, les nouveaux outils de coordination	131
A.	Les expérimentations d’innovations en santé	131
B.	Le déploiement de ces innovations à l’ensemble du système de santé français	133
<b>CONCLUSION</b>		<b>135</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE</b>		<b>139</b>
I.	Les ouvrages généraux, manuels	139
II.	Les revues	140
III.	Articles, chroniques, rapports, journal	141
<b>TABLE DES MATIÈRES</b>		<b>144</b>
<b>ANNEXES</b>		<b>146</b>
I.	Annexe 1 : retranscription entretien avec Amina Vignoli	146
II.	Annexe 2 : retranscription entretien avec Marina Beija	146
III.	Annexe 3 : retranscription entretien avec Christelle Béchard	146
IV.	Annexe 4 : retranscription entretien avec Philippe Pisapia	146
V.	Annexe 5 : retranscription entretien avec Jean-Jacques Morfoisse	146
VI.	Annexe 6 : retranscription entretien avec Romain Vignoli	146
VII.	Annexe 7 : retranscription entretien avec Elisabeth Cervera	146
VIII.	Annexe 8 : retranscription entretien avec Fanny Ribera	146
IX.	Annexe 9 : retranscription entretien avec Pascal Delubac	146
<b>RÉSUMÉ</b>		<b>147</b>

# Annexes

---

- I. Annexe 1 : retranscription entretien avec Amina Vignoli**
- II. Annexe 2 : retranscription entretien avec Marina Beija**
- III. Annexe 3 : retranscription entretien avec Christelle Béchard**
- IV. Annexe 4 : retranscription entretien avec Philippe Pisapia**
- V. Annexe 5 : retranscription entretien avec Jean-Jacques Morfoisse**
- VI. Annexe 6 : retranscription entretien avec Romain Vignoli**
- VII. Annexe 7 : retranscription entretien avec Elisabeth Cervera**
- VIII. Annexe 8 : retranscription entretien avec Fanny Ribera**
- IX. Annexe 9 : retranscription entretien avec Pascal Delubac**

# Annexe 1 : Retranscription entretien avec Amina Vignoli du 20 avril 2022 : 26.21minutes

## Introduction

---

1. Présentez-vous-en quelques mots (Parcours, poste, mission, durée d'occupation...)

Je suis actuellement cadre de santé depuis janvier 2022 dans un établissement à but non-lucratif qui assure essentiellement la prise en charge de patient atteint de handicap.

J'ai fait une formation infirmière et j'ai travaillé en tant que tel, puis j'ai fait l'école des cadres de santé. J'étais cadre de santé dans la fonction publique hospitalière et après, j'ai basculé dans le privé, donc j'étais en SMR fonctionnelle et puis pour un projet personnel, j'ai souhaité changer et intégré l'établissement dans lequel je suis actuellement.

Je réalise des missions de directrice des soins. Mon rôle est de manager sur l'ensemble de l'établissement, toutes les équipes, infirmières et aide-soignante avec l'appui des infirmières de coordination que j'ai dans les secteurs, et de coordonner la prise en charge des patients.

## Partie 1. La place des tutelles et les conventions de coopérations

---

1. L'obligation de conventionner avec un établissement est-ce pour vous une aide ou bien une véritable contrainte ?

Actuellement, dans mon cas, c'est une aide. Par exemple, on est conventionné avec le CHU et c'est pour moi une aide du point de vue de la file active. Le conventionnement nous permet, sur un plan des entrées, de faciliter celle-ci, car on sait qu'on travaille essentiellement avec le CHU et que 90 % de nos patients viennent du CHU. Ensuite, ça facilite aussi toute la gestion du quotidien parce qu'on partage nos ressources.

Par exemple, on partage le temps d'infirmière hygiéniste parce que pour nous, petit établissement, c'est difficile d'avoir une infirmière hygiéniste. Normalement, le temps qui est financé dans un établissement de taille comme le nôtre est de 0,4. Donc c'est difficile de trouver une personne qui voudra travailler à 0,4. Donc, là, on a fait valoir notre convention auprès du CHU, et il nous met à disposition une infirmière hygiéniste à 40 %.

On partage aussi du temps de travail médical. On a des médecins qui travaillent sur notre établissement et qui sont aussi à disposition du CHU et inversement. On a aussi les internes par exemple du CHU qui viennent faire des gardes dans notre établissement.

Il y a toujours eu cette relation privilégiée, on a donc préféré l'écrire par une convention.

Pour moi, ça facilite énormément le travail en réseau et ça facilite les ressources quand tu en as besoin.

Si je devais donner une contrainte, ce serait de se sentir quelquefois contraint de rendre l'appareil. Vu qu'ils nous donnent du temps de travail parce qu'ils ont les ressources, vu que c'est un établissement CHU à grande taille, quand ils nous demandent un service, et qu'on n'a pas forcément envie, on doit le faire, on n'a pas vraiment le choix.

2. La présence de plusieurs établissements dans la prise en charge du patient n'altère-t-il pas le suivi du patient ? (Information bien transmise, qualité de soins, suivi)

Si j'explique le processus, le CHU nous fait les demandes par Viatrajectoire. On va ensuite étudier le dossier et Viatrajectoire. Mais souvent, le dossier n'est pas bien rempli. Donc on va devoir appeler derrière le service pour essayer d'avoir le maximum d'information possible pour préparer l'arrivée du patient. Il y a quand même, même si on met des outils en place, cette nécessité d'avoir la relation humaine et d'appeler derrière, c'est pour ça que j'ai mis en place, depuis le début de l'année dernière, des infirmières de coordination sur les différents secteurs.

Le rôle primordial de l'infirmière va être de gérer les entrées et les sorties des patients. On sait que le patient va arriver. En commission d'admission avec les médecins et les cadres, on va valider le dossier Viatrajectoire et, après ce dossier, je le donne à l'infirmière de coordination qui va appeler le service pour savoir comment est le patient ou bien savoir le matériel dont il a besoin à son arrivée pour préparer son arrivée le mieux possible.

Le service est facilement joignable à condition d'appeler à la bonne heure en fonction de leurs charges de travail, comme ne pas appeler le matin. Une fois que tu as obtenu le bon numéro du bon service en passant par les secrétaires médicales, c'est assez facile à faire et après, ils donnent toutes les informations dont on a besoin.

On a travaillé sur une check-list pour bien détailler toutes les informations qu'on souhaite avoir pour l'arrivée du patient. Les infirmières de coordination suivent ensuite la check-list pour demander un maximum de choses.

Après, pas tout le monde joue le jeu et il existe de rares cas où il y a des surprises. Le patient tel qu'il a été décrit au téléphone, quand il passe la porte, est différent. Si le patient est très lourd, l'établissement adresseur craint qu'ils ne les prennent pas. Si sa prise en charge est lourde, ils ne vont pas tout dire au téléphone, car ils craignent le refus, malgré la convention. Ils vont donc un peu enjoliver les choses. Mais nous, on sait bien que la prise en charge dans l'établissement dans lequel je suis est très lourde donc on n'a pas d'a priori par rapport à ça. On sait notre spécialité et on sait qu'elle est contraignante.

3. Comment arrivez-vous à vous organiser entre vos patients, les urgences (s'il y en a) et l'adressage de patients qui proviennent d'autres établissements au niveau de la charge de travail ?

On ne réalise que des entrées programmées. On prévoit quand même le flux des patients au moment de la commission d'admission qui se tient toutes les semaines où on fixe nos entrées. Elles ne dépassent pas deux entrées par jour. Dans cette commission, il y a les médecins, et les cadres du service.

Si on refuse une personne, une demande, on est obligé de le justifier en mettant un motif notamment s'il s'agit d'un manque de place.

4. Pensez-vous que le contrôle réalisé par les tutelles est-il correct et justifié, notamment la certification, pensez-vous que leur place dans l'établissement est justifiée ?

Ça dépend à quel niveau. Je pense personnellement que la certification permet de remettre tout le monde dans le cadre et de dire qu'il y a des choses qui se font et des choses qui ne se font pas.

La vérité, c'est qu'au quotidien, il n'y a pas grand monde qui respecte stricto sensu les règles de la qualité et les bonnes pratiques. Le fait d'avoir toujours cette certitude sur la tête permet de savoir s'il faut faire des ajustements et revoir les pratiques. Pour moi, les audits doivent aussi servir à ça.

Je pense que ce n'est pas trop rigoureux et je ne les vois pas comme des contraintes. Après, il y a des choses qui ne servent à rien. Par exemple l'aurore, je ne comprends toujours pas pourquoi, tous les jours, tous les week-ends, on doit remplir le nombre de lits qu'on a. Je ne vois pas ce que ça peut apporter. De toute façon, on n'est pas obligé de garder un certain nombre de lits libre en cas de catastrophe. On peut faire ce qu'on veut de nos lits, mais on est obligé de remplir cette information. Je trouve que c'est un peu trop de le remplir tous les jours.

5. Une fois le contrôle réalisé et les remarques soulevées, il y a-t-il un impact, un changement de la part de l'établissement, les remarques sont-elles vraiment prise en compte ?

Oui, s'il y a des remarques, on va les intégrer dans notre pacs et on va essayer de travailler dessus par la suite. On risque de ne pas le faire dans l'immédiat, mais c'est un projet, on sait qu'on l'a et que c'est sur ça qu'on doit travailler.

6. Constatez-vous une montée de l'omniprésence des tutelles dans la prise de décisions de la direction des établissements qui s'accroît de plus en plus ?

Dans mon cas où c'est un établissement à but non-lucratif, j'ai envie de dire qu'ils sont omniprésents, mais c'est plutôt une aide. Si tu as une réelle relation avec l'ARS, c'est très aidant pour tes différents projets que tu veux développer. Pour les établissements à but lucratif, je ne peux pas me prononcer.

Mais dans le monde non-lucratif, c'est vraiment une aide, car on a travaillé sur 2-3 projets depuis que j'y suis et vraiment, ils ont toujours été d'une aide incroyable.

## Partie 2. La place de la E-santé dans la coordination des acteurs

---

1. En tant que manager, comment appréhendez -vous le parcours de demain avec les nouvelles mesures numériques mises en place, comment manager ses équipes face à ces changements ? Le parcours de soins peut être complété par le DMP ?

Alors nous, on n'est pas du tout DMP, mais c'est un choix.

Personnellement, je pense que c'est un outil intéressant parce que de toute façon, je pense qu'il va arriver un moment dans la société où on ne va pas avoir le choix. Il faut donc commencer à préparer les équipes pour l'utiliser, car s'il est bien utilisé, même si aujourd'hui, on ne s'en sert pas, ça peut faire gagner du temps sur certaines informations. Par exemple, on n'aura plus besoin d'appeler le service adresseur pour demander les informations. Mais il faut que tout le monde joue le jeu et que ça soit bien rempli par tous les acteurs de santé.

Après la question qui se pose c'est comment on va former ses professionnels de santé, comment on peut les sensibiliser car c'est vrai que dans la santé au niveau numérique on est quand même en retard malheureusement.

2. Si le personnel soignant à accès au dossier et peut compléter le dossier du patient, comment manager ses équipes au sein d'un établissement face à ces changements ? Avec l'intégration des nouveaux outils

Après nous en tant que manager, c'est accompagner ce changement derrière et sensibiliser nos équipes. Il faut leur expliquer l'intérêt et comment on leur fait dégager du temps surtout. Par exemple, remplir le DMP, ils vont le voir comme une charge administrative supplémentaire et qu'ils ne sont pas auprès du patient. Il y a toute une réflexion sur ça. Si on arrive à leur donner du sens, à expliquer l'intérêt et qu'on arrive à l'intégrer dans une organisation, il n'y a pas de raison.

Pour moi, tout peut se faire du moment qu'on arrive à organiser les choses et expliquer la finalité. Mais il faut absolument jouer le jeu.

3. Quels sont les limites au e-parcours de soins (avantages et inconvénients), existe-t-il une réticence des patients

Comme avantage, je dirai donc le gain de temps.

Concernant la réticence, je pense que c'est au niveau de la confidentialité surtout avec tous les risques de piratage, de divulgation de données. Je pense que ça soit les établissements ou les patients, la réticence porte sur cette problématique. Si demain, des dossiers sont piratés les informations des uns et des autres seront divulgués. Je pense que la limite, c'est vraiment par rapport à la sécurité.

Il y a aussi la question de la personne âgée qui n'a pas l'habitude et donc la question va être de savoir comment il va s'approprier l'outil. S'il y a des choses qu'il doit remplir ou qu'il va aller lire, c'est sûr que la personne âgée toute seule à la maison ne va pas le faire. C'est donc savoir comment adapter l'outil à ce type de population.

Et si on se base que sur ça, même si on ne peut pas, je pense se baser que sur ça, c'est comment soigner la personne âgée derrière. Si on se base que sur son dossier DMP, e-parcours, et qu'on n'a pas d'autres informations derrière, ça ne pourra pas marcher.

#### 4. Est-ce que la E-Santé est une solution aux problèmes actuels ?

Le problème actuel concerne pour moi les déserts médicaux. Je pense donc à la téléconsultation. Ça peut répondre à certains points, mais après ça rejoint la problématique des personnes âgées. Souvent, dans les zones rurales qui souffrent de déserts médicaux, c'est des personnes âgées qui y vivent. Si c'est des jeunes, oui, ils vont avoir accès à la téléconsultation, ils vont pouvoir se mettre devant une webcam, répondre au médecin. Si c'est une personne âgée, le problème n'est pas résolu. Elle va rester face à un manque de médecin quand elle va aller consulter.

C'est donc une réponse partielle pour moi.

Pour avoir fait une téléconsultation pendant le covid, il s'agit d'une pratique très ciblée, ce sont des questions très précises que le médecin pose sur un temps court. On sent que le médecin à un objectif et qu'il va assez vite. C'est pas du tout le contact direct où on est en discussion avec le médecin, on peut lui dire des choses, il peut nous poser des questions. Il est possible que d'un motif pour lequel on est venu consulter, il va poser d'autres questions qui vont ouvrir à d'autres motifs.

C'est beaucoup moins humain. Il y a, je pense derrière un risque. Quand j'ai demandé une téléconsultation, j'ai renseigné le motif et elle n'a porté que sur ce motif. On ne peut pas dévier ensuite. Donc comme je suis jeune et que c'était une consultation spécialisée ce n'était pas un souci, mais, pour une personne âgée qui est souvent polypathologique ce n'est pas la même chose. Puis le temps passé chez le médecin, c'est le contact humain pour cette dernière qui est isolée, mais en plus de ça, ce sont toutes les questions annexes autour auxquels le médecin ne répondra pas.

#### 5. Le manque de personnel soignant est-il selon vous un frein à la coordination du parcours de soins ? Et face à la pénurie de soignants, comment réorganisais la coordination ?

Oui, complètement, c'est un frein. La première chose que j'ai faite quand j'ai voulu retravailler le parcours patient dans mon établissement, c'est de mettre en place des infirmières de coordination. Le manque de personnel est vraiment pour moi un frein.

Après comment le réorganiser, ça revient à ce que je disais, c'est essayer de dégager du temps aux équipes présentes pour avoir des moments où ils peuvent coordonner le parcours, appeler les différents acteurs pour avoir les informations ou essayer d'avoir les informations par d'autres moyens et pour réfléchir justement à comment mieux fluidifier ce parcours. Se pose alors la problématique du recrutement.



## Partie 3. La question des financements dans la coopération des acteurs

---

1. Les modes de tarification sont-ils adaptés à l'évolution de votre établissement ? Est-ce que vous pensez que la rémunération que vous avez, est-elle adéquate ? (Enveloppe globale reçue pour l'établissement) Le mode de tarification est-il adapté à votre établissement ?

Je parle pour mon établissement, on a quand même des prises en charge assez lourdes, des patients qui des fois restent très longtemps et je pense qu'on n'est pas assez rémunéré par rapport à tout ce qu'on apporte aux patients, ne serait-ce que derrière tout le suivi social qu'on fait. Vu le type de patient qu'on a, il y a la prise en charge purement médicale quand ils arrivent au début et la prise en charge de rééducation, mais là, c'est basé sur le PMSI donc il y a un grand travail de rééducation qui est fait.

Il y a beaucoup de travail technique infirmier qui n'est pas valorisé parce que ce sont des patients très lourds. Tout ce qui pansement et tout ça s'est moins valorisé puisque c'est surtout la dépendance qui est valorisée alors que le temps technique infirmier par exemple n'est pas valorisé.

Et après, c'est le travail social qui est fait derrière pour la préparation de la sortie, le domicile ect.... Et tout ça, ça rentre dans une enveloppe globale ce temps global qu'on passe n'est pas valorisé à ça justement.

## Partie 4. Les innovations en santé

---

1. Pensez-vous que les expérimentations telles que l'article 51, permet une meilleure coordination, une meilleure prise en charge des patients ?

Complètement, puisqu'on a fait l'expérience dans mon établissement. On a monté une unité de consultation pour des personnes handicapées justement, pour éviter qu'elles soient isolées et qu'elle n'ait pas de suivi.

Donc cette unité propose des consultations spécialisées, gynéco, dentaire, ophtalmo ... pour des personnes atteintes d'un handicap. Il y a des infirmières de coordination qui sont là justement pour coordonner ce parcours. La personne est chez elle, à son domicile, prend rendez-vous avec nous pour un gynéco par exemple. Les infirmières derrière le voient, réalisent un questionnaire et elles vont prévoir, s'il y a besoin, un rendez-vous avec un ophtalmo et derrière. Il y a un suivi. Ces patients sont appelés pour savoir si tout va bien, s'ils ont besoin d'autres contacts ou autre.

Ce projet qu'on a fait est un projet article 51. Il s'agit d'un projet innovant, qui marche très bien aujourd'hui. On a même dépassé les attendus et le budget qui était prévu.

2. Ces expérimentation article 51 pour les personnes handicapées, est-ce qu'elles vous paraissent applicables à l'ensemble du système de santé ? Est-ce qu'on pourra l'étendre sur toute la France ?

Pour cette spécificité, oui, je pense qu'on peut l'étendre.

Enfin, n'y a pas de raison. Je ne vois pas le frein parce que je pense que les personnes atteintes d'un handicap sont assez isolées en termes de soins et elles ne peuvent pas forcément accéder à tous les lieux, ne serait-ce que physiquement pour avoir un suivi de leur état de santé en ville par exemple. Ça permet vraiment de favoriser l'accès aux soins pour les personnes atteintes de handicap.

Après, peut-être que le seul frein ça sera la connaissance du handicap. Nous, c'est une réussite parce qu'à la base, on est déjà un établissement qui connaît ce domaine, donc forcément, étant donné qu'on est spécialisé, on connaît déjà la population. C'est pour vraiment accueillir des personnes handicapées. Après, si on le met dans un établissement lambda, qui peut être ne connaît pas du tout, je ne saurais pas dire si ça marchera ou pas.

3. Pensez-vous que les nouvelles expérimentations telles que l'article 51, DACS, CPTS permet une meilleure coordination, une meilleure prise en charge des patients ? Existe-il une limite ?

Quand je vois moi, par exemple le DAC, on a commencé à en parler l'année dernière, c'est encore en train de se mettre en place. Ils n'ont pas encore recruté tous les effectifs nécessaires. On n'a pas encore vu d'impact dans les établissements pour fluidifier le parcours patient, mais le temps que tout se met en route, ça se trouve, les besoins des établissements et les besoins des patients auront changé, c'est certain, ce sont des organismes qui sont chronophages.

On pense que ça va faciliter les choses. C'est comme l'histoire des MAIA à un moment donné pour les personnes âgées. Tout le monde était content parce qu'on avait inventé une nouvelle antenne qui allait faciliter le maintien à domicile des personnes âgées et des services qu'on peut leur apporter. Au final, enfin moi pour avoir travaillé dans le médico-social avant, je n'ai jamais vu le bénéfice. Et du coup, on a regroupé tout ça dans le nouveau DAC, mais pareil, enfin pour moi, si ça reste purement administratif, on est loin du terrain et du besoin réel.

## Annexe 2 : Retranscription entretien avec Mariana Beija du 25.04.2023 : 37.15 minutes

### Introduction

---

1. Présentez-vous-en quelques mots (Parcours, poste, mission, durée d'occupation...)

Mariana Beija Consultante Cabinet Gohve

Je suis manager en conseil, depuis que je suis dans le cabinet, je travaille beaucoup sur des missions liées au parcours des patients et notamment tout ce qui concerne les innovations de l'article 51. Dès lors qu'une nouvelle idée apparaît, on travaille avec les acteurs de la santé pour les aider dans la démarche de réorganisation et d'accompagnement pour la mise en place. On les accompagne également sur les évaluations liées à l'organisation.

### Partie 1. La place des tutelles et les conventions de coopérations

---

1. L'obligation de conventionner avec un établissement est-ce pour vous une aide ou bien une véritable contrainte ?

Ça dépend du contexte, c'est intéressant de le faire parce que ça permet aux acteurs de bien réfléchir à ce qui veulent faire et est-ce qu'ils sont alignés mais si c'est dans une logique seulement administrative il n'y a pas beaucoup d'intérêt. Ça peut aider si les bonnes conditions sont trouvées.

2. La présence de plusieurs établissements dans la prise en charge du patient n'altère-t-il pas le suivi du patient ? (Information bien transmise, qualité de soins, suivi)

Je pense que c'est là qu'il y a la difficulté aujourd'hui. En théorie et si on arrivait bien à mettre tout ça en place, c'est mieux pour le patient. La problématique aujourd'hui c'est que tous les établissements n'ont pas l'habitude de travailler ensemble et du coup il ne se considère pas au sein d'une même « équipe ».

Depuis de nombreuses années, lorsqu'un patient doit voir plusieurs professionnels dans son parcours de soins on va l'orienter vers ces professionnels et selon moi les changements qui devraient être faits c'est que ce n'est pas une question de réorientation mais plutôt un travail d'équipe. Ce qui existe déjà dans les établissements de santé, quand le patient voit plusieurs professionnels il n'a pas l'impression d'être pris en charge par quelqu'un d'autre mais par une

même équipe. Nous sommes une même équipe avec différents professionnels, l'objectif est que le patient n'est pas l'impression d'être pris en charge par pleins de professionnels mais par une seule équipe.

En France je pense qu'il y a encore beaucoup de chemin à faire pour réussir à travailler main dans la main. Le parcours n'est pas fluide parce que selon moi nous n'avons pas effectué le travail jusqu'au bout.

- Qu'entends-tu par travail jusqu'au bout ?

Exemple concret de l'Angleterre : j'ai eu un enfant là-bas et tout le parcours est organisé avec plusieurs acteurs de la ville et de l'hôpital. Mon expérience étant du côté du patient. J'ai été pris en charge par une sage-femme de la communauté, là-bas, ça s'organise par quartier. Il y a une sage-femme par quartier qui travaille de manière libérale et donc elle gère une population/un groupe qui fait parti d'un même endroit. La sage-femme fait également partie de l'équipe hospitalière qui va s'occuper de l'accouchement et donc elle transmet toutes les informations à l'équipe hospitalière. J'ai donc fait tous mes préparatifs d'accouchement à l'hôpital et toutes les personnes qui m'ont pris en charge avaient mes informations grâce à la coordination avec la sage-femme. Ce qu'il s'est passé c'est que j'ai perdu les eaux loin de chez moi et donc j'ai dû me rendre dans un autre hôpital qui me connaissait pas du tout mais qui avait tout mon historique et mes antécédents et lorsque je suis rentrée à la maison, l'infirmière qui allait me suivre pour le post-partum est venue chez moi. Lorsque je suis arrivée chez moi j'ai eu un appel, je n'ai rien eu à faire c'est l'infirmière de ville qui m'a appelé car elle avait été informée que j'étais sorti de l'hôpital et donc elle est venue me voir le lendemain.

Une autre expérience aussi lorsque je suis allé aux urgences avec mon fils, lorsque nous sommes rentrés chez nous quelques jours après j'ai eu des appels des professionnels libéraux. On voit que là-bas tous les professionnels ont accès à mon dossier. Ce n'est pas moi qui ai cherché à les contacter c'est eux qui sont venus à moi pour la prise en charge de mon fils pour donner suite à notre venue aux urgences. En Angleterre la prise en charge du patient est très intégrée et tout le monde a accès au dossier d'un patient quel qu'il soit.

Aujourd'hui il existe différents problèmes en France et l'informatique en fait partie. Selon moi, il manque presque un métier c'est-à-dire des infirmières qui accompagnent les médecins pour faire le suivi de la population et je pense que sans ça c'est très difficile d'avoir une réelle coordination entre la ville et l'hôpital. Je pense que le gros problème c'est que la coordination existe à l'intérieur de l'hôpital mais qu'elle n'existe pas entre l'hôpital et la ville et donc ceux qui pose un problème selon moi c'est vraiment le fait que les professionnels de ville et les professionnels d'hôpital ne se sentent pas dans une même équipe et donc non pas l'impression de devoir travailler ensemble.

3. Comment arrivez-vous à vous organiser entre vos patients, les urgences (s'il y en a) et l'adressage de patients qui proviennent d'autres établissements au niveau de la charge de travail ?

Je ne sais pas aujourd'hui comment cette organisation est faite mais je pense que le manque d'outils numérique est problématique.

4. Pensez-vous que le contrôle réalisé par les tutelles est-il correct et justifié notamment la certification, pensez-vous que leur place dans l'établissement est justifiée

Je ne peux pas en parler car je n'ai pas assez de visibilité sur ça. Je ne sais pas si les tutelles jouent seulement un rôle de contrôle. Je pense qu'aujourd'hui on est dans une démarche de tester de nouveaux parcours et de voir ce qui marche et qu'est ce qui ne marche pas et je pense que le rôle des tutelles devrait être plus un rôle d'accompagnement que de contrôle.

5. Une fois le contrôle réalisé et les remarques soulevées, il y a-t-il un impact, un changement de la part de l'établissement, les remarques sont-elles vraiment prise en compte ?

Je pense qu'ils essaient de mettre en place ces recommandations.

6. Constatez-vous une montée de l'omniprésence des tutelles dans la prise de décisions de la direction des établissements qui s'accroît de plus en plus ?

Je ne sais pas.

## Partie 2. La place de la E-santé dans la coordination des acteurs

---

1. En tant que manager, comment apprendrez-vous le parcours de demain avec les nouvelles mesures numériques mises en place, comment manager ses équipes face à ces changements ? Le parcours de soins peut être complété par le DMP ?

Je pense que l'introduction d'un outil ou de plusieurs outils numériques va changer l'organisation mise en place au-delà du numérique. Pour moi l'outil numérique est équivalent à un bout de papier c'est juste qu'il y a plus de fonctionnalités et qu'on doit le faire différemment. Pour moi, une des erreurs qui se fait très souvent, il y a beaucoup de managers qui pensent que le fait d'introduire un outil numérique va permettre de diminuer le nombre de ressources humaines. Moi je pense que ce n'est pas le cas et qu'au contraire il serait préférable d'augmenter le nombre de ressources humaines parce que lorsqu'on utilise un outil numérique il va beaucoup plus jouer sur la fluidité et sur le niveau de qualité de la prise en charge et je pense aujourd'hui que par manque d'outils ou même de ressources ce n'est pas fait avec les patients. Je pense que ce qui est important c'est de ne pas partir de l'outil mais de partir de ce qui est le mieux pour les patients et de ce qu'on souhaite faire ou ne pas faire et après faire l'organisation autour de ça avec les outils. Vis-à-vis des outils c'est la gestion des notifications et des alertes qui n'est pas anodine dans la mise en place d'un parcours qui est-ce qui doit faire quoi ? quand ? à quelle fréquence ? comment prioriser les traitements ?...

Je pense que dans toutes les ressources mises en place, toute la partie logistique derrière n'est pas totalement prise en compte et je pense qu'elle devrait être.

- Ce que vous dites c'est que pour vous on a apporté et ajouté des outils de coordination en interne ou entre certains établissements mais qu'on a seulement implanter ces outils mais qu'on n'a pas travaillé au changement d'organisation autour de ces outils

C'est vraiment l'organisation. Avant on avait des courriers ou des papiers maintenant ce sont des mails ou des SMS et donc les tâches des personnes changent forcément, on doit prendre ça en considération. Il y a autre chose que j'aimerais vous dire, il existe énormément d'outils et ils ne sont pas tous développés avec les équipes métiers et ça c'est important que ce soit développé.

2. Si le personnel soignant à accès au dossier et peut compléter le dossier du patient, comment manager ses équipes au sein d'un établissement face au changement ? Avec l'intégration des nouveaux outils.

Il faut accompagner. Ce que je pense qu'il manque c'est le fait de faire des tests pour voir comment ça va marcher ou pas marcher et après s'adapter. Nous on a plutôt l'idée de mettre quelque chose en place de se dire que c'est comme ça que ça doit être et on revient très peu en arrière et comme c'est nouveau je pense qu'il faut faire des tests avec les équipes.

3. Quels sont les limites au e-parcours de soins (avantages et inconvénients), existe-t-il une réticence des patients ?

Il y a un vrai risque avec la E-santé.

La médecine risque de beaucoup changer dans les prochaines années parce qu'avec l'intelligence artificielle, des métiers avant étaient très techniques mais aujourd'hui la technicité ne va pas suffire et pour rassurer le patient il va falloir développer l'aspect humain.

Par exemple quelqu'un qui est obèse sait ce qu'il faut faire pour ne plus l'être mais ils n'ont pas l'accompagnement humain pour le faire du moins pas assez. Cela va apporter des problèmes car on va rester sur de la technicité mais on va mettre de côté le côté humain et le vrai accompagnement du patient. Je pense qu'on va énormément perdre du côté humain. Moins les humains vont faire la partie technique moins il y aura d'humain alors il faut que les médecins et les professionnels de santé s'attachent à cette partie humaine. Le risque c'est que le e-parcours ne soit que la partie technique et que donc le travail d'accompagnement ne soit pas fait.

L'avantage du e-parcours permettrait d'avoir un tableau de bord pour coordonner tous les parcours et qu'aujourd'hui c'est très dur c'est très difficile d'avoir une vision d'ensemble pour savoir ce dont chaque patient a besoin et à quel moment.

Il faudrait donc des métiers avec des personnes qui soient juste sur la coordination.

Le marché du numérique est très fragmenté car chaque outil a une fonction mais que toutes les fonctions sont nécessaires à tous les métiers.

- Effectivement chacun a son petit outil et l'objectif serait que tous ces outils se relient les uns entre les autres l'exemple de la vie santé et de l'objectif national qui est d'avoir un outil qui coordonne tous.

Trop d'outils et donc ce n'est pas possible, les gens refusent d'utiliser car il y en a trop.  
Exemple : médecine traitante, selon sa patientèle il va aller dans plusieurs hôpitaux et selon chaque hôpital il y aura un outil différent.

Effectivement, ils se disent qu'il y a trop de choses et qu'ils ne veulent pas perdre du temps. Aussi, dans un établissement, les professionnels ont déjà du mal à changer leur façon de travailler donc si on leur propose 4/5 ou 6 outils différents ça va forcément les freiner. Les accompagner sur un seul et même outil qui pourraient vraiment les aider, là on aurait de vrais changements.

Les outils ont des fonctionnalités limitées.

Et surtout les libéraux, pour eux ce n'est vraiment pas possible d'utiliser tous ces outils car en fonction de chaque patient et chaque pathologie il y a un outil différent et pour eux c'est strictement impossible de travailler sur tous ces outils en même temps.

Je pense que les établissements sont plus organisés qu'en ville. Tous les établissements proposent des outils justement qui ne sont selon moi pas coordonnés avec la ville et c'est pour ça qu'on arrive à des problèmes.

Critique de la politique des grades, je ne suis pas pour la division par région sur la politique du numérique en santé.

#### 4. Est-ce que la e-santé est une solution aux problèmes actuels ?

Je pense que oui si on arrive à bien s'organiser. Je pense que ça va aussi aller avec la capacité de chaque métier à accepter la délégation de tâches.

Exemple la chimiothérapie en Australie, on ne peut pas avoir un hôpital en milieu du désert et on ne peut pas faire venir tout le monde en ville et donc il y a eu des centres mis en place avec que des infirmiers qui coordonnent les parcours patients avec de la téléconsultation pour avoir des avis de médecine spécialisés mais donc ça a évité soit de mettre des hôpitaux dans des déserts, soit de faire venir des gens très loin.

On doit apprendre à travailler autrement, mais ce n'est pas automatique, on pense qu'on va mettre un outil et que tout va changer mais ce n'est pas le cas, il faut l'accompagnement autour.

Je pense qu'il serait préférable de faire des choses comme ça en France, je pense qu'on doit apprendre à travailler autrement. Le problème c'est qu'on pense qu'en mettant en place un

outil tout va changer mais ce n'est pas le cas puisqu'il faut une organisation autour de ce nouvel outil. Il faut vraiment accompagner les équipes leur demander ce qui bloque, pourquoi ça ne marche pas et pourquoi ils n'y arrivent pas. Je pense que ce qui manque aujourd'hui c'est l'accompagnement des professionnels dans la mise en place de ces outils.

Travaillant dans un cabinet de conseil je trouve que les managers ou du moins les décideurs ne nous concertent pas assez pour l'accompagnement mais beaucoup plus pour la mise en place des recommandations C'est une partie qui devient cher et qui prend du temps et qui n'a pas assez d'importance aux yeux des managers. C'est dommage parce qu'on pourrait peut-être les aider à travailler dans la mise en place de ces outils.

C'est quelque chose qui prend du temps et qui demande de l'énergie mais aujourd'hui je n'ai pas l'impression que le pilotage d'accompagnement des équipes est ancré dans l'esprit des managers. Le manque d'accompagnement mène à l'échec.

### Partie 3. La question des financements dans la coopération des acteurs

---

1. Les modes de tarification sont-ils adaptés à l'évolution de votre établissement ? Est-ce que tu penses que la rémunération que vous avez, est-elle adéquate ? (Enveloppe globale reçue pour l'établissement) Le mode de tarification est-il adapté à ton établissement ?

Non, il y a beaucoup de limites.

Je ne suis pas contre la T2A mais les montants qui sont donnés selon chaque prestations ont été calculés il y a longtemps et ils ne sont pas très alignés avec les coûts réels qui ont évolué donc il y a déjà un problème à ce niveau-là. Il manque aussi d'incitation à la coordination, personne ne gagne rien à se coordonner au niveau financier. Une autre chose que je pense qui manque (notamment en oncologie) c'est qu'il n'y a pas de tarification quand les gens sont suivis par des gens de l'hôpital en dehors de l'hôpital. On fait tout le temps venir les gens à l'hôpital alors que ce n'est pas forcément nécessaire, il y a vraiment des choses à faire évoluer. Je pense que la qualité n'est pas assez prise en compte dans le mode de tarification.

Dans l'article 51 il y a beaucoup de choses qui sont en train d'être testées, par exemple pour toute la réforme populationnelle je pense qu'il y a un sens pour certaines pathologies mais pas pour toutes. Il y a des gens qui ont des pathologies chroniques et je pense qu'il faudrait pouvoir s'adapter aux différentes pathologies. Il n'y a pas vraiment d'incitation financière à suivre le fait que les pathologies sont bien prises en charge en amont. Il faudrait mettre du financement sur l'incitation à la prévention pour être davantage préventif. Exemple du diabète les personnes viennent souvent à l'hôpital lorsqu'il y a déjà des complications mais si on prenait en charge bien avant avec de la prévention peut être qu'il y aurait moins de gens à venir pour des complications et que ce serait plus du suivi sans faire déplacer le patient. Parce que parfois certaines complications peuvent devenir compliquées pour les hôpitaux à prendre en charge.



Le changement est compliqué car les gens ne sont pas habitués à travailler comme ça.

## Partie 4. Les innovations en santé

---

1. Pensez-vous que les expérimentations telles que l'article 51, permet une meilleure coordination, une meilleure prise en charge des patients ?

Je pense qu'ils ont le potentiel pour après c'est comme je dis depuis le début, il faut mettre en place tout ce qu'il faut pour l'accompagnement des changements des pratiques. Avec ces outils comme notamment l'article 51 on arrive à mettre des choses en place pour un meilleur accès aux soins.

2. Pensez-vous que toutes ses nouvelles expérimentations comme les DACS, les CPTS, l'article 51, le temps qu'on les mette en place à échéance nationale ne causera pas un problème ? les besoins des Français n'auraient il pas changé ou évolué ?

Je pense qu'il devrait pouvoir y avoir plus d'expérimentation lorsqu'il y a de nouvelles choses à mettre en place. Le système de santé doit toujours évoluer car il y a toujours des changements au niveau de la technique ou des ressources humaines. On est forcé à créer de nouvelles organisations par exemple car on n'a pas assez de ressources et donc ils vont être créatifs pour pouvoir répondre à la demande qui va être toujours croissante. On ne peut pas juste généraliser ailleurs. Il faut tester avant de pouvoir généraliser ailleurs.

## Annexe 3 : Retranscription entretien avec Christelle Béchard du 12 mai 2023

### Partie 1. La place des tutelles et les conventions de coopérations

---

Avoir une convention avec les établissements c'est une aide. Le fait de s'obliger à formaliser les rapports, tout mettre par écrit, le fait de l'écrire et de s'obliger à avoir une convention c'est une aide pour les établissements et donc pour le parcours de soins des patients.

Il est nécessaire que les informations soient bien transmises. Il faut qu'il y ait une transparence dans l'information.

Par exemple lorsque nous avons une convention avec un établissement, il nous faut l'ensemble des informations concernant le patient afin que le parcours, la prise en charge du patient soit optimale.

Nous demandons la fiche de liaison et s'il nous manque des informations, nous contactons l'établissement afin de répondre, de préparer au mieux la venue du patient et lui offrir les soins dont il a besoin.

En effet si nous n'avons l'ensemble des informations le concernant, cela nuit au patient.

Si les choses sont bien faites nous n'avons pas vocation à tout reprendre. Les relations doivent être correctement établies via les conventions.

Dans la réalité, il faut de la coordination entre les acteurs et de la traçabilité. Il faut aussi que les cosignataires de la convention se rencontrent afin d'établir un diagnostic de ce qui est bien et ce qui est moins bien. Ce qui fonctionne et ce qui ne fonctionne pas. Établir un plan d'action pour tout ce qui ne fonctionne pas.

Dans les faits, cette rencontre entre les établissements ne se fait pas. Les établissements ne se rencontrent qu'en cas de gros problème par manque de temps.

Les établissements gèrent ce qu'il se passe à l'instant T, à chaud.

Il faudrait se rencontrer, faire un bilan à froid en évaluant les volumes, les points d'améliorations...

Je vais vous donner un exemple, l'ARS s'est rendu compte qu'elle n'arrivait pas à mettre en œuvre les conventions entre établissements notamment entre les EHPAD et pour la prise en charge de phases aiguës pour de la cardiologie et ou de la gériatrie. En ville, nous n'avons plus de rendez-vous pour les patients. Lorsqu'un résident en EHPAD a besoin d'un avis cardio nous n'arrivons pas à trouver de place en ville pour qu'il soit pris en charge.

L'ARS, devant la détresse des EHPAD a mis en œuvre des programmes appel à projet pour solliciter les établissements MCO qui avaient ce type de spécialité. Ce projet consiste en des téléconsultations. C'est à ce moment-là que les établissements MCO se sont positionnés.

Tout ce que je viens de vous citer en amont, c'est de la théorie. On nous donne la possibilité d'utiliser des logiciels, des outils, et des moyens pour l'amélioration du parcours patient.

Il faut bien qu'à un moment donné on se mette tous autour d'une table et de faire le bilan de tout cela.

Savoir comment ça s'est passé, combien de personnes nous avons accueilli, comment s'est passée la coordination, les prises en charges, pourquoi le patient est venu, avons-nous pu l'hospitaliser ?... Il faudrait lister les patients que nous n'avons pas pu hospitaliser et en donner les causes. C'est ce retour-là qui est très important. C'est ce retour que nous devons faire à l'ARS afin qu'elle puisse ajuster le PRS.

A l'heure actuelle, l'ARS a seulement les informations lorsque ça se passe mal problème aux urgences ou patient qui ne peut pas être accepté dans les services.

Par exemple le Millénaire a refusé un patient car pas de place en hospitalisation. Le lendemain l'ARS appel direction de l'établissement et dis pourquoi vous n'avez pas accepté ce patient. La direction répond nous n'avons pas assez de lit nous vous demandons des ouvertures de lit depuis X temps. L'établissement demande à l'ARS une autorisation d'ouverture de lit supplémentaire. C'est échange à lieu en phase d'urgence, en phase de crise sur un instant T.

Il existe aujourd'hui des réunions pour le PRS entre directeur d'établissement de santé sur une région avec des volets pour construire, échangé sur les besoins du territoire. C'est à ce moment-là que l'on fait des remontées d'informations en fonction de la réalité du terrain.

Pour conclure, nous devons avoir des outils de vérification et de contrôle pour voir comment cela s'est passé. Les téléconsultations nous aident dans la prise en charge des patients néanmoins, ils ne résolvent pas tous les problèmes car généralement passer 24 heures le patient doit être hospitalisé et nous n'avons pas toujours les lits et place nécessaire. Cela nous donne du temps pour anticiper l'hospitalisation du patient.

Il faut se demander dans l'optimisation du parcours de soins, s'il est préférable pour le patient qu'il reste en EHPAD et réaliser une téléconsultation et un suivi poussé dans l'EHPAD ou bien qu'il soit hospitalisé.

Faire entrer les patients en J 0 donc le jour de l'intervention chirurgicale et aussi une évolution dans le parcours de soins des patients.

En venant le jour de l'intervention, c'est préférable pour lui il sera mieux, il passera la nuit chez lui. Si le patient vient la veille de son hospitalisation, cela prend la place d'un patient en phase aigüe qui peut être viendrait des urgences.

En ce qui concerne les recommandations des certifications ou évaluation comment les intégrer, comment les mettre en place ?

Cela dépend du type de recommandation si nous sommes sur des recommandations réglementaires le travail doit être réalisé rapidement.

Il faut mettre en place un plan d'action, évaluer les livrables, les personnes ressources. Si ce ne sont pas des recommandations réglementaires mais qui vont apporter un plus pour l'établissement pareil nous mettons également en place un plan d'action avec les livrables et personne ne ressource. Pour ce qui est des recommandations et non des obligations nous évaluons la possibilité de mise en place de ces recommandations.

Nous construisons un argumentaire pour savoir si nous le faisons ou pas.

Avant toute chose nous évaluons les recommandations et nous vérifions si celles-ci sont réalisables et utiles pour l'établissement.

Il y a deux périmètres c'est important que l'ARS et les tutelles soient présente.

L'ARS doit jouer un rôle de coordination des acteurs dans la prise en charge des patients. Avant le COVID, la tutelle gérée les demandes individuelles par établissement. Elle ne gère pas un ensemble d'établissements avec de la coordination. Maintenant, l'ARS coordonne l'ensemble des établissements du territoire.

La crise COVID a permis de remettre l'ERS au cœur, au centre. Elle coordonne l'activité de soins sur le territoire.

L'autre point positif c'est que l'ARS va échanger directement avec les usagers en cas de plainte. Ce n'était pas le cas auparavant.

L'ARS est très présente dans la remontée des enquêtes on nous demande beaucoup d'enquête et beaucoup de documents à compléter. C'est assez lourd et contraignant.

## Partie 2. La place de la E-santé dans la coordination des acteurs

---

Aujourd'hui, je trouve qu'on est très loin des ambitions de l'État par rapport aux objectifs nationaux.

L'écart entre les ambitions et la réalité est énorme ce qui pousse les établissements à ne pas être intéressés par ces nouveaux outils.

Le DMP, l'intérêt est super il y a beaucoup d'avantages au DMP néanmoins, il n'est pas obligatoire et il y a un médecin sur deux qui le propose aux patients.

Les modalités de mise en œuvre sont très difficiles il apparaît donc difficile de mettre en place cet outil à l'échelle nationale.

Il y a beaucoup d'outils qui sont mis en place, mais les établissements ne sont pas aidés pour les mettre en place, les mettre en application de ce fait, généralement tous ces outils ne sont pas utilisés et le projet tombe à l'eau alors que ce sont des outils qui sont, qui paraissent utiles pour les patients et pour les praticiens.

Le travail est énorme pour la mise en place de ces outils et les acteurs ne se parlent pas entre eux.

L'ambition est bonne, mais les modalités d'application ne sont pas adéquates, pas adaptés.

Il y a des couches entre les outils. La multitude d'outils enlève le sens à ce qui est fait pour la coordination. La mise en œuvre est très compliquée dans les établissements de santé.

Le manque de coordination entre l'ensemble des outils nationaux est un frein.

Cela rend l'exercice extrêmement difficile à réaliser.

Cela provoque un désengagement. Il y a un manque de motivation ce qui nuit à l'ambition de départ qui est bonne et utile.

## Partie 3. La question des financements dans la coopération des acteurs

---

Une des limites principales c'est que nous n'avons pas tous le même mode de financement.

Les financements du public et du privé sont différents dans le public, les médecins sont des salariés de l'établissement. Un hôpital n'a pas intérêt à arrêter telle ou telle spécialité car le mode de financement d'un établissement public est différent d'un établissement privé.

De ce fait, nous réfléchissons de manière différente. Faire de la coordination de parcours patient ou de réfléchir un parcours pour le patient lorsque les statuts des établissements sont différents ce n'est pas facile.

Nous n'avons pas les mêmes intérêts, les mêmes objectifs et les mêmes conséquences sur les choses.

L'obstacle dans le financement du parcours c'est que l'on va vouloir faire coordonner des acteurs qui ont des objectifs financiers différents et des modes de financement différents.

Il faudrait créer un financement à la coordination qui conviendrait à l'ensemble des acteurs impliqués dans le parcours de soins.

Il y a un autre sujet que j'aimerais soulever, c'est qui n'est pas normal qu'un patient puisse voir 3 chirurgiens différents et surtout être remboursé à 100 %. C'est un problème et cela coûte beaucoup d'argent au contribuable.

Si les parcours étaient bien construits, il n'y aurait pas de nomadisme médical.

Il y a un grand problème, par exemple, un établissement SSR peut refuser un patient car ce patient est trop lourd et va nécessiter trop de temps infirmier (temps que l'établissement n'a pas). De ce fait, l'établissement MCO devra garder le patient et bloquer une place pour un autre patient en phase aiguë.

L'ensemble des acteurs pense de manière individuelle et pas dans de la coordination d'un parcours optimum pour répondre aux besoins de l'ensemble de la population.

C'est le collectif qui devrait primer.

Il devrait y avoir une coordination ville hôpital, mais comment le faire car intrinsèquement cela est très difficile.

L'exercice est très complexe pour le moment néanmoins nous avançons dans le bon sens. Cela fonctionne bien entre le MCO et l'HAD.

## Partie 4. Les innovations en santé

---

La volonté de l'article 51 est louable, mais les moyens mis en œuvre pour que ce projet voit le jour sont très limités cela représente des moyens humains importants que nous n'avons pas.

Je trouve que la façon dont sont rédigés les textes est très compliqué il y a toujours des veilles des entre deux cela est dissuasif de ce fait, ils ont créé une couche supplémentaire à ce qui existe déjà, et qui est pour le coup très complexe.

Cela manque de clarté.

Nous avons l'impression que les personnes qui proposent ces nouveaux outils ne pensent pas aux obstacles dans la mise en place des projets.

Nous n'avons pas le sentiment que les projets sont coordonnés.

Beaucoup de complexité et de charge de travail.

C'est de la gestion de projet on avance mais on ne prend pas en compte les problèmes nous n'appliquons pas les méthodes pour mener à bien le projet de manière efficace et efficiente.

## Annexe 4 : Retranscription entretien avec Phillipe Pisapia du 12 mai 2023 : 42.44 minutes

### Partie 1. La place des tutelles et les conventions de coopérations

---

#### 1. L'obligation de conventionner avec un établissement est-ce pour vous une aide ou bien une véritable contrainte ?

Je vous parle que pour le domaine du SMR, ça fait maintenant depuis 2008 que l'obligation de conventionner avec les autres spécialités du SMR existe. Je pense que c'est quelque chose qui était déjà pratiqué. La difficulté qu'on a aujourd'hui, c'est qu'il y a certaines spécialités où il y a très peu d'acteurs par exemple en neuro. Comme il y a très peu d'acteurs, qui sont souvent des acteurs publics, ils refusent de contractualiser avec d'autres. Donc c'est compliqué car même si on le veut bien quelquefois on ne peut pas, on n'y arrive pas. Les ARS en sont conscients. C'est donc quelque chose qui est difficile.

La difficulté sur la contractualisation et le conventionnement est de faire vivre les conventions, mais c'est un autre sujet. C'est compliqué, car il y a des conventions qu'il faut évaluer tous les ans pour savoir si elles fonctionnent ou non, comme il y en a avec qui on ne travaille jamais, car on n'en a pas le besoin. Il y a des spécialités avec qui ont pas de liens particuliers.

Quelques fois, les évaluations ne sont pas forcément faites. Cependant, moi, j'ai toujours eu dans la tête que les conventions, les réseaux et les liens se faisaient d'abord entre les équipes avant de passer sur une convention. D'abord, faisons rencontrer les équipes, essayons de les faire travailler ensemble et après on fait une convention.

La loi impose de faire une convention, mais bon on fait des conventions, on en a tous. Il y en a qui date de 10 ans qui n'ont jamais été révisées. Par exemple, la loi impose aux SSR de conventionner avec des EHPAD. Ils nous ont même proposé des exemples de conventions type.

Aujourd'hui donc, l'obligation de conventionner à mon avis elle n'apporte rien, par contre la nécessité de conventionner elle existe.

Ce qu'il faudrait, c'est que le législateur, l'ARS, soit plus « facilitateur » lorsqu'on veut faire des conventions que de dire : « Vous devez avoir une convention » car oui on doit en avoir.

La question qui se pose ensuite c'est : à quoi sert une convention ? Pourquoi faire ?

Lorsqu'on en a besoin, la convention est à même de dire qu'un patient qui à telle pathologie je le transfère à tel endroit car j'ai une convention avec cet établissement. En réalité, ça ne marche pas comme ça. On travaille par des liens de passions et surtout d'éthique.



2. La présence de plusieurs établissements dans la prise en charge du patient n'altère-t-il pas le suivi du patient ? (Information bien transmise, qualité de soins, suivi)

Clairement, le nœud du problème des filières, c'est ça. C'est le manque d'information volontaire ou involontaire.

- Involontaire, car souvent, selon les services, ils n'ont pas le temps donc ils remplissent trois choses, l'aide sociale met 4 mots et le patient arrive chez vous, vous ne savez même pas s'il a eu une prise en charge, s'il est à la sécu, s'il a une mutuelle enfin des choses comme ça. C'est par manque de temps.
- Volontaire car ils se disent que si on met trop d'information, ils risquent de ne pas prendre le patient car il a une pathologie particulière. C'est vrai qu'il y a un jeu de dupe sur le sujet qu'on fait tous en ne disant pas forcément la vérité sur ViaTrajectoire.

Trajectoire est un outil qui a apporté beaucoup de choses. Avant on fonctionnait sur un coin de table avec des coups de téléphone, des fax ou des mails. Là, on est sur un outil sécurisé de données médicales qui se donne d'un établissement à l'autre. Ce qu'il faudrait, c'est de faire évoluer Trajectoire. Par suite de beaucoup de demandes, des groupes travailleraient sur Trajectoire, mais on n'a jamais vu d'évolution. Je pense qu'il faudra rajouter sur ce logiciel certaines informations qui sont bloquantes si ce n'est pas rempli par exemple. Ceci permettra d'être certains d'avoir les informations de bases. Mais de façon générale, c'est un bel outil dont je suis assez satisfait.

3. Comment arrivez-vous à vous organiser entre vos patients, les urgences (s'il y en a) et l'adressage de patients qui proviennent d'autres établissements au niveau de la charge de travail ?

Bien sûr, si on est plein et qu'on n'a pas de place, et même s'il y a une convention.

La problématique, c'est que normalement pour un passage en SMR il n'y a pas d'urgence. Normalement, l'établissement qui a le patient devrait être capable de le garder quelques jours le temps qu'un lit se libère. Donc normalement il n'y a jamais trop d'attente.

Je me rends compte qu'autant il y a une certaine époque où il y avait les établissements pleins avec de l'attente, là ça fait 5-6 ans qu'il y a très peu d'attente, mise à part des patients qui peuvent être bloqueur. Ils ont fait le tour de tous les établissements, personne ne les veut car il n'y a aucune solution sociale ou il n'y a rien à faire.

Mise à part ces patients, je trouve qu'il n'y a pas tant d'attente que ça. Nous nous sommes capables dans les 2 jours de prendre tout type de patients. Il faut prioriser les patients plus ou moins urgents et nos spécialités. Par exemple, si on est spécialisé en cardiologie, on prend plutôt des patients qui ont des problèmes de cardiologies.

4. Pensez-vous que le contrôle réalisé par les tutelles est-il correct et justifié, notamment la certification, tenez-vous comptes des recommandations ?

Ce qui est demandé dans la certification sont des éléments de base. Je veux dire qu'un établissement qui fonctionne normalement, c'est des choses qu'il doit avoir et qui fonctionne plus ou moins bien, avec des difficultés, mais ça doit fonctionner.

Sur les recommandations de l'HAS, en ce qui concerne les prises en charge, les protocoles ou des choses comme ça, comme son nom l'indique, ce sont des recommandations. On est libre de les utiliser ou non. Cependant ce qui est intéressant, c'est que ça donne un éclairage sur certains sujets et notamment un éclairage juridique et un éclairage d'attente de santé publique. C'est plutôt quelque chose de positif.

Ce qui ne faut pas, c'est qu'on soit noyés sous les recommandations auxquelles cas ça ne servira plus à rien. Si on prend l'exemple du Covid, on avait quasiment une recommandation ou un protocole par jour. C'était ingérable. Je crois que c'est utile, mais avec parcimonie et il faut que ça soit quelque chose qui puisse être utilisable.

Il y a ensuite le contenu, qui souvent est fait de façon très administrative et complexe avec des choses qui font 30 pages. Il y aura certainement un besoin de simplification je pense pour les équipes et les établissements. Qu'il y est la base avec tout dedans c'est très bien, mais je pense qu'après il faudrait des éléments un peu plus simplifiés pour être directement applicable au terrain. On est obligé de le traduire ce qui prend un temps important. Je pense qu'il y a un vrai problème et qu'il faudrait faciliter l'accès à ses éléments.

Après sinon l'HAS, c'est très intéressant, car ce sont des réflexions d'équipe en général de terrain, donc c'est des gens de terrains qui font ses recommandations. C'est relativement intéressant.

Sur les évaluations de l'ARS elle-même, il y a 2 choses :

- Soit c'est des contrôles. On ne discute pas, on nous impose certaines choses et on vient nous contrôler sur des choses juridiques.
- Soit c'est des évaluations. Mais aujourd'hui comme l'ARS a peu de temps, car ils ont tellement de choses à faire, ce sont des évaluations qui sont, à mon avis pas vraiment utile, même pour eux. Par exemple, le dernier PRS qui se termine en 2023, il n'y a pas eu d'évaluation. Il y a eu une espèce d'évaluation très rapide d'éléments statistiques, mais il n'y a pas eu d'évaluation sur ce qui avait vraiment été attendue par rapport aux objectifs qui avaient été fixés il y a 5 ans. C'est dommage, car on a l'impression qu'on part toujours sur quelque chose qui redémarre.

Il y a beaucoup de choses à évaluer donc je comprends la difficulté de le faire, mais bon le PRS fait partie des choses de bases. Donc si ce n'est pas bien évalué, c'est dommage. Sur les CPOM c'est pareil, les évaluations franchement c'est à minima. Ce sont 2 éléments statistiques.

Je pense que l'ambition est belle, mais il y a trop d'éléments à évaluer et du coup, ce n'est pas suivi. Il faudrait mieux faire des choses plus restreintes, de resserrer et qui soit vraiment suivi en collaboration. Déjà, il faudrait qu'on est, au sein de l'ARS, un référent par établissement et qui ne s'occupe que de lui. Aujourd'hui, c'est par spécialité, et il y a aujourd'hui des spécialités comme la psychiatrie où jusqu'à présent, il n'y avait même pas de référent. A l'ARS, personne ne s'en occupait ou du moins c'était tout le monde.

Les recommandations nous aident aussi à avancer, car ça nous rappelle chaque fois la réglementation et c'est important. On ne sait pas tout.

5. Constatez-vous une montée de l'omniprésence des tutelles dans la prise de décisions de la direction des établissements qui s'accroît de plus en plus ?

Pour moi, il y a une absence. Il y en a moins qu'avant.

Je crois qu'il y avait plus de présence quand c'était la région Languedoc-Roussillon et non la région Occitanie. On a perdu quand même une région qui fait 7 millions d'habitants, c'est-à-dire quasiment l'Irlande. Vous n'avez plus de lien direct avec le terrain. Je ne dis pas qu'il n'y en a pas, mais c'est plus compliqué. Donc je crois qu'on a perdu beaucoup et après, ils n'ont pas le temps de tout faire.

Je vois mon établissement, un SMR, ça fait 8 ou 10 ans qu'il n'y a pas eu de contrôles. Il y a des contrôles ponctuels sur la pharmacie, sur la restauration, car il y a des problématiques liées. Il n'y a pas de vraie politique ciblée que ça soit dans le contrôle ou dans l'accompagnement.

Donc je pense qu'on a un petit peu perdu ce lien qu'on avait avec les ARS de proximité. Il y a les délégations départementales qui existent de l'ARS, mais pareil on a très peu de lien avec eux et ils ont peu de pouvoirs. Je pense que la proximité aujourd'hui, elle a un peu disparue et c'est compliqué.

## Partie 2. La place de la E-santé dans la coordination des acteurs

---

1. En tant que manager, comment appréhendez-vous le parcours de demain avec les nouvelles mesures numériques mises en place, comment manager ses équipes face à ces changements ? Le parcours de soins peut être complété par le DMP ?

Je pense que ça part d'un bon sentiment. L'idée est que l'accès à l'information médicale puisse être simplifiée pour le médecin, les correspondants, les professionnels de santé voir même les patients. C'est-à-dire qu'une information quand elle est notée, elle est notée une fois et puis c'est tout. Je trouve que c'est très bien.

Je trouve que sur le DMP, ça ne fonctionne pas si mal. Franchement, j'étais assez critique au début. Je trouve que ça fonctionne bien. La difficulté qu'on a, c'est que quelques fois, il y a un peu des usines à gaz. Par exemple, le GIP E-Santé qui s'occupe la région Occitanie et de mener, d'aider les établissements sur tous ces sujets-là, on était totalement absent sur la mise en place des Segur santé (subventionnement et aide pour la mise en place du DMP ou de la messagerie sécurisée). Ils sont inexistantes. Les établissements n'ont eu aucune information, aucune aide sur ses sujets-là. Tous les dossiers de demande de financement pour pouvoir mettre en place le DMP et la messagerie sécurisée voir même le lien avec les laboratoires, la radiologie, l'imagerie, on s'est débrouillé tous seul avec des choses très techniques. On est dans le cœur de l'informatique donc c'est très technique. Même nos informaticiens étaient dépassés.

Après la démarche est intéressante. En plus, ils ont financé, pour une fois, la mise en place de ces outils, donc c'est parfait, bravo. Mais alors l'accompagnement est inexistant. C'est vraiment débrouille toi avec ça et tu en fais ce que tu en veux.

En plus, la démarche a été forcée. On nous a dits qu'on avait 6 mois pour faire ça sinon on perdait les aides. Nos fabricants de logiciels ont dû faire évoluer leurs outils et logiciels, les installer sur les sites et former le personnel, ce qui prend au total beaucoup de temps pour chaque étape.

Je me répète, mais aujourd'hui l'aide du GIP E-Santé est vraiment inexistante alors qu'il y a des moyens assez importants qui sont donnés par l'ARS.

Trajectoire ça fonctionne bien, il faut juste intégrer quelques lignes d'informations obligatoires. Quelques éléments doivent évoluer, mais sinon, c'est un outil intéressant. Il a permis de faciliter beaucoup les choses.

Pour le dossier partagé, franchement, je trouve que ça fonctionne aussi pas mal.

2. Si le personnel soignant à accès au dossier et peut compléter le dossier du patient, comment manager ses équipes au sein d'un établissement face à ces changements ? Avec l'intégration des nouveaux outils

Aujourd'hui, on ne peut pas faire l'impasse sur le budget formation informatique, logiciel. Tous les ans, on se fixe un budget pour les former. Ça évolue tellement vite, tout le temps qu'on ne peut plus déplacer ces formations à plus tard.

La difficulté est qu'on ne peut pas former tout le monde. Nous, on a des référents d'outils dans les services. Chaque service à un référent infirmier sur le dossier médical, un référent aide-soignant, un référent médecin. Ils accompagnent le personnel dans la formation et font évoluer si besoin les demande de modifications du logiciel. Mais il s'agit d'une organisation qui est propre à nous. Nous avons mis ça en place, car on s'est rendu compte que nous ne pouvions pas former tout le monde. Puis, avec le turn-over des salariés, on passait notre temps à les former. Ce n'était plus possible.

Je pense que c'est la bonne solution. De former des personnes un peu plus aiguisées sur ce sujet et qui en soit référente. Elles deviennent en plus l'interlocuteur des structures du logiciel. C'est intéressant, car elles sont plus sachant que les autres et elles sont administrateurs pour leur métier de l'outil.

Il n'y a pas d'autres solutions aujourd'hui, car vraiment, ça évolue tous les jours. C'est difficile. Ça va tellement vite. Les 6 dernières années en SMR, on a eu des réformes les unes sur les autres, des changements les uns sur les autres. On a modifié les logiciels tous les jours. Que ce soit le logiciel de paye, de comptabilité, de facturation. Le logiciel de facturation a été modifié 4 fois en 2022. Il faut suivre. Et à chaque fois, c'est de plus en plus compliqué. Il faut donc des personnes spécialisées.

Quand on embauche un personnel de facturation dans un établissement de soins, on ne peut plus prendre n'importe qui. C'est un vrai métier, mais ils le savent.

Il faut se battre en permanence pour que l'outil facilite l'utilisation du soignant. Il ne faut pas que ça soit plus compliqué, mais plus simple. On ne va pas leur demander de faire 10 fois la même formation. Par exemple, quand on veut faire une évaluation, il faut qu'elle soit automatisée, que quand il y a des messages d'alertes ça doit être utile pour le patient. Tout ceci doit permettre de faciliter les choses et de le faire comprendre au personnel.

Depuis 2023, on a intégré le DMP. Désormais, dès qu'on a saisi que la personne avait un DMP, qu'elle autorisait le fait qu'on le nourrisse, le courrier d'entrée et de sortie se met automatiquement dans le DMP. Vous n'avez rien à faire. Si vous voulez aller voir le DMP du patient, c'est très rapide. Aucun ajout de travail sur les professionnels si c'est bien organisé.

### 3. Quelles sont selon-vous les limites du e-parcours de soins (avantage et inconvénients) ?

Je pense que ça ne doit pas empiéter sur la relation humaine avec le patient. Je n'aime pas parler de E-Santé, mais d'humanité numérique. Ce n'est pas le même concept et c'est à mon avis le concept d'avenir. Il y a du numérique de plus en plus, mais il doit rester dans une certaine humanité. Il doit être utile pour le patient. Le patient ne doit jamais le ressentir comme quelque chose de pesant. Il doit être facile pour lui et ça doit être facilitateur s'il veut une information, s'il veut appeler quelqu'un, s'il veut un renseignement ...

Je crois que le concept d'humanité numérique est très intéressant. Il est notamment développé à la faculté de psychologie de Montpellier. Il y a désormais une unité d'humanité numérique qui ne s'occupe que de ça. Je crois que c'est le bon concept.

Nous, par exemple, sur notre service d'addictologie au Pic Saint Loup, on a un chercheur de la faculté en humanité numérique qui nous accompagne pour développer des outils de liaison avec les patients comme chatbot. Je pense que c'est ça l'avenir. Sinon ça ne marchera pas. On va perdre le lien avec le patient et le personnel n'a pas le temps de se former. Tout ce qui est éducation du patient peut passer par ces outils là et il faudra que ça passe par là. Une fois que le patient rentre chez lui il ne se sentira pas isolé. Mais il faut que ça soit réfléchi de manière humanisée.

Ce concept me semble très important car c'est l'évolution de demain en matière d'information médicale.

### 4. Est-ce que la E-Santé est une solution aux problèmes actuels ?

Oui, j'espère. Ce qu'il faut, c'est automatiser et qu'on ne soit pas obligé de refaire des choses.

D'ailleurs, le ministre en a parlé il n'y a pas longtemps. Il faut que les soignants fassent du soin et qu'ils ne soient pas pollués par des choses très administratives qui ne sont pas nécessaires. Il y en aura forcément car c'est obligé, mais il faut que ça soit simplifié au maximum.

On a de moins en moins de soignant donc on doit leur donner des missions de soignant. Bien sûr, il faut une traçabilité pour sécuriser, mais il faut automatiser.

On a changé de logiciel médical l'année dernière car celui qu'on avait devenait trop compliqué. Il fallait faire en permanence des re saisie. On a changé, on en a pris un autre, où les choses sont plus automatisées. On les saisies une fois, puis c'est réglé.

Le problème est que les logiciels d'informations médicales, sont un peu tous les mêmes et on doit coller notre organisation au logiciel en fonction de lui. On n'a pas le choix. Le circuit du médicament, du soin, du patient, va se coller à ce que le logiciel peut faire et comment il le fait. Après, c'est normal car, sinon cela voudra dire que tout le monde a des choses différentes et ce n'est pas possible. Mais ça veut dire

qu'il faut que quand les personnes rentrent dans l'établissement, elles doivent se coller à l'organisation de l'établissement qui doit elle-même se coller au logiciel.

### Partie 3. La question des financements dans la coopération des acteurs

---

1. Les modes de tarification sont-ils adaptés à l'évolution de votre établissement ? Est-ce que vous pensez que la rémunération que vous avez, est-elle adéquate ? (Enveloppe globale reçue pour l'établissement) Le mode de tarification est-il adapté à votre établissement ?

Mise à part pour le Ségur investissement où on a eu quelques moyens pour mettre en place le DMP, sinon on n'est absolument pas accompagné.

Financièrement, on se débrouille. Je pense qu'il y a beaucoup d'argent, mais qui n'arrive pas toujours jusqu'au terrain. Je vous parlais tout à l'heure du GIP E-santé qui est financé par la région Occitanie. Il a un budget conséquent qui y est consacré avec 30 salariés, mais je n'en vois pas la couleur. Sur le terrain, ça ne sert à rien. Je suis certain qu'ils travaillent sur des projets, mais moi sur le terrain, je n'ai rien. Il faudrait peut-être se concentrer sur l'utilité de certains outils, à quoi ça sert, combien ça coûte et combien ça apporte en plus-value.

Sur les financements, on fait avec nos financements propres. Il n'y a pas de financement dédié pour ça, mise à part pour les subventions dont je vous ai parlé. Le reste est un financement qui est fait avec ce qu'on nous paye pour chaque patient. Ce sont des coûts qui sont de plus en plus important.

A chaque fois qu'un prestataire de logiciel modifie quelque chose, il vous le facture. Donc ça fait vite des sommes.

### Partie 4. Les innovations en santé

---

1. Pensez-vous que les expérimentations telles que l'article 51, permet une meilleure coordination, une meilleure prise en charge des patients ?

L'expérimentation de l'article 51 est intéressante mais c'est une usine à gaz. Nous, on en a une au niveau de la FHP SMR, au niveau donc du syndicat national des soins de suites. Elle est en train d'être menée sur les patients des PCO. On accueille le suivi des patients au-delà de la sortie avec des équipes mobiles. C'est très intéressant, mais la mise en place du dossier a mis 2 ans et demi. Le premier patient a été géré 2 ans et demi après le lancement du dossier tellement c'est une usine à gaz et que c'est compliqué. Encore une fois, ça fait partie des choses qu'il faut simplifier. Je pense qu'il faudrait les

régionaliser. On ne peut pas mettre 2 ans et demi pour lancer une expérimentation. Ce n'est pas possible.

2. Pensez-vous que les expérimentations telles que l'article 51, DAC, CPTS , permet une meilleure coordination, une meilleure prise en charge des patients ? Excise-t-il une limite ?

Je pense que ça dépend des outils.

Le CPTS est un très bon outil, car on part du terrain. Les DAC, je suis beaucoup plus réticent, c'est l'usine à gaz. Dès qu'on commence à avoir des salariés qui font que ça s'est compliqué.

Je pense que l'outil le plus intéressant est les CPTS, car l'ensemble des professionnels discutent entre eux et décident entre eux de la façon dont les filières doivent se constituer et de la façon dont ça doit fonctionner. Je trouve que c'est idéal. D'ailleurs, le constat est que les CPTS qui sont fonctionnelles, c'est génial.

Sur le problème des filières, pour les faciliter pour nous, c'est peut-être 10 ou 15 patients par an qui posent des problèmes. Il faudrait qu'on soit aidé sur ces patients bloqueurs et ça suffirait. Par besoin d'une usine à gaz et ça ne coûterai pas cher.

Les CPTS ont des financements très importants. Tant mieux pour eux mais faut voir ce qu'ils en font. Pour des personnes, ça fonctionne très bien et pour d'autres cela est plus compliqué.

On revient sur la même question qui est de savoir si à un moment, on évalue tout ça. Mettre des moyens c'est très bien, on ne peut pas les mettre partout, mais c'est compréhensible, mais ce qu'il faut, c'est évaluer le service rendu. Personne ne le fait. Je suis incapable de vous dire si on a évalué les DAC ou les CPTS qui existent. Je pense qu'il n'y en a pas d'évaluation.

Pour l'expérimentation de l'article 51, Il faut simplifier, qu'ils évaluent derrière, c'est normal, qu'ils évaluent une pédagogie, c'est-à-dire qu'il y est des outils avec une véracité scientifique c'est normal. On ne va pas faire n'importe quoi en médecine.

Ça devient inenvisageable. Je ne sais pas si vous avez vu des exemples d'article 51, mais quand vous voyez la démarche pour être autorisé, c'est très complexe. Et là, ce sont des choses sur lesquels on peut être aidé sur la région par le GIP E-santé ou autre. Ils pourraient nous aider à monter les dossiers et à nous accompagner, mais personne ne nous aide.

Il faut qu'il y ait un responsable au niveau tutelle pour qu'il puisse aider l'établissement à mettre en place des choses. L'objectif, c'est que ses outils soient utilisés. Des budgets importants sont délégués au niveau national, il faut le reconnaître, mais la mise en œuvre est très compliquée. Il y a même des appels d'offres où personne ne répond, car c'est trop compliqué, personne n'aide donc pas personne ne répond.

## Annexe 5 : Retranscription entretien avec Jean-Jacques Morfoisse du 31 mai 2023 : 58 minutes

### Introduction

---

1. Présentez-vous-en quelques mots (Parcours, poste, mission, durée d'occupation...)

Je suis le docteur Jean-Jacques Morfoisse. Je suis actuellement conseiller auprès du directeur général en charge du pilotage du projet régional de santé de l'ARS Occitanie.

J'ai un parcours un peu mixte, puisque je suis médecin hospitalier d'origine, plutôt avec un versant médecine d'urgence. J'ai basculé dans la santé publique dans les années 90. Je me suis formé différents masters de santé publique et de biostatistique pour intégrer cette spécialité de praticien hospitalier en santé publique, en charge notamment de ce qu'on appelait le programme de médicalisation des systèmes d'information.

Cela concerne tout ce qui est tarification à l'activité dans un établissement de santé où j'ai mis en place tout ce secteur d'activité sur l'ensemble des champs d'activité, que ce soit les urgences, les courts séjours, ce qu'on appelait le moyen de séjour, le SMR aujourd'hui, y compris la psychiatrie et de HAD. Ça, c'est ma grande spécialité de départ.

Et puis après, j'ai été aussi président de la commission médicale de cet établissement deux fois, avec toute la partie gestion de projet d'établissement, management de l'équipe médicale et développement des relations des pratiques professionnelles et de la qualité.

C'est à ce poste qu'en fait, j'avais des relations fréquentes avec les tutelles à l'époque de l'Agence régionale d'Hospitalisation avant que ce soit les ARS et qu'au moment de la création, tout simplement. A l'ARH, j'étais à temps partiel dans une petite cellule avec une directrice d'établissement et une directrice de soins. Il avait été monté par l'ARH à l'époque, Midi Pyrénées, qui était une cellule d'accompagnement des établissements en difficulté où on faisait de l'audit public, si je puis dire, pour aider les établissements face à des difficultés budgétaires d'organisation, de management, haute qualité des pratiques.

Quand les ARS se sont créés, le premier directeur de l'ARS Midi Pyrénées, m'a demandé si je voulais intégrer l'ARS. C'est comme ça que je me suis retrouvé en Agence Régionale de Santé avec différentes fonctions. Au départ, directeur de la qualité de la performance, c'était en lien direct avec ce que je faisais avant, puis directeur de l'offre de soins et de l'autonomie avant d'être directeur général adjoint de l'ARS Midi Pyrénées puis de l'ARS Occitanie. J'ai souhaité, pour des raisons personnelles prendre un petit peu de recul et rester là sur une fonction de conseiller médical du directeur général et plutôt sur du pilotage de gestion de projet.



## Partie 1. La place des tutelles et les conventions de coopérations

1. L'obligation de conventionner avec un établissement est-ce pour vous une aide ou bien une véritable contrainte ?

J'ai vécu les deux périodes, y compris à l'hôpital, de l'autre côté de la barrière. Mon expérience me fait dire que l'incitation juridique, pour être plus direct, l'obligation juridique ou réglementaire d'ailleurs de coopérer est un incitatif efficace. Ce n'est pas le plus intelligent, mais force est de constater que ça a marché, notamment avec la création des groupements hospitaliers de territoire, qui est une obligation formelle de coopération ou un mode de coopération, même si on pourrait imaginer que ça aille beaucoup plus loin. Forcé de constater que ça a rendu obligatoire la présence d'acteurs autour d'une table au sein d'un même territoire qui ne se parlait pas souvent depuis des générations, même s'ils étaient distants de quelques kilomètres.

On y reviendra sans doute sur l'aspect qualitatif, mais on ne pourrait pas considérer que sur le sujet de la coordination, si bien compris, c'est ça votre fil rouge autour de votre travail, un acteur de santé au sein d'un même territoire de santé qui ne se causait pas était une bonne chose. Moi, je revendique presque le fait, même si je ne suis pas du tout à l'origine de ça, mais je connais bien le sujet qui a été au cabinet de la ministre au moment où sont sortis les GHT. Je pense qu'effectivement, la contrainte réglementaire d'obligation a montré une certaine efficacité pour au moins obliger les gens à se poser tous ensemble autour d'une table et réfléchir sur un projet territorial de santé. Jusqu'à présent, les professionnels se sont dit « Écoutez, vous ou mieux quiconque savez ce qu'il faut faire pour mieux prendre en charge les personnes malades au sein du territoire. » Ça marchait. Il y a des endroits où forcément, il y a des coopérations intelligentes et sûrement très efficaces, mais il y a beaucoup d'endroits où ça ne marchait pas du tout, parce que les gens n'avaient pas envie de se causer des trucs simples.

Ce que je peux vous en dire, oui, c'est une contrainte, mais faire une analogie avec la mécanique des fluides, sans contrainte, les particules, elles ne s'alignent pas. À un moment donné, un peu de contrainte, ce n'est pas inutile non plus. Après, ce qu'il faut encore plus de contraintes ? Ça, je ne sais pas, c'est à vous de réfléchir pour l'avenir. Et puis, je sais qu'il y a des réflexions en cours sur notamment, une seule entité morale au sein des groupements hospitaliers. Vous savez que chaque établissement est autonome, garde son autonomie et son identité en tant que tel. Est ce qu'il faut aller plus loin pour forcer un peu plus encore sur la coopération ? Ça, je ne sais pas dire. Voilà ce que je peux vous dire moi, de mon expérience sur cette question.

Il a été soulevé le fait qu'il n'y avait pas souvent d'évaluation à ces conventions. Et c'est surtout ça qui était une contrainte, car les établissements avaient l'obligation de conventionner. En réalité, elles n'étaient pas souvent évaluées.

Là aussi, pour reprendre l'exemple des groupements hospitaliers de territoire, il y avait toute une dynamique et une démarche, entre guillemets, je parle pour les deux régions que je connais, y compris de dévaluation de ces projets de groupements hospitaliers de territoire. Après, tout ça a été vraiment bousculé par la crise sanitaire qui est sur le territoire. Fin 2019 on a mis tout ça de côté, c'est à dire tout s'est arrêté. Toute cette dynamique d'évaluation, effectivement, de ces coopérations, c'est un fait de s'être arrêté du fait de la crise sanitaire qu'on a traversées aujourd'hui, on ne l'a pas repris parce qu'on est parti sur autre chose. Ça, c'est une réalité. La deuxième chose, c'est quand on évalue « and so what ? », c'est à dire qu'on évalue, on fait le constat que les gens ne sont pas au rendez-vous. C'est là où on se dit « Est ce qu'il faut rentrer dans la contrainte ou pas ? ». Quelles sont les conséquences ? Est ce qu'on a un rôle régalién, nous, quel que part, de se dire « Si tel établissement n'a pas fait le job, qu'est-ce qu'on fait pour l'inciter à le faire ?

Qu'est ce qu'on fait éventuellement en termes de contraintes financières ? Dans une logique de contrat, en considérant que les objectifs ne sont pas atteints, donc forcément, il y a une pénalisation à envisager. Là aussi, force est de constater qu'on n'est jamais allés au bout de la logique. Là, je parle pour les établissements publics, mais aussi privés, puisque plus on s'en rejoint, les contrats d'objectifs et de moyens, plus rien ne va, les fameuses CPOM qui sont obligatoires pour tous les établissements. De temps en temps, moi, j'ai pu faire le constat qu'un établissement, par exemple privé, n'était pas au rendez-vous de ses objectifs en termes de CPOM. Théoriquement, il est censé pouvoir appliquer des sanctions financières, comme non-respect du CPOM. Je n'ai pas connaissance que ce soit fait nulle part en France. Évidemment, la FHP est très vendeuse de boue contre cette idée, mais ça, c'est la défense de son bifteck. Mais c'est très compliqué, y compris sur le plan juridique et je suis persuadé, parce qu'on avait essayé de le faire dans deux ou trois cas de figure un peu caricaturaux, que juridiquement, ce soit totalement robuste, cette affaire. Une fois qu'on a fait ce constat, comment on fait pour obliger un peu plus et mettre des contraintes, pourquoi pas ?

Il faut de la pédagogie et de l'accompagnement. Moi, je pense qu'à un moment donné, il faut aussi des contraintes financières un peu pour inciter. Sinon, après, on sort des armes qui sont du bazooka, c'est à dire on remet en cause les autorisations d'activité de soins de tel ou tel établissement, en disant « Les gens vont pas respecter les contraintes législatives ou réglementaires sur telle ou telle activité de soins. On ne les autorise plus à y fermer. Pour avoir fermé une clinique en Occitanie pour des raisons de non qualité des pratiques, je peux vous rassurer que l'exercice est quand même un petit peu complexe. Ça a pris deux ans quand même. L'artillerie lourde, mais c'est vrai qu'aujourd'hui, on n'a pas d'outil vraiment efficace, je trouve, de contraintes un peu incitatives pour aller plus loin.

2. La présence de plusieurs établissements dans la prise en charge du patient n'altère-t-il pas le suivi du patient ? (Information bien transmise, qualité de soins, suivi)

En fait, ça me fait faire une petite digression plus générique sur la notion de coordination. Parce qu'en fait, la coordination, c'est quoi ? C'est lié à deux choses, à mon avis, essentielles. C'est lié au fait que, un, les besoins en santé évoluent, le fait du vieillissement de la population et du développement des maladies chroniques. J'enfonce une porte ouverte, ça vous le savez par cœur, mais que d'un dialogue singulier entre un professionnel de santé ou un médecin et un patient, comme dans la médecine, il n'y a pas si longtemps que ça encore. Aujourd'hui, on est passé à un exercice où c'est une équipe soignante qui prend en charge et accompagne une personne malade pendant des années. Ça, c'est le premier facteur essentiel de coopération. Et le deuxième facteur, c'est l'évolution de la science, des innovations qui fait qu'aujourd'hui, si on veut produire des soins up to date pour un patient des soins de qualité, encore une fois, on n'est pas omniscient et forcément, il faut avoir recours avec des spécialistes et de plus en plus de spécialistes pour effectivement produire les bons soins et que ces spécialistes se trouvent souvent dans plusieurs établissements de santé au sein d'un territoire.

Donc, ce double axe, à la fois d'évolution des besoins et deuxièmement, d'évolution de la réponse à ces besoins, fait que ce besoin de coopération, il est essentiel parce que cette coopération est un instant nécessaire entre plusieurs professionnels pour prendre en charge et accompagner le patient. Elle est nécessaire aussi dans la durée, tout au long du parcours de santé du patient. Cette coopération, c'est d'abord, sur le plan qualitatif, une très bonne chose et une nécessité absolue. Oui, vous avez raison, forcément, le revers de la médaille, c'est que c'est compliqué de coopérer. Pour coopérer, il faut communiquer. Il y a des gens qui n'ont pas envie de communiquer.

Je ne sais pas si vous avez vu, je crois que j'en ai parlé très rapidement, mais quand on a des outils d'analyse des parcours de soins et parcours de santé des personnes ; toutes les études montrent que quand on étudie la qualité de ses parcours, les points de rupture, c'est à dire source de

dysfonctionnement et de non qualité, ils se situent essentiellement aux interfaces entre les structures. Au moment où le patient quitte un établissement A pour aller dans un établissement B, c'est là où effectivement se situent les risques majeurs en termes de non qualité.

Vous avez parfaitement raison, ça suppose effectivement une communication fluide entre les professionnels et les structures, d'avoir des systèmes d'information qui communiquent, d'avoir évidemment souhaité communiquer, d'avoir un système d'information qui communique, d'alimenter mon espace santé. Je t'en citerai d'exemples précis. Je connais bien un CHU et un CLCC dans la même ville qui, ni l'un ni l'autre, n'alimentent mon espace santé. Imaginez bien quelqu'un qui a un cancer, qui doit être soigné pendant des années et qui fait la navette entre les uns et les autres, c'est eux qui portent les comptes rendus de l'un et de l'autre ou les imageries. C'est la réalité d'aujourd'hui en Occitanie. Il y a du boulot, même sur des établissements d'excellence à vocation régionale.

3. Comment arrivez-vous à vous organiser entre vos patients, les urgences (s'il y en a) et l'adressage de patients qui proviennent d'autres établissements au niveau de la charge de travail ?

Il est compliqué de s'organiser avec les flux des patients. J'ai beaucoup pratiqué des deux côtés. C'est compliqué d'abord parce que le système, l'efficacité et la contrainte, notamment liée à la tarification à l'activité, a fait qu'on travaille de plus en plus à flux tendus, pardon pour l'analogie industrielle, mais c'est quand même ça. Travailler à flux tendus, ça veut dire laisser moins de place à l'inattendu, donc aux urgences, inattendu au deux sens du terme. Personne qui n'est pas attendu est inattendu parce que c'est quelque chose qu'on n'avait pas prévu. Effectivement, il y a des conflits partout, dans toutes les structures, qu'elles soient publiques ou privées, entre la nécessité de plus en plus prégnante d'avoir à prendre en charge des personnes aux urgences.

On pourra reparler des urgences si vous voulez, mais c'est un fait puisque l'activité des services d'urgence depuis 20 ans a explosé et que cette activité, effectivement, est par essence totalement contradictoire avec une organisation programmée, fluide, à flux tendus telle que l'impose une approche d'efficacité liée à la tarification à l'activité.

C'est pour ça aussi qu'aujourd'hui, il y a un consensus de l'ensemble des acteurs pour dire qu'il faut bouger le modèle de financement des établissements et que la tarification à l'activité a eu des effets bénéfiques, il ne faut pas l'oublier, mais a fait son temps est aujourd'hui un mode de financement sans doute obsolète.

4. Pensez-vous que le contrôle réalisé par les tutelles est-il correct et justifié, notamment la certification, pensez-vous que leur place dans l'établissement est justifiée ?

Je ne sais pas répondre à cette question. Très honnêtement, il y a deux logiques qui s'affrontent. Une logique pédagogique d'accompagnement des établissements vers une démarche vertueuse. C'est ce qu'on a essayé de développer depuis une dizaine d'années de manière privilégiée et donc effectivement, en termes de ressources, présenter ces ressources sur les équipes classiques d'inspection contrôle, dont on a beaucoup entendu parler avec le scandale Orpea, on pourra y revenir, mais la logique est un petit peu la même dans le champ sanitaire, versus un contrôle a posteriori.

Aujourd'hui, il y a une logique presque de mode imposée par l'affaire Orpea, de se dire « Il faut revenir avec plus de contrôle et moins d'accompagnement, faisant plus confiance aux acteurs, en les laissant « autonome » et par contre être plus intelligent sur un contrôle a posteriori ». Pourquoi pas ? Je pense que ça peut avoir du sens.

Simplement, ça rejoint ce qu'on disait tout à l'heure. Le contrôle a posteriori suppose que des outils efficaces de contraintes et de sanctions et pas l'arme bazooka de dire « Écoutez, on ferme la boutique parce que votre panneau est clos. » Moi, je considère, après je suis pas juriste, mais qu'on manque un peu d'outils sur le plan juridique et financier pour avoir ce type d'approche.

Ça marche toujours parce que la peur du gendarme fonctionne. Je pense que ça marche plus aujourd'hui pour des aspects de communication et de remise en cause de l'image de marque de la boutique que de peur de l'ARS.

En fait, ce dont ils ont peur, ce n'est pas de l'ARS ou des contrôles de l'ARS, c'est d'avoir effectivement une communication négative qui fait baisser leurs actions et diminuer leurs dividendes. C'est ça la réalité. Nous, on peut se dire que grâce à nous, la qualité d'accompagnement des personnes âgées et familles est en bas et écouter, tant mieux si c'est le cas. Mais enfin, il faut être réaliste. Pendant dix ans, moi, je peux témoigner qu'en tant que directeur de l'offre de soins, on nous demande d'être pas de contrôler et d'accompagner les établissements dans une démarche qualité. C'est ça notre priorité fixée par les ministres. C'est entre nous, mais il faut se dire les choses. Aujourd'hui, le temps change. Pourquoi pas. C'est pour ça que je dis que je ne sais pas répondre à votre question. Mais il ne faut pas être hypocrite. C'est à dire que si on dit « Aujourd'hui, on laisse effectivement plus d'autonomie aux établissements, moins d'approche administrative », pourquoi pas ?

Mais il faut qu'ils en assument la responsabilité. Ils ne sont pas en rendez-vous à laisser une cliente temps, mais ils ne se mettent plus le temps. Je ne peux pas vous dire autre chose que de ce que je tire de mon expérience dans ce domaine.

Je prends un exemple très classique sur les dossiers d'autorisation d'activité de soins. Vous savez que c'est très réglementé. Il y a une procédure très réglementée avec un appel à projet dans le cadre d'un schéma régional d'organisation des soins. Tout cela est très cadré. On a un dossier d'instruction sur lequel, effectivement, on est très pointilleux, quitte à refuser et à considérer que le dossier n'est pas recevable s'il ne remplit pas toutes les conditions réglementaires, etc. C'est vrai que là-dessus, au nom de nous, on prend et on prenait beaucoup de temps pour discriminer les dossiers là-dessus. Effectivement, aujourd'hui, il y a une tendance qui est de vouloir alléger beaucoup ces procédures, à la fois pour les établissements, ça prend moins de temps pour les établissements et pour l'ARS, moins de temps pour les analyser. C'est l'exemple de ce que je viens de dire. Pourquoi pas ? Moi, intellectuellement, je ne suis pas contre du tout cette idée, mais ça veut dire qu'à un moment donné, les conditions réglementaires, techniques réglementaires de fonctionnement, elles sont inscrites dans la loi. Donc, si les gens ne la respectent pas ou dans les décrets qui découlent de la loi en question, il faut en tirer des conséquences et d'être strict.

C'est cette balance entre autonomie et responsabilité qu'il faut clairement poser et ne pas être hypocrite.

5. Constatez-vous une montée de l'omniprésence des tutelles dans la prise de décisions de la direction des établissements qui s'accroît de plus en plus ?

Je ne peux pas dire si on est de moins en moins présents. Je pense que c'est plus les établissements qui ont un regard peut être plus objectif que nous là dessous et qui vous diront. Je pense que, mise à part encore une fois la crise sanitaire qui a été un contexte très particulier, je pense qu'on est toujours autant présents, modulo les ressources que l'on a, peut être sur un mode d'intervention qui est un peu différent qu'avant. Mais ça, c'est mon point de vue.

## Partie 2. La place de l'E-santé dans la coordination des acteurs

1. En tant que manager, comment appréhendez-vous le parcours de demain avec les nouvelles mesures numériques mises en place, comment manager ses équipes face à ces changements ? Le parcours de soins peut être complété par le DMP ?

Moi, je pense que là, il y a plusieurs aspects dans ce que vous dites.

D'abord, là, je pense qu'il faut mettre un peu de contraintes sur les professionnels de santé et dans les nouveaux modes. Ça, c'est un point de vue personnel. Je n'ai pas à regarder de financement et de financement à la qualité.

L'usage des outils numériques en santé est incontournable. Ça, c'est un premier point. La deuxième chose, c'est l'utilisateur va voter avec les Smartphones aussi. C'est à dire qu'à un moment où il en aura marre de faire la coordination de son parcours à la place des professionnels, il ira voir les professionnels connectés et qu'à un moment donné, les professionnels réticents ou les établissements réticents vont peut-être réfléchir à l'intérêt stratégique pour eux d'adhérer à ces dispositifs parce qu'à un moment donné, ils vont perdre des parts de marché. On est encore dans une logique économique de marché. Le monde de la santé, c'est une production de richesse énorme. Ça doit s'imposer. Et puis, un troisième sujet, managérial. Je prends plutôt ma casquette de manager au sein des types de professionnels, que ce soit à l'hôpital ou en agence régionale de santé.

C'est vrai qu'il y a des conséquences managériales très importantes qu'il ne faut pas sous-estimer. Liées au télétravail, mais dans le monde de la santé, dans les établissements de santé, on ne soigne pas en télétravail encore, même s'il y a de la télé-médecine, de la télé-expertise. Mais dans le fonctionnement de l'équipe administrative, en fonction de vos positions aujourd'hui, demain, les sujets se présenteront et qu'effectivement, ça impose une révision des modes de management, des modes de communication avec d'autres formats, évidemment, d'autres outils comme Teams ou autres, mais aussi d'autres formats de communication, de management d'équipe sur des temps beaucoup plus courts et des outils plus dynamiques. Parce que le télétravail n'a pas que manifestation plein d'avantages et de toute façon, c'est entré dans les mœurs. La crise sanitaire a été servie de démonstration sur le sujet, mais aussi, ça suppose effectivement un management complètement adapté et révolutionné là-dessus. Pas aller plus loin pour en rediscuter si vous voulez, mais effectivement, je trouve que les écoles managériales commencent à peine à s'intéresser au sujet et vendent encore des modèles managériaux qui sont complètement dépassés

2. Si le personnel soignant a accès au dossier et peut compléter le dossier du patient, comment manager ses équipes au sein d'un établissement face à ces changements ? Avec l'intégration des nouveaux outils

Je pense très sincèrement que les professionnels sont volontaires globalement. Je n'ai plus de doute là-dessus. Il y a un effet de génération aussi. C'est clair que je suis de la génération qui a connu la transition. Ça va peut-être vous faire sourire, mais j'ai connu les machines à écrire avec papier carbone dans les établissements de santé. J'ai connu l'arrivée des premiers ordinateurs dans les établissements de santé. Je crois qu'aujourd'hui, la génération qui est la vôtre ne se pose plus toutes ces questions. Tous ces nouveaux outils avec une certaine facilitation. Les nouveaux professionnels de santé, quelle que soit la spécialité, ils sont arrivés avec ça, ça leur paraît naturel, il y a moins d'a priori et je crois qu'il n'y a aucun souci là-dessus. Le souci, il est sur « je veux mon outil adapté en fonction de ma pratique et de ma spécialité. » C'est là où ça reste compliqué, c'est qu'en fonction de la spécialité, si vous êtes infirmière libérale, si vous êtes infirmière en ARA ou médecin radiologue, forcément, vos priorités en

termes d'outils informatiques, elles ne sont pas du tout les mêmes et ils sont parfois contradictoires, voire contre productifs et non communicants.

On tombe dans le débat intérieur. Je crois qu'il n'y a aucun frein de principe et qu'il y a une certaine appétence, voire même une certaine addiction à tous ces outils. Pour reprendre votre question, je pense que la question de ne pas mettre à profit le temps gagné dans la relation humaine entre les équipes et les patients est peut être sous tendu à une certaine addiction à ces outils. Ça, c'est un sujet dont on discute très peu encore. Ça commence à émerger à travers l'addiction des jeunes sur les écrans. Mais on ne se pose pas la question, tous les professionnels de santé, et moi, je pense que le vois, y compris dans ma pratique en tant que client du système de santé ou de ce que j'observe, c'est affolant. C'est affolant. Il y a des jeunes professionnels de santé qui se baladent avec leurs Smartphones en permanence, qu'ils ont une logique d'hypertexte, en même temps qu'ils s'occupent d'un patient, ils répondent à une notification de je ne sais pas trop quoi, je ne sais pas si c'est personnel ou professionnel. C'est ça aussi où je pense qu'il y a un travail. Tu as rejoint la qualité de vie au travail et sur certaines préventions, il faut s'occuper aussi de l'addiction aux écrans, les professionnels de santé.

Ça peut paraître un peu disruptif comme discours, mais en tous les cas, pour répondre à votre question, moi, j'observe qu'il y a vraiment une grande attente des professionnels de santé aujourd'hui.

### 3. Quels sont les limites au e-parcours de soins (avantages et inconvénients), existe-t-il une réticence des patients

Petite remarque qu'on n'a pas évoquée, mais j'en fonce une porte ouverte, c'est que ça marche si on est connecté à un réseau. Il y a aussi la question de la fracture numérique. Si on est à l'endroit où on se trouve et que souvent, c'est associé à la ruralité, à l'isolement, c'est à dire qu'aujourd'hui, sans accès à Internet, on ne sait rien faire, ni les uns ni les autres. Donc voilà, aller dans une vallée au fin fond de l'Ariège pour bénéficier de la télé expertise, s'il n'y a pas de réseau pour vous connecter, ça ne le fera pas. Donc voilà, petite remarque qu'on n'a pas évoquée de bon sens, mais qui est souvent une difficulté.

Dans la fracture numérique, il y a aussi la notion d'apprentissage aux outils. On évoque beaucoup les personnes âgées à juste titre. On n'évoque pas les jeunes. Et c'est aussi une difficulté parce que les plus jeunes, encore plus jeunes que vous, qui utilisent depuis des années des Smartphones ou des écrans ou des tablettes, sont conditionnés par une utilisation sous forme de logique hypertexte et sont très, très en difficulté pour répondre à des questions à l'air structurée ou utiliser des applications un peu structurées.

Donc, il ne faut pas résumer en tous les cas la question de l'apprentissage des deux outils numériques en santé simplement au personnage geste. Il y a une vraie difficulté incontestablement. Et on s'aperçoit, notamment sur un certain nombre de travaux chez les adolescents en difficulté, qui ont souvent aussi des difficultés d'apprentissage ou des syndrome de droit de vie, que chez les jeunes, ce n'est pas évident.

### 4. Est-ce que l'E-Santé est une solution aux problèmes actuels ?

D'abord, rappeler une évidence, c'est que ces outils sont absolument indispensables, c'est sûr. Par rapport à ce qu'on a évoqué de difficultés de coordination, il n'y a pas 36 000 solutions. Ces outils sont d'une grande facilitation pour répondre à ces difficultés.

À mon avis, une difficulté majeure dont on parle peu, qui est la notion d'interopérabilité des systèmes, alors que maintenant on appelle plutôt sur la notion d'urbanisation des systèmes de la formation, que les systèmes se causent entre eux, pour faire court. Là aussi, il y a un peu d'hypocrisie, c'est à dire qu'il faut rappeler qu' en termes de modèle économique, les systèmes d'information de la part de leurs

développeurs sont faits pour ne pas se causer, pour créer des monopoles et pour créer du besoin et développer une activité économique dans le système. Là aussi, il y a une hypocrisie absolue, c'est que moi aussi, en établissement de santé, pour avoir porté ce genre de projet numérique en santé, en établissement de santé, c'est l'enfer. C'est à dire que vous avez beau mettre toutes les contraintes dans les cahiers des charges pour faire en sorte que votre nouveau dossier, patient informatisé ou dossier de soins informatisé, communique avec le dossier administratif.

Les fournisseurs de logiciels n'ont pas envie de se parler, ils ne se parleront pas, quelle que soient les contraintes que vous mettez dans le cahier des charges. Donc, que c'est toute la démarche qui a été portée, qui est intelligente, je trouve, et c'est d'ailleurs, pardon, je fais une délégation, à mon avis, une des raisons de l'échec du dossier patient numérique depuis l'annonce de Douste-Blazy il y a plus de 20 ans sur l'obligation du dossier patient. La démarche qui a été menée sur l'approche numérique en santé portée par l'assurance maladie et portée notamment en région par Dominique Pons, l'ancien directeur général de la Clinique Pasteur, qui m'a toujours dit qu'il y a un artiste ou d'autres auspices, était plutôt intelligent, c'est à dire de travailler en priorité sur les fondations et sur la maison commune, comme il l'appelle, pour pouvoir mettre en place des normes de communication avant de passer des couches fonctionnelles pour que ça communique. Je pense que c'est la bonne approche.

La condition de la réussite, c'est que les professionnels et les usagers se saisissent de ce système et que ça se développe, comme on dit, dans les usages. C'est à dire pour que ça se développe dans les usages, il faut que chacun y trouve un intérêt, que ce soit facile, que ce soit fiable, qu'on ne multiplie pas les mots de passe entre tel et tel système, que ce soit utile à la fois pour les patients et à la fois pour les professionnels.

Je crois que c'est encore trop tôt pour dire si mon espace santé répond à ces attentes, mais c'est le défi qui est posé pour sa réussite puisque vous avez sans doute vu que dans mon espace santé.

Ensuite, il y a tout un tas de couches logicielles spécifiques en fonction de telle ou telle pathologie ou telle ou telle... Mais qui est censée se greffer que dans un deuxième temps.

De toute façon, là, on est sur un des aspects du numérique en santé qui est la communication.

Il y a plein d'autres aspects sur l'exercice, la télésanté, etc. Il y a tout l'aspect aussi de l'intrusion de l'intelligence artificielle dans la pratique médico-soignante, mais ces outils sont absolument indispensables et je fais le pari, peut-être un peu naïf encore, mais je vais espérer garder un peu de naïveté malgré ma grande expérience, de se dire qu'en fait, c'est du temps gagné au profit des relations humaines, c'est à dire que les professionnels, grâce à des outils performants, gagnent du temps et que ce temps gagné, ils le mettent à profit, c'est t pour vraiment être plus à l'écoute et plus dans la relation interhumaine avec les patients.

Est-ce que c'est complètement naïf de ma part ? Effectivement, je pense qu'il y aura un retour sur investissement au profit d'un certain humanisme dans la santé de la pratique médicale. Sinon, c'est à désespérer de tout. Je suis quand même un petit peu vigilant sur certains aspects là-dessus

5. Le manque de personnel soignant est-il selon vous un frein à la coordination du parcours de soins ? Et face à la pénurie de soignants, comment réorganiser la coordination ?

C'est indéniablement un des outils essentiels, ça, c'est sûr. J'avais été marqué par un échange que j'avais eu avec des collègues canadiens, ils nous expliquaient comment ils soignaient les patients à 4 000 kilomètres de distance. Quand on parlait de déserts médicaux en France, ça faisait quand même un petit peu rigolé. Mais ça passe par des outils numériques, effectivement, notamment de l'expertise et de ce soin. Oui, ça, c'est un des outils, mais encore une fois, moi, je suis attaché au fait que ce sont avant tout des organisations humaines. Quelles que soient les qualités des outils, si les gens n'ont pas envie de communiquer, ça ne marche pas. Et que vouloir communiquer, ça génère des contraintes en termes d'organisation, en termes dont il y en a beaucoup parlé, mais aussi d'organisation. La télé-médecine, ça marche si la ressource, en tous les cas l'organisation sollicitée, s'organise pour répondre aux besoins et à la demande. Ce n'est pas au débuté « Tiens, je vais aller faire un tour pour

voir s'il n'y a pas un truc, quelqu'un de connecté qui souhaiterait avoir un avis ». Voilà, donc c'est des contraintes extrêmement drastiques parce qu'il y a aussi les contraintes liées au matériel qui font que perdre un peu de souplesse en termes de gestion des horaires, etc.

Donc, attention à ça, c'est à dire que ne pas présenter ces outils sur l'aspect uniquement technique, mais aussi bien analyser le contexte d'implantation de ces outils. Est-ce que les professionnels ont envie d'adhérer à ces outils ? Si oui, quelles sont leurs contraintes ? Comment on y répond de part et d'autre ? Et puis aussi, s'intéresser t aussi aux patients, à son vécu, vers qui il doit aller pour avoir un avis. Donc je pense que là, il y a plein d'expériences qui montrent que oui, ça marche. Après, ça ne répond pas à tout. Malgré tout, malgré les démarches d'infirmiers, par exemple, en pratique avancée, de temps en temps, on a aussi besoin de toucher le patient pour savoir l'examiner, ce qu'il a et tout passe pas par la machine. Comme je dis souvent, faire de l'imagerie en coupe et découper le corps humain grâce à une IRM très performante en tranches, ça ne soigne pas le malade. À un moment donné, il faut aussi savoir pourquoi on le fait. La clinique garde du sens et la relation avec le patient, évidemment, a du sens.

L'E-santé c'est avant tout. C'est surtout un outil.

Ce n'est pas une finalité en soi et il faut l'utiliser en tant qu'outil. C'est un outil très efficace quand effectivement, il est implanté, parce qu'il répond à des besoins, mais voilà, je suis contre l'idée que demain, on rentrera dans une boîte pour nous faire à la fois le diagnostic, le traitement par rapport à des pratiques de santé. Peut-être je me tromperais. Ça, de mon point de vue.

### Partie 3. La question des financements dans la coopération des acteurs

---

1. Les modes de tarification sont-ils adaptés à l'évolution de votre établissement ? Est-ce que vous pensez que la rémunération que vous avez, est-elle adéquate ? (Enveloppe globale reçue pour l'établissement) Le mode de tarification est-il adapté à votre établissement ?

Aujourd'hui, au niveau coordination, on finance un peu par appartement la coordination. Souvent, on finance du temps de professionnel pour la coordination des infirmières de coordination, des professionnels de coordination sur des projets isolés, notamment dans une logique de parcours. J'ai en tête évidemment en oncologie, on le finance en gériatrie, on le finance dans un certain nombre de pathologies dites chroniques aujourd'hui, sans avoir une approche un peu globale et systémique du sujet. Peut-être même on dépense trop d'argent ou de l'argent plusieurs fois pour la même chose autour de la coordination. D'où la naissance des nouveaux dispositifs. Je crois que vous les citez dans vos questions sur les DAC, par exemple, c'est d'avoir une logique d'organisation de la coordination au sein d'un territoire entre les professionnels, qu'ils soient en libéral ou en établissement. C'est sa logique et c'est la bonne approche. Comment on fait en pratique dans une logique ? Si on sort d'une logique de tarification à l'activité, ce serait intéressant de voir comment on associe peut être une partie, c'est les réflexions actuelles, d'une approche populationnelle. Dans un territoire, vous avez un volume de population à soigner, vous avez un mécanisme qui est, vous considérez que même volume de population, même financement, cette approche populationnelle, je suis un peu simpliste, un peu plus compliquée que ça, mais pourrait aussi servir au financement de la coordination des professionnels au sein d'un territoire et qui a une espèce de financement forfaitaire pour faciliter la coordination et payer les professionnels.

C'est le métier de faire la coordination ou payer le professionnel qui, dans son temps de travail, fait de la coordination. Sinon, on retombe dans la logique actuelle, c'est que dans une logique de tarification à l'activité ou de tarification à l'acte chez les professionnels des soins de premier recours, on crée, par



exemple, je pense, des forfaits de coordination pour les médecins généralistes, pour assurer la coordination aux conditions de médecin traitant de tel ou tel patient atteint d'une ALD ou d'une maladie chronique. C'est ce qui se passe aujourd'hui et dont on essaye de sortir. C'est compliqué quand même parce qu'une fois qu'on a dit « On met la T2A à la poubelle », c'est bien joli tout ça pour avoir vécu et participé activement à la mise en place de la T2A Et un certain nombre d'adaptation du modèle à certains secteurs d'activité. C'est quand même des années de travail, donc qu'il faille le mettre à la poubelle. Ça, ne me pose pas de problème métaphysique. Mais après, quelle alternative ? Il y a une mission actuellement d'inspection générale des finances et de l'action sanitaire sociale de l'IGAS.

On va essayer de réfléchir à ça et on voit que c'est quand même super compliqué. Je pense que dans ce nouveau modèle, la balance coordination sûrement sera prise en compte. En tous les cas, c'est bien identifié. Après vous dire comment, je ne sais pas vous en dire plus pour l'instant.

---

## Partie 4. Les innovations en santé

---

1. Pensez-vous que les nouvelles expérimentations telles que l'article 51, DACS, CPTS permettent une meilleure coordination, une meilleure prise en charge des patients ? Existe-il une limite ?

J'en profite pour redire que la région du Sud a dit « meilleure région en France en termes d'innovation » au titre de l'article 51, donc un peu d'auto satisfaction ne nuit pas. Simplement pour dire aussi qu'on a une belle expérience en Occitanie de ces dossiers et que ça marche. Là aussi, l'article 51 ne reste qu'un article 51, c'est à dire de permettre de la souplesse. L'article 51, c'était ça l'idée, c'est à dire se donner de la souplesse pour sortir de certaines contraintes réglementaires. On ne fait pas de choses illégales dans l'article 51 parce que la loi reste la loi, elle s'impose à tous. C'est simplement qu'on essaye d'être innovant en contournant un peu les contraintes de réglementation pour trouver une autre mode de financement, y compris il y a beaucoup de projets autour de la coordination avec des modèles de financement qui paraissent, selon les projets, ils sont validés dans le comité technique national ou la CNAM, in fine, c'est à dire à Bercy le dernier mot pour valider le projet. Et là, des critères d'évaluation extrêmement stricts et de se dire que finalement, si l'expérimentation marche, on inscrit ce dispositif de financement dans le droit commun pour en faire un.

Donc oui, ça marche. Ça marche particulièrement bien en Occitanie. Après, ce n'est pas la solution à tout. C'est encore une fois, se donner de la souplesse pour des systèmes un peu complexes, pour des parcours un peu complexes, pour mieux coordonner les acteurs. Dans tous les projets que j'ai en tête dans les modèles de financement, il y a toujours une partie liée à la coordination des acteurs dans ces projets Article 51. Je crois qu'il y en a six ou sept validés au niveau national qui viennent de l'ARS Occitanie. Je crois qu'on a eu le premier modèle... Non, le second modèle validé au niveau national Article 51. Il y a plein d'expériences intéressantes qui sont beaucoup sur le taux de la coordination. C'est encore un petit peu jeune, c'était lié aux ateliers de financement de 2018, donc on a quatre ans de recul sur ces projets.

Article 51, c'est malgré tout peu pour en juger totalement l'efficacité.

Certains projets ont été validés au niveau national un des premiers, je crois que c'était autour de la prise en charge des plaques chroniques chez les patients diabétiques, ceux qui ont des ulcères de jambes ou des plaies qui sont extrêmement complexes à cicatrifier. Ils demandent souvent une expertise, vraiment, en tant que professionnels. Ils connaissent très bien une coordination des acteurs

après des infirmiers libéraux ou des médecins hospitaliers. Un des premiers projets, je crois que c'était le second, tournait autour de tout ça pour vous donner... On est typiquement dans la coordination professionnelle de santé de plusieurs secteurs, libéraux, hospitaliers, publics et privés, autour d'un centre d'expertise et de la coordination. Ça, c'est pour prendre un autre exemple sur un tout autre sujet qui peut être par exemple l'exemple OXYTA10, si vous en avez entendu parler, qui est un projet occitan maintenant qui a une dimension nationale, qui était de coordonner les services sanitaires d'éducation nationale autour du dépistage des troubles de l'apprentissage chez l'enfant et de l'accompagnement, ce fameux syndrome 10, en lien avec l'éducation nationale, avec les psychologues, avec les éducateurs de l'éducation nationale, avec des équipes de pédiatrie, notamment de puéricultrices et de pédiatres, pour faire le bilan de ces syndrome X et avec des centres de référence régionaux pour identifier tout d'abord un diagnostic de ces enfants le plus tôt possible en hôpital de jour, dans les centres de référence et un accompagnement.

Prévoir ensuite un accompagnant pour faciliter l'apprentissage de ces enfants et qu'ils ne soient pas en échec. En échec scolaire et en échec souvent dans la société de main. Ce sont des enfants souvent intelligents, mais comme chacun d'entre nous, parfois, ont des difficultés d'apprentissage. C'est deux exemples vraiment très différents, mais qui sont assez, à mon avis, révélateurs de ce qu'on peut faire à l'échelle de la région et qui ont trouvé des modalités de financement qui n'existaient pas avant dans le système.

2. Ces expérimentation article 51 pour les personnes handicapées, est-ce qu'elles vous paraissent applicables à l'ensemble du système de santé ? Est-ce qu'on pourra l'étendre sur toute la France ?

Je reprends d'abord par une boutade, mais toute l'innovation est vouée à l'obsolescence. Vous avez raison, évidemment. C'est qu'à un moment donné, si on est trop lourd dans le système pour mettre en place une innovation, le jour où on est capable de mettre en place, c'est plus une innovation, voire même c'est plus adapté aux besoins, puisqu'entre temps, le besoin a changé. Il y a une logique de cycle de l'innovation, je vous en ai un petit peu parlé, qu'il faut toujours avoir en tête. C'est ce qu'on a beaucoup critiqué au départ et j'étais un des premiers, j'étais beaucoup impliqué sur le projet national Article 51. Après avoir passé la main. Je ne sais pas si j'ai passé la main depuis, mais le système était extrêmement lourd pour valider un projet Article 51. Il fallait pratiquement deux ans pour valider un projet. C'était insupportable. Et puis entre temps, on avait perdu tous les promoteurs parce que les promoteurs, au bout de trois mois, six mois, ils disent « Ça va. Vous n'en voulez pas, vous n'en voulez pas, j'ai autre chose à faire. »

Donc, il faut garder une dynamique, une agilité liée à l'innovation pour aller le plus vite possible dans sa mise en œuvre, y compris avec une évaluation stricte et rigoureuse pour ne pas faire n'importe quoi.

Ça, c'est un sujet majeur. Il faudra tourner toujours en permanence.

Il y a une Agence nationale d'Innovation qui vient d'être créée. Je ne sais pas comment elle va travailler. Pour l'instant, je n'ai pas tout compris, mais ça, c'est un truc intéressant, sous réserve, que ça ne devient pas un machin hyper lourd, que ça reste une petite structure, ce que j'espère, et qu'il garde cette légitimité pour garder ce cycle très rapide d'agilité, d'innovation, de mise en œuvre, d'évaluation et puis aussi savoir arrêter en France, ce qu'on ne sait pas du tout faire s'il ne marche pas. À un moment donné, c'est comme ce qu'on évoquait sur les sanctions au début de nos échanges, quand une innovation ne marche pas, il faut savoir l'arrêter, expliquer pourquoi.

C'est des fonds de la solidarité, ça ne marche pas, ça ne marche pas. En France, on ne sait pas trop faire. On politise toujours tout de suite le sujet en disant que l'étude telle soit méchante ou la science maladie est méchante, mais non, ce n'est pas la question.

C'est un complexe dans le type de l'ésotérique. Pourquoi je pense qu'on est relativement bon en Occitanie, même s'il faut rester à un certain degré d'humidité, c'est qu'on a créé une cellule ad hoc de

facilitation et où on crée des séquences d'accélérateur, où l'idée, c'est qu'on réunit tout le monde sur un temps court, on met le paquet en termes d'équipe et on sort le sujet. C'est à dire qu'à la fin de la réunion, on a la solution. Puis après, il y a toujours le travail de l'écriture, de rédaction, etc. On a cette petite équipe, c'est trois ou quatre personnes au sein de l'ARS qui ne sont pas dédiées à temps plein sur la rédaction de la partie 51, mais qui constituent cette petite équipe, cette force, comme on dit en mauvais français, et qui accompagne les équipes dès qu'on repère une idée intéressante. On fait une petite tour de réunion pour analyser la pertinence du projet. Encore une fois, si la procédure Article 51 peut répondre à la problématique ou pas ou les orienter vers autre chose, si ça marche, on les aide, on les accompagne beaucoup dans la rédaction. Nous aussi, on s'est amélioré.

On n'était pas très bon au début. Je pense qu'on est meilleur maintenant. Donc oui, ça, et encore une fois, au bout d'un certain temps, comme tout le monde, nous, on est pareil. Au bout d'un certain temps, si ça pédale, si on sent que c'est trop compliqué, on laisse tomber. C'est ça vraiment qu'on veut éviter. C'est une vraie bonne idée une idée. Ça permet de mettre de découragement parce que ça reste compliqué. La procédure reste compliquée, ça, c'est un dénivelé.

## Annexe 6 : Retranscription entretien avec Romain Vignoli du 17.05.2023 : 34.59 minutes

### Introduction

---

1. Présentez-vous-en quelques mots (Parcours, poste, mission, durée d'occupation...)

Romain Vignoli, anciennement directeur de la clinique Rech à Montpellier.

J'ai toujours travaillé dans des établissements de santé privé, j'ai été directeur de structures sanitaires associative et à but lucratif dans différents secteurs : MCO, dialyse et récemment en santé mentale. En ce moment je suis entre deux jobs car je commence la semaine prochaine mon nouveau travail en Haute-Savoie. En formation, j'ai d'abord une maîtrise en droit et après j'ai fait un master 2 à la fac de droit de Montpellier en gestion des établissements de santé.

### Partie 1. La place des tutelles et les conventions de coopérations

---

1. L'obligation de conventionner avec un établissement est-ce pour vous une aide ou bien une véritable contrainte ?

Réglementairement parlant c'est une contrainte parce que si on ne l'oblige pas ça va quand même beaucoup moins vite en revanche c'est juste indispensable aujourd'hui dans la prise en charge des patients. Aujourd'hui il y a très peu de modèles de prise en charge qui ne s'imaginent pas sans coopération entre établissements où entre professionnels de ville et établissements. Le fait que ce soit obligatoire c'est une manière pour les tutelles d'inciter à le faire.

- Est-ce que si elles sont mises en place elles fonctionnent réellement ou alors est-ce que c'est mis en place parce que ça doit être mis en place est-ce qu'il y a un réel projet autour de tout ça ?

Si on reprend un peu d'histoire j'ai été expert visiteur à la HAS et il y avait des classeurs avec des tonnes de conventions qui dataient de 5/10 ans sur lesquels il n'y avait aucun bilan de fait mais ça c'était avant. Aujourd'hui je pense que c'est beaucoup plus restreint mais c'est beaucoup plus utile, je pense que ça doit vraiment vivre entre les établissements. Je vais vous donner deux exemples de mon parcours :

- o Au niveau de la dialyse il y a plusieurs modalités de prise en charge et aujourd'hui un établissement de dialyse doit ouvrir toutes les modalités de prise en charge ou en propre ou par convention. Si un établissement ne propose pas un type de prise en charge il doit alors trouver un établissement qui le propose et

conventionné avec. On doit avoir la capacité de pouvoir dire aux patients voilà toutes les techniques qui existent et pouvoir lui permettre l'accès à toutes les prises en charge possibles que ce soit dans son établissement ou par convention avec un autre établissement.

- En santé mentale on est en pleine réforme, on a l'obligation d'avoir de la réhabilitation psychosociale ou en propre ou par convention. Donc les conventions vont forcément fonctionner puisqu'il y a des obligations de prise en charge.

2. La présence de plusieurs établissements dans la prise en charge du patient n'altère-t-il pas le suivi du patient ? (Information bien transmise, qualité de soins, suivi)

De façon générale, ça peut très bien fonctionner mais ça a 2 freins : c'est la volonté des professionnels de travailler ensemble et le mode de financement parce que derrière la difficulté c'est que les tutelles ont toujours un temps de retard.

- Un autre exemple vécu : j'ai travaillé dans une clinique qui est dans un pôle public privé et donc c'est dans un même bâtiment il y a les urgences gérées par l'hôpital public et toute la chirurgie qui était faite par le privé donc il fallait forcément avoir des liens. Les patients ne savaient pas dans quel établissement ils étaient publics ou privés, il savait qu'ils étaient dans un pôle public privé mais ils ne savaient pas à quel moment ils étaient dans le public ou dans le privé. C'est un établissement qui fonctionne très bien dans cette coopération avec une limite importante, les outils et notamment les systèmes d'information parce qu'il n'y avait pas les mêmes logiciels entre les 2 pôles ce qui est d'ailleurs aberrant et donc devient le problème majeur des coopérations. C'est un problème majeur des coopérations en général puisque c'est : comment je transmets de manière sécurisée les informations et comment je la reçois sur un outil commun parce que chacun a un logiciel et qu'il n'y a aucune cohérence entre les deux.

3. Comment arrivez-vous à vous organiser entre vos patients, les urgences (s'il y en a) et l'adressage de patients qui proviennent d'autres établissements au niveau de la charge de travail ?

Tout dépend de l'adresseur, on ne va pas tomber dans les dans la caricature publique privée mais statistiquement le privé est souvent plus rapide et adaptatif que le public. A nous d'être aussi dans la capacité à répondre. Exemple dans la psychiatrie c'est souvent l'hôpital public qui envoie les patients et donc on s'efforce d'être un partenaire pour eux dans ces cas-là on doit avoir la capacité de prendre en charge les patients quand il y a une urgence parce que c'est dans l'intérêt du patient de pouvoir les prendre en charge rapidement, si c'est trop tard soit ils n'ont plus besoin ou ils sont partis ailleurs. Aujourd'hui ce qui est bien c'est que les tutelles ne sont pas trop invasives dans la forme.

- Est-ce que vous utilisez des outils comme via trajectoire ?

En santé mentale non en rééducation/réadaptation oui et ça marche très bien en psy on a mis une fiche envoyée par fax et ça marche très bien.

4. Pensez-vous que le contrôle réalisé par les tutelles est-il correct et justifié, notamment la certification, pensez-vous que leur place dans l'établissement est justifiée

Depuis le COVID ils n'ont plus les moyens ni l'état d'esprit de faire des contrôles donc il y en a très peu. Ils les font au moment des renouvellements d'autorisation, exemple de la psy en 2023 on va renouveler toutes les autorisations donc là ils vont être présents et après ils vont suivre. Les tutelles font aujourd'hui beaucoup de contrôles de suivi plutôt que de venir sur place pour contrôler l'établissement. Ils font des analyses des suivis de patients extrêmement fins et s'il y a des problèmes d'irrégularité, ils vont le voir. Les contrôles aujourd'hui sont peu visibles mais présents. Je pense qu'on peut être aujourd'hui plus dans un rapport de confiance avec les professionnels alors qu'avant on était plutôt dans un rapport de méfiance avec les tutelles administratives car souvent elles arrivaient comme des gendarmes. Aujourd'hui je pense qu'on est plutôt dans une relation de professionnel à professionnel. Quand vous rencontrez un DGARS, il est très ouvert sur le fait de recevoir de nouvelles idées, il est preneur si ça va dans l'intérêt des patients et aussi sur le point économique qui est très important.

5. Une fois le contrôle réalisé et les remarques soulevées, il y a-t-il un impact, un changement de la part de l'établissement, les remarques sont-elles vraiment prise en compte ?

Je pense que les recommandations de l'ARS doivent être regardées de près et surtout ce qui est réglementaire parce qu'à un moment on viendra nous chercher là-dessus à travers les dossiers et les flux d'informations qu'on transmet notamment dans le PMSI. S'il y a un déplacement des tutelles et donc un contrôle sur place ce n'est pas pour rien et ils savent ce qu'ils cherchent pour l'avoir déjà vécu, ils savent trouver. Mais c'est une voix normale si on vous donne les règles du jeu et que vous les respectez-vous êtes tranquille, c'est donnant-donnant.

6. Constatez-vous une montée de l'omniprésence des tutelles dans la prise de décisions de la direction des établissements qui s'accroît de plus en plus ?

Depuis COVID ils ont relâché.

- o Exemple de la clinique RECH, on a voulu développer un accueil de jour et ils nous ont dit pas de problème vous montez le dossier et quand c'est fait vous nous le dites et on viendra voir comment vous l'avez mis en œuvre donc c'est très libre mais la contrepartie c'est qu'il ne faut pas se loupier.
- En effet ils attribuent une certaine confiance mais après c'est au directeur de respecter les règles et la réglementation surtout. Vous avez donc pas senti plus de présence des tutelles depuis ces dernières années notamment avec le scandale ORPEA ?

Dans tous les domaines il va y avoir des contrôles notamment avec l'effet des groupes qui va influencer la venue des tutelles dans vos établissements. Si les tutelles ne voient rien

ils peuvent dire qu'il n'y a rien mais à partir du moment où ils vont avoir une information qui va les faire douter sur la qualité ou la bienfaisance là ils vont se déplacer car ça va être leur responsabilité administrative qui va être mise en jeu.

- Vous n'avez jamais eu affaire à une recommandation que vous avez essayée de mettre en place mais qui s'est avérée pas possible par votre organisation ou autre ?
  - o Exemple j'ai fait un poste de manager de transition au début du confinement en 2020 dans un établissement de chirurgie. L'ARS avait fermé la stérilisation parce que les respects des normes n'étaient pas en place, il y avait un cahier des charges clair et en face ce n'était pas respecté donc on a fermé la stérilisation. J'ai repris le cahier des charges et on a fait point par point. L'ARS est venue peut-être 2/3 fois puisque c'est un établissement qui était dans le rouge et au final on a obtenu la réouverture qui avait été perdu parce que la clinique ne respectait pas la réglementation. Vous roulez avec une voiture non assurée vous allez avoir une amende c'est le même principe. C'est assez simple à résoudre il suffit de suivre et de respecter les réglementations. La tutelle donne un cahier des charges avec des choses (espace avec tant de m2...) à respecter après c'est à vous de trouver des solutions.
- C'est à vous en fonction des problématiques rencontrées de trouver les solutions par exemple vous me parlez de temps de mètres carrés ou si ou ça donc dans ces cas-là c'est à vous de faire en sorte de trouver ces mètres carrés ou de trouver une façon de les mettre en place

Effectivement si par exemple l'hôpital d'à côté a une stérilisation qui fonctionne il va me livrer le matériel nécessaire et on va donc créer une coopération. C'est comme une imagerie si vous voulez une nouvelle autorisation pour un scanner vous allez devoir respecter un cahier des charges pour pouvoir déposer le dossier si vous ne respectez pas ce cahier des charges vous n'aurez pas votre autorisation. Il ne faut pas noircir le rôle des tutelles qui sont là pour être garant du bon fonctionnement et d'une harmonie.

- Et avec le PRS qui est en train d'être fait est-ce que qu'il y a une implication de la part des établissements et des professionnels, est-ce qu'on vous a concerté sur les besoins ? (A votre niveau)

La FHP a été concertée donc oui on est concerté sur le PRS mais dans la réalité c'est fortement le public qui va avoir un impact sur ce qui va être mis en place dans ce PRS.

## Partie 2. La place de la E-santé dans la coordination des acteurs

---

1. En tant que manager, comment apprendrez-vous le parcours de demain avec les nouvelles mesures numériques mises en place, comment manager ses équipes face à ces changements ? Le parcours de soins peut être complété par le DMP ?

Il y a plusieurs choses d'abord c'est la circulation de l'information du patient donc l'information avec secret professionnel entre établissements. On arrive aujourd'hui à une double contrainte c'est qu'on n'a pas les mêmes outils et que les procédures d'envoi d'information sont de plus en plus lourdes et de plus en plus sécurisées on ne peut pas passer par Gmail il faut des messageries sécurisées. Ça va alourdir énormément la facilité à transmettre un dossier. Le dossier médical du patient que j'envoie dans la clinique d'un côté je ne peux pas faire un copier-coller et je ne peux pas l'envoyer comme ça. Si le logiciel d'en face n'est pas le même il faut que je ressaisisse toute l'info. Donc c'est un premier frein important. Le 2e point ce sont les mentalités, la santé c'est un peu comme les réseaux sociaux on dit qu'on ne veut pas y aller puis un jour on dit qu'on est obligé d'être visible sur LinkedIn ou autre parce que c'est comme ça et donc les professionnels en santé (domaine très en retard) son réticent est donc il faut passer les caps. Parce que les mentalités sont encore bloquées sur le fait qu'il faut absolument que physiquement le patient et le professionnel soient présents alors que il y a des exemples aujourd'hui notamment en imagerie médicale qui montre le contraire. Il y a énormément d'établissements aujourd'hui qui n'ont pas de professionnels en imagerie médicale et qui passe par de la téléconsultation et cela fonctionne très bien.

- o En psychiatrie on a essayé l'hôpital de jour donc un patient vient quelques fois par semaine à la journée. On s'est dit peut-être qu'une fois sur 3 il pourrait avoir à distance. La première réticence c'est celle des professionnels parce qu'ils ont l'impression qui vont perdre le lien et le contact et qu'ils n'ont pas l'habitude des outils. Après c'est aussi une question de génération vous qui faites des études vous êtes dedans et vous grandissez avec ces innovations.

Un des points les plus positifs du COVID ça a été ça de voir l'évolution de la E-santé parce qu'il y a 4 ans en arrière il y a des choses comme celles qu'on fait aujourd'hui de faire une réunion on visio de chez soi ça ne me serait jamais arrivé. Aujourd'hui dans mon environnement professionnel j'ai 2 ou 3 réunions comme ça et le temps gagné et l'efficacité du truc c'est juste top.

C'est le cas en cancérologie vous devez faire des RCP qui étaient en présence avant, il y a quelques années c'était avec médecin radiothérapeute les chirurgiens on se réunissait à l'hôpital d'Avignon de 18h00 à 21h00 pour faire ça aujourd'hui ça se fait par teams avec le dossier partagé du patient et l'efficacité et le temps gagné est énorme. Je pense que la E-santé c'est sûr que ça va fonctionner. La question c'est comment je rémunère le temps qu'on passe à étudier le dossier partagé parce qu'on n'est pas physiquement présent. Là on va avoir un décalage énorme entre la capacité qu'on a à le créer et à le faire financer. J'ai vu un établissement de rééducation qui proposait à des patients des séances de kiné à distance les kinés faisaient des mouvements à distance et les patients les répétaient ça a marché super bien les patients étaient ravis parce qu'il gagnait du temps surtout dans les grandes villes comme Paris ou Marseille quand vous avez un rendez-vous il faut limite bloquer 3 h et si c'est tous les jours c'est compliqué. Le problème c'est qu'il n'y a pas de financement c'est expérimental. Ils ont arrêté parce que faire l'acte gratuit ça a une certaine limite.



- Comme vous parliez avant dans les établissements qui coopèrent il n'y a pas forcément les mêmes logiciels, est-ce que pour vous avoir un logiciel propre à son établissement ça demande du temps en plus chez les soignants ? Est-ce que vous pensez que de leur point de vue ils voient ça comme une charge de travail ou comme un outil facilitateur ?

Il voit ça comme un changement et comme tout être humain ils sont réticents au changement et donc il y a forcément un côté négatif où il pense qu'ils vont perdre du temps. Après la pénurie de soignants a aidé énormément d'un côté car un chirurgien qui a besoin de l'avis d'un autre chirurgien ou d'un cardiologue par exemple au lieu d'attendre un rendez-vous qui peut être pris que dans 6 mois il va pouvoir prendre un rendez-vous en vidéo qui va être fait très rapidement. Forcément il y a certaines spécialités qui n'y prêtent pas mais il y a beaucoup de domaines où ça peut évoluer et ça va évoluer.

2. Si le personnel soignant à accès au dossier et peut compléter le dossier du patient, comment manager ses équipes au sein d'un établissement face au changement ? Avec l'intégration des nouveaux outils.

Déjà on est vraiment à la gestion du changement qui est un sujet important et qui vous concerne également c'est notre rôle de manager d'être toujours en avance et de montrer ce qui va changer la gestion du quotidien ne suffit pas il faut voir ce qui va arriver. Après en fonction des établissements et des groupes il y a plus ou moins de moyens aussi. Chez Ramsay on a eu des moyens pour des expérimentations mais parce que à l'échelle d'un groupe Ramsay on a la possibilité de mettre sur la table des dizaines de 1000000 d'euros pour faire des expérimentations alors qu'un établissement indépendant n'aura pas cette facilité là ils vont devoir attendre des outils ils existent ils arrivent mais ça prend du temps. Il faut une volonté du manager d'encadrement qui pousse à changer et pour ça il faut montrer pourquoi c'est bien et qu'est-ce qui va motiver les professionnels.

3. Quels sont les limites au e-parcours de soins (avantages et inconvénients), existe-t-il une réticence des patients ?

Gain de temps c'est sûr parce que le but c'est uniquement de gagner du temps. C'est limite en santé parce qu'il y a des spécialités ou c'est plus compliqué parce qu'il y a une notion de contact par exemple le kiné en virtuel ça a une certaine limite tant c'est de la rééducation d'épaules par exemple où certains mouvements ça va, mais s'il faut débloquer des vertèbres ça va être plus compliqué en virtuel donc c'est aussi un point important à prendre en compte. L'autre limite c'est que l'apport du soignant et du médecin ce n'est pas uniquement le geste technique, est-ce qu'il n'y a pas dans la relation avec le patient une dimension multi personae qui part un écran est plus compliqué.

- Donc c'est plutôt de craindre de perdre ce côté humain ?

Oui il y a ce côté-là mais ça va forcément se débloquer c'est comme il y a 20 ans, les réseaux sociaux non aujourd'hui si. On est obligé d'évoluer.

- Exemple des radiologues : aujourd'hui il y a beaucoup d'hôpitaux qui ont des radiologues dans la journée mais pas la nuit et la nuit il y a toujours des urgences. Le manip radio fait la radio et après à distance un radiologue interprète donc la question c'est de se dire est-ce que je ne préfère pas pour certaines choses faire du distanciel plutôt que d'aller faire des centaines de kilomètres pour aller rencontrer quelqu'un ou attendre 6 mois. A un moment il faudra regrouper les moyens si on n'accepte pas ces nouveaux modes de fonctionnement. Même si je n'ai pas vu physiquement le médecin ce n'est pas grave le principal c'est surtout d'avoir une réponse qui va pouvoir nous permettre de continuer notre suivi.
- Oui il va falloir changer aussi les mentalités de toute la population parce que je pense qu'au-delà des soignants il y a aussi les patients qui ont des réticences. Hé certains pensent qu'ils ne vont pas être soignés s'ils ne rencontrent pas leur médecin

La santé est très en retard là-dessus, les autres domaines sont beaucoup plus en avance par exemple si vous commandez à manger on vous livre chez vous, vous n'avez ni les cuisines ni rien et vous ne savez pas si c'était propre et si c'était bien fait donc ce monde virtuel marche très bien ailleurs et c'est marrant parce que nous tous même les professionnels de santé l'utilisent cependant quand il s'agit de la santé plus personne. Ils ont du mal à comprendre qu'on puisse utiliser le numérique en santé

- Je pense que c'est le côté humain qui freine les gens

#### 4. Est-ce que la e-santé est une solution aux problèmes actuels ?

Bien sûr j'imagine que vous avez déjà fait des consultations à distance aujourd'hui vous allez chez l'ophtalmo c'est peut-être mieux voire plus simple de le faire à distance dans certains cas que d'attendre 6 mois un rendez-vous. C'est une question de mentalité et d'évolution des états d'esprit et la difficulté c'est la réglementation et les États d'esprit.

### Partie 3. La question des financements dans la coopération des acteurs

---

1. Les modes de tarification sont-ils adaptés à l'évolution de votre établissement ? Est-ce que tu penses que la rémunération que vous avez, est-elle adéquate ? (Enveloppe globale reçu pour l'établissement) Le mode de tarification est-il adapté à ton établissement ?

Il y a des domaines où le mode de prise en charge par téléconsultation est rémunéré donc cela évolue mais il y a des domaines où ça reste flou parce que on nous dit qu'on ne peut pas nous financer de la même manière qu'en présentiel parce que c'est différent alors on trouve des artifices tels que l'article 51 ou autre mais ce sont des artifices qui ne peuvent pas durer car

à un moment donné les modes de financement vont devoir s'adapter. Le temps que l'administration et les tutelles intègrent l'information il y a un décalage.

## Partie 4. Les innovations en santé

---

1. Pensez-vous que les expérimentations telles que l'article 51, permet une meilleure coordination, une meilleure prise en charge des patients ?

Oui parce que sans ça il n'y aurait pas eu ces systèmes de coordination et de coopération.

- Il y a un socle juridique qui ne permet pas de s'adapter aux besoins de la population ?

Oui en tout cas pas assez vite.

2. Pensez-vous que toutes ses nouvelles expérimentations comme les DACS, les CPTS, l'article 51, le temps qu'on les mette en place à échéance nationale ne causera pas un problème ? les besoins des Français n'auraient-ils pas changé ou évolué ?

L'avantage des CPTS c'est que ça fait travailler ensemble les professionnels de ville et les établissements ce qui est assez nouveau parce que jusqu'à présent il y avait un fossé. Les CPTS vont permettre de répondre localement à un besoin. Exemple de l'Occitanie, c'est un territoire très large et très grand donc c'est compliqué pour les ARS de définir les besoins de tout le monde et de répondre aux besoins de tout le monde et les CPTS vont permettre justement à plus petit niveau et sur un territoire plus restreint de regrouper entre eux les acteurs de la santé pour qu'ils puissent travailler ensemble et donc c'est une vraie force pour les professionnels. Il faut le faire dans l'intérêt des patients et pas dans l'intérêt des professionnels. Tous les systèmes fonctionnent si vous mettez le patient au centre.

- Ce que vous dites c'est que selon vous les coopérations ça va vraiment inclure la coopération entre les établissements mais pas tellement avec la ville ?

Les CPTS c'est une question de proximité alors que les GHT c'est trop grand et ça exclut beaucoup le privé. Et donc les moyens de coopération qui existent exclut beaucoup de choses puisqu'ils existent sur des territoires très larges.

- Que pensez-vous de la volonté du DMP ?

C'est complexe ça commence à avancer mais effectivement avoir un seul et unique dossier ça peut être que bien.

## Annexe 7 : Retranscription entretien avec Elisabeth Cervera du 21 juin 2023 : 18.44 minutes

### Partie 1. La place des tutelles et les conventions de coopérations

1. L'obligation de conventionner avec un établissement est-ce pour vous une aide ou bien une véritable contrainte ?

C'est une aide. On appartient à une HAD qui appartient à un groupe et c'est très aidant. On a énormément de conventions. Quand l'HAD a été créée en 2013 il y a eu je ne sais pas combien de conventions qui mériteraient d'être dépoussiérées et d'être remises en état. Mais ça n'empêche pas la collaboration avec ces établissements ou bien d'autres. Si un patient doit être transféré dans un établissement, on procédera au transfert dans l'établissement le plus adapté à lui et à sa prise en charge et on ne tiendra pas compte des conventions qui existent avec les autres.

2. La présence de plusieurs établissements dans la prise en charge du patient n'altère-t-il pas le suivi du patient ? (Information bien transmise, qualité de soins, suivi)

Non ça marche plutôt bien.

3. Comment arrivez-vous à vous organiser entre vos patients, les urgences (s'il y en a) et l'adressage de patients qui proviennent d'autres établissements au niveau de la charge de travail ?

Oui, c'est fluide car c'est un gros travail. On a des conventions qui vivent, même si elle est obsolète car elle date de 2013 et que des informations ont changées comme le nom du directeur par exemple, il y a quand même une collaboration. On a réadapté certaines conventions même si elles sont toutes conformes mais on ne l'a pas encore fait pour toutes car c'est un gros travail et on n'a pas forcément le temps, ni les ressources RH pour s'en occuper. On reste plus sur le terrain que sur le côté administratif.

4. Pensez-vous que le contrôle réalisé par les tutelles est-il correct et justifié, notamment la certification, tenez-vous comptes des recommandations ?

Je les trouve pas mal. La certification c'est tous les 4 ou 5 ans. Les IQSS sont des fois tirées par les cheveux mais comme ils font qqch de très généraliste pour le MCO, nous avec l'HAD on est des fois un peu à part mais c'est bien que ces certifications existent. Si elles n'existaient pas, et que les établissements de santé n'étaient pas certifiés on aurait beaucoup plus de glissements, de difficultés dans les organisations et on mettrait en danger la santé de certains patients à terme. Ces procédures nous obligent à se poser des questions, à remettre en place des parcours. C'est un mal nécessaire. On repense au besoin du patient.

Avant, l'HAD était mis de côté mais maintenant ce n'est plus du tout le cas. On est dorénavant englobé avec tout le monde. On a pu d'ailleurs le constater avec la réforme des autorisations de 2023 où l'on est totalement inclus dans le processus et on a pleinement notre place.

5. Constatez-vous une montée de l'omniprésence des tutelles dans la prise de décisions de la direction des établissements qui s'accroît de plus en plus ?

Je dirai qu'elle est à la fois présente et à la fois non. Elle n'est pas absente car c'est quand même notre tutelle et elle nous relance régulièrement car on a des obligations de faire remonter un certain nombre d'information. Après si on a des difficultés on les contacte. Par exemple avec la pénurie d'essence je les ai appelés pour connaître la marche à suivre et ils m'ont répondu. Ils répondent rapidement à nos demandes.

## Partie 2. La place de la E-santé dans la coordination des acteurs

1. En tant que manager, comment appréhendez-vous le parcours de demain avec les nouvelles mesures numériques mises en place, comment manager ses équipes face à ces changements ? Le parcours de soins peut être complété par le DMP ?

Je trouve que c'est très bien. Je n'ai pas trop de mal à l'amener dans mes salariés. Ils sont jeunes. Ils adhèrent très bien au dispositif donc c'est facile. Même s'il y a quelques difficultés cela vaut le coût de les sensibiliser.

2. Si le personnel soignant a accès au dossier et peut compléter le dossier du patient, comment manager ses équipes au sein d'un établissement face à ces changements ? Avec l'intégration des nouveaux outils

On n'a pas de mal à intégrer ces nouveaux outils, l'équipe est jeune, ils sont réceptifs, ça fonctionne bien.

3. Quelles sont selon-vous les limites du e-parcours de soins (avantage et inconvénients) ?

Les limites peuvent être purement technique comme des soucis de transmissions, un logiciel qui ne fonctionne pas bien ou encore si quelque chose devait être dans le DMP est qui n'apparaît plus. Mais sinon il n'y a pas de limite d'un point de vue managérial vis-à-vis des équipes. C'est plutôt aidant mais peut être car nos équipes sont jeunes. Si ça avait été des équipes plus vieilles il y aurait eu plus de difficultés.

Les patients ne sont pas réticents car vu qu'ils sont chez eux, ils ne perçoivent pas la place du numérique dans sa prise en charge.

4. Est-ce que la E-Santé est une solution aux problèmes actuels ?

Oui il s'agit d'une solution au manque de personnel et aux déserts médicaux, ça en est déjà une. Tout dépend du point de vue, les médecins cliniciens vont vous dire qu'il n'y a un gros souci car il n'y a plus de prise en charge clinique. Après, je me dis que c'est mieux que rien. C'est toujours mieux d'avoir une consultation quand on est au fin fond de l'Aubrac plutôt que rien du tout.

Si je devais améliorer le système ou procéder à des ajustements, je multiplierais encore plus ses outils de téléconsultations, télésurveillances, télémédecine notamment dans chaque pharmacie ou dans les bureaux de postes ou les épiceries de petits villages. Actuellement, il existe des villages où il n'y a pas de commerces et c'est très difficile.

D'un point de vu politique et personnel, je serai plus incisif sur la politique d'installation des médecins généralistes. J'obligerais un quota à la sortie de l'école. Je ferai comme pour les pharmacies car vous savez qu'elles ne peuvent pas s'installer partout et qu'elles sont réglementée, de manière à ce qu'il n'y est pas de disparités en fonction des territoires.

Il y a déjà une avancée avec Ma Santé 2022 qui impose aux internes de réaliser un stage de fin d'étude dans une zone avec peu de densité mais ils ne s'y installent pas ensuite. Ils vont faire leur dernière années d'internant, ce qui va les embêter plus qu'autre chose, mais après s'ils veulent s'installer en plein centre-ville de Montpellier, rien ne les empêchera malgré la multitude de médecins déjà présents. Il n'y a pas d'obligation de s'installer sur un territoire défini.

### Partie 3. La question des financements dans la coopération des acteurs

---

1. Les modes de tarification sont-ils adaptés à l'évolution de votre établissement ? Est-ce que vous pensez que la rémunération que vous avez, est-elle adéquate ? (Enveloppe globale reçue pour l'établissement) Le mode de tarification est-il adapté à votre établissement ?

Non pas suffisamment. Il manque des financements. Il y en a mais ce n'est pas suffisant.

### Partie 4. Les innovations en santé

---

1. Pensez-vous que les expérimentations comme l'article 51, peuvent-elles être applicable à l'ensemble du système de santé français et les étendre à l'ensemble du territoire national ?

Oui on peut étendre ces expérimentations à l'échelle nationale. Pour que ça marche, il le faut.

2. Pensez-vous que les expérimentations telles que l'article 51, DAC, CPTS, permet une meilleure coordination, une meilleure prise en charge des patients ? Excise-t-il une limite ?

C'est encore compliqué au niveau de la mise en œuvre. On a un peu l'impression qu'il y a un millefeuille. Alors avant, on avait plein de millefeuilles différents. Il y avait le maillage médico-social et le maillage Sanitaire. Là maintenant, ils ont mis en place les DAC et les CPTS mais on ne peut pas dire que l'expérimentation soit probante. Je ne d'espère pas. Peut-être qu'à terme ça marchera mais pour le moment on ne peut pas dire que ça change notre quotidien.

Par rapport à la certification HAS, au niveau de la gouvernance, c'est important qu'on est un bon positionnement dans le maillage sur le territoire. On s'inscrit dans les CPTS. Mais en réalité on n'en a pas vraiment besoin. L'offre ne correspond pas à nos besoins du fait qu'il s'agisse d'un HAD. Ce n'est pas adapté à nous.

## Annexe 8 : Retranscription entretien avec Fanny Ribera du 23 juin 2023 : 44.27 minutes

### Introduction

---

1. Présentez-vous-en quelques mots (Parcours, poste, mission, durée d'occupation...)

Je suis directrice des soins à la polyclinique Médipôle Saint-Roch, c'est une clinique MCO avec de l'hospitalisation complète et ambulatoire. Je suis dans cet établissement depuis 2019, avant j'étais cadre sur les blocs opératoires et j'étais responsable de tous les plateaux techniques de l'établissement. J'ai fait le cesesgh l'année dernière et mon mémoire portait sur la coordination du premier et du 2nd recours.

### Partie 1. La place des tutelles et les conventions de coopérations

---

1. L'obligation de conventionner avec un établissement est-ce pour vous une aide ou bien une véritable contrainte ?

Alors moi je n'ai pas trop d'expérience sur la coopération. On a un GCS au sein de notre établissement en dialyse avec l'hôpital qui se passe plutôt bien, on mutualise des moyens et des ressources ce qui nous permet de répondre aux besoins de la population. L'ARS veut de la coopération et du GCS et peut-être qu'on sera amené à ouvrir un autre GCS sur d'autres problématiques telles que les urgences. Les tutelles essaient de coordonner et de faire en sorte que les établissements coopèrent sans réelle structure juridique telle que les GCS. Est-ce qu'on y viendra ? Certainement !

Pour moi ce sont des choses indispensables la coopération et la convention entre les différents établissements que ce soit privé-public, premier recours-2nd recours, pour le parcours de soins c'est indispensable.

2. La présence de plusieurs établissements dans la prise en charge du patient n'altère-t-il pas le suivi du patient ? (Information bien transmise, qualité de soins, suivi)

Aujourd'hui on a que des parcours très morcelés, on n'a rien de fluide. Il n'y a aucune coordination et très peu de coopération entre les différents acteurs. On a effectivement des outils qui doivent nous mener à la coopération mais aujourd'hui la maturité des professionnels et les modes de financement créent des morcellements dans les parcours de soins. Le juridique aussi car le droit autour des établissements public et privé, autour de la médecine libérale... il n'y a aucun lien entre ces différentes structures juridiquement parlant ce qui vient rompre la fluidité des parcours de soins. Chacun voit 12h00 à sa porte.



3. Comment arrivez-vous à vous organiser entre vos patients, les urgences (s'il y en a) et l'adressage de patients qui proviennent d'autres établissements au niveau de la charge de travail ?

Il y a plusieurs modes de coordination que l'on peut rencontrer. On peut avoir des transferts inter établissements et on voit qu'ils se font souvent de médecins à médecins, de ce côté-là on est plutôt sur des prises en charge coordonnées médicalement. On essaie de développer beaucoup les entrées direct de la médecine générale vers les services d'hospitalisation pour faciliter la prise en charge des patients. Je pense qu'il y a beaucoup de choses qui se font, les professionnels de terrain sont les plus à même de coordonnées et de piloter mais je ne sais pas dans quelle mesure on ne crée pas de la difficulté chez les professionnels en venant ajouter de nouveaux outils et qu'on ne crée pas du mécontentement et du manque de fluidité. Il faut que les tutelles donnent le « la » de demander aux professionnels de se coordonner car il y a des professionnels qui se coordonnent très bien et d'autres pas du tout.

La médecine se transforme très très vite, le secteur est vraiment en crise.

4. Pensez-vous que le contrôle réalisé par les tutelles est-il correct et justifié, notamment la certification, pensez-vous que leur place dans l'établissement est justifiée ?

Lorsque cela concerne des contrôles de réglementation et qu'il y a sanction, les établissements exécutent. Le dernier qu'on a eu en date était celui du contrôle stérilisation et pharmacie qui était de l'injonction pure et dure en cas de non-conformité et auquel on ne peut pas y déroger. Il faut du contrôle car les établissements ne doivent pas faire tout ce dont ils ont envie quand ils ont envie, ce sont des mesures de sécurité pour protéger la population. Est-ce qu'il y a vraiment suffisamment de gens pour contrôler et venir reconstruire derrière je ne sais pas. Celui qui agirait le plus sur la coordination ce n'est pas l'ARS c'est plutôt l'HAS avec les certifications HAS, plutôt sur du qualitatif et de normes qualité ce qui est important. De toute façon on va vers ça depuis des années on tend vers on nous pousse vers la coordination dans des parcours de soins, c'est bien d'être évalué sur la question c'est bien qu'on se plie à des exigences. On reste quand même des fonctionnaires de l'état on peut être privés ou pas on se doit de répondre à un besoin de la population donc l'état a le droit d'y mettre son nez.

5. Une fois le contrôle réalisé et les remarques soulevées, il y a-t-il un impact, un changement de la part de l'établissement, les remarques sont-elles vraiment prise en compte ?

C'est toujours pareil il y a toujours le réglementaire et le reste, il y a des choses où il y a les l'injonction de l'ARS où on te demande un changement immédiat sous peine de sanction donc vous ne passez pas à côté vous faites. Nous on a déjà eu le cas de se retrouver en non-conformité sur des réglementations qu'on devait régler dans l'immédiat. Par exemple le pôle pharmacie avec un gros projet architectural on ne peut pas répondre dans l'immédiateté car c'est un an et demi de travaux mais on donne et on partage un état d'avancement de nos actions donc ils nous suivent quand même. Je n'ai pas l'impression qu'on nous lâche ou que les tutelles soit laxiste sur la question.

À partir du moment où c'est réglementaires ça doit être immédiat. Lorsque ça ne l'est plus tout le monde s'en fiche. Est-ce que les tutelles ont suffisamment de poids pour dire et obliger les établissements ou

les médecins à faire ce qu'ils recommandent je pense qu'à ce niveau il reste toujours vague. Tant qu'ils n'ont pas la loi avec eux ils sont plus laxistes.

L'ARS fonctionne en 2 modes soit c'est la sanction soit c'est l'incitation. Quand c'est l'incitation là aussi les établissements foncent car quand il y a de l'incitation financière, des appels à projets... les établissements ont tendance à se positionner.

## 6. Constatez-vous une montée de l'omniprésence des tutelles dans la prise de décisions de la direction des établissements qui s'accroît de plus en plus ?

Depuis COVID, dans mon cas j'ai des réunions hebdomadaires avec un membre de l'ARS, un membre de l'ORU et tous les établissements de santé du territoire et on fait un point de l'état de santé de nos établissements sur le capacitaire les difficultés rencontrées, l'augmentation ou la diminution d'activité, les problèmes RH etc. Donc depuis COVID on se parle ce qui n'existait pas avant et ça ce sont les tutelles qui l'ont mis en place cette coordination entre les établissements mais on est toujours entre les établissements et pas entre le premier et le 2nd recours.

Ce qui avait été une nécessité pour le COVID est devenu aujourd'hui une habitude de se parler même si aujourd'hui nous ne sommes plus dans une crise sanitaire.

## Partie 2. La place de la E-santé dans la coordination des acteurs

---

### 1. En tant que manager, comment appréhendez-vous le parcours de demain avec les nouvelles mesures numériques mises en place, comment manager ses équipes face à ces changements ? Le parcours de soins peut être complété par le DMP ?

Aujourd'hui la grosse difficulté dans notre secteur, c'est qu'on a autant de logiciels que d'établissements que de professionnels... donc ça devient très compliqué et donc on a aucun logiciel qui communique donc dans l'avenir il y a que le DMP qui pourra réunir les coordonnées à minima le parcours de soin du patient puisque c'est le seul dossier dans lequel on va avoir pour obligation de déverser certains documents comme la lettre de liaison les ordonnances de sortie les résultats d'examens... donc c'est bien mais ça fait tellement d'années qu'on en entend parler qu'on se demande si ça va arriver un jour. J'ai quand même l'impression qu'on est sur la bonne voie et qu'on va y arriver en tout cas moi je l'attends avec impatience car pour pouvoir prendre en charge un patient dans mon établissement j'ai parfois besoin de pas mal de documents et je galère pour les récupérer et pour avoir les informations. Et si demain j'ai tout sur le DMP ou sur un autre accès quel qu'il soit ça va nous faciliter la tâche et nous faire gagner en efficacité et en qualité auprès du patient donc pour ça c'est bien si on arrive à mettre sur le DMP tout ce qui est nécessaire. Après il y a d'autres outils comme la télémédecine même s'il y a eu quelques abus depuis quelques temps. Je trouve la télémédecine super efficace mais il ne faudrait pas qu'elle devienne le seul mode de fonctionnement des médecins parce qu'un patient il faut aussi pouvoir le toucher le voir, la télémédecine c'est vraiment une solution pour les déserts médicaux, pour le lien Ehpad ou médecine spécialisée.

La e-santé reste quand même l'avenir de pas mal de choses, c'est le progrès, c'est la transformation il faut s'adapter et il faut bien l'utiliser. Il faut que ce soit surtout toujours dans l'efficacité. Le problème du numérique c'est que ça peut être vite très lourd et si ce n'est pas efficace et pas ergonomique les professionnels abandonnent très vite.

2. Si le personnel soignant à accès au dossier et peut compléter le dossier du patient, comment manager ses équipes au sein d'un établissement face à ces changements ? Avec l'intégration des nouveaux outils

Aujourd'hui la grosse difficulté des soignants c'est de devoir faire dans leur journée de travail plus de la moitié devant un ordinateur mais le problème ce n'est pas l'ordinateur en lui-même ce sont les nouvelles réglementations liées au dossier médical mais les normes que l'on met derrière l'ordinateur sont très exigeantes et demande beaucoup de temps. Quand vous faites infirmière médecin ou encore aide-soignante vous ne faites pas ça pour aller sur un dossier de soins car vous travaillez avec des patients donc j'ai l'impression qu'on a parfois tendance à dégoûter les professionnels de santé de leur cœur de métier parce que ce n'est pas ce qu'ils viennent chercher initialement donc c'est ce qui est très compliqué aujourd'hui. C'est à la fois indispensable d'avoir ces outils à porter de main qui vont faciliter la coordination mais à la fois il faut que ça reste des outils efficaces et qui conservent le cœur du métier du soignant donc c'est un peu compliqué à manager.

Je pense qu'il manque des métiers de coordination, alors on en a créé avec les cadres de santé ou les IPA mais maintenant est-ce qu'il faut en créer plus ? Au sein de mon établissement j'ai des IDEC qui passe leur temps à ne faire que de la coordination et donc ce sont des vrais métiers qui sont indispensables au parcours de soins.

Les soignants en ont marre de devoir passer leur temps au téléphone ou derrière un ordinateur, ce qu'elles veulent c'est être au contact des patients et elles ont envie qu'on leur dise et qu'on leur transmette les informations à propos du patient sans avoir à passer derrière un ordinateur.

La difficulté de la transition numérique est donc de ne pas faire perdre le cœur de métier des soignants.

3. Quels sont les limites au e-parcours de soins (avantages et inconvénients), existe-t-il une réticence des patients

La limite de la santé s'est faire perdre le premier sens du soin aux professionnels. Cette transformation qui aujourd'hui n'est pas très bien accompagnée donc on subit tous et il manque des stratégies des nouveaux métiers ou encore d'autres choses pour accompagner cette transition numérique.

Il y a aussi la résistance des professionnels face au changement car les professionnels râlent beaucoup mais ils ne veulent pas changer pour autant. Il faut trouver la bonne gestion et trouver la manière dont mettre tous les soignants dans le même bateau pour pouvoir réussir le changement et la transition.

Il faut que chacun arrive à comprendre pourquoi on fait des changements et qu'est-ce que ça va nous apporter dans nos pratiques, si les soignants ne comprennent pas ça c'est sûr qu'ils ne voudront pas changer Or si on les amène à comprendre pourquoi pensez que là on verra une différence. C'est là aussi que le manager intervient c'est pour trouver les solutions pour mener toute son équipe sur le même bateau.

## Partie 3. La question des financements dans la coopération des acteurs

---

1. Les modes de tarification sont-ils adaptés à l'évolution de votre établissement ? Est-ce que vous pensez que la rémunération que vous avez, est-elle adéquate ? (Enveloppe globale reçue pour l'établissement) Le mode de tarification est-il adapté à votre établissement ?

Aujourd'hui non, on arrive en limite de ce que la T2A a pu donner. La T2A a beaucoup perverti les libéraux et les établissements de santé, on travaille en volume donc on est hyper réactif et hyper efficace mais est-ce qu'on est qualitatif et est-ce qu'on coordonne je ne crois pas. Il faut que le mode de financement change, il y a les nouvelles expérimentations avec l'article 51 mais qu'est-ce que ça va donner ? Je ne sais pas s'il y a eu des premiers retours sur les expérimentations de l'article 51.

On essaye aujourd'hui de mettre en place de nouveaux incitatifs à la qualité avec le financement à la qualité pour les établissements et pour les professionnels libéraux. Aujourd'hui on parle de financement à la coordination comment financer sur un même parcours différents professionnels, différentes institutions. On arrive sur un paiement au parcours ou à l'épisode de soins.

Ça viendra d'autres pays tendent vers ça, on y arrivera aussi.

## Partie 4. Les innovations en santé

---

1. Pensez-vous que les expérimentations telles que l'article 51, permet une meilleure coordination, une meilleure prise en charge des patients ?

La création des CPTS c'est pas mal mais je pense que ce n'est pas assez plébiscité par les tutelles. La CPTS a vraiment du sens pour les patients, c'est un vrai projet de réunir à la fois de la médecine générale de la médecine spécialisée mais aussi des auxiliaires médicaux... je trouve que c'est vraiment un plus et je pense que c'est de la médecine de demain, il faudrait affilier pour moi des patients à des CPTS En fonction de leur secteur géographique. Ce CPTS deviendra alors leur centre de référence avec un réseau de soins qui me connaît et qui va se coordonner pour me diriger vers les meilleurs professionnels selon les besoins de ma prise en charge. À partir de ce moment-là on pourra mettre en place des logiciels qui coordonnent vraiment, c'est une première marche pour arriver au DMP aussi. Je pense que demain c'est l'avenir mais il faudrait que tout le monde révise sa copie de l'utilisateur jusqu'au professionnel, les usagers y compris.

Pour les DAC le principe est bien dans le sens où réduire le nombre de réseaux de soins est tout concentré sur un même dispositif, oui l'idée est bonne aujourd'hui moi à mon niveau je n'en ai pas forcément l'utilité si ce n'est dans les parcours très complexes ou je ne sais plus quoi faire et là je les sollicite. On n'a pas encore trop l'habitude de les solliciter. Cela se fait principalement sur de la complexité de parcours.



# Annexe 9 : Retranscription entretien avec Pascal Delubac du 21 juin 2023 : 74 minutes

## Introduction

1. Présentez-vous-en quelques mots (Parcours, poste, mission, durée d'occupation...)

Je suis Pascal Delubac Directeur territorial chez ELSAN, Président de la FHP Occitanie.

## Partie 1. La place des tutelles et les conventions de coopérations

1. L'obligation de conventionner avec un établissement est-ce pour vous une aide ou bien une véritable contrainte ?

Il y a deux petits niveaux à votre question. Je dirais que dans le nouveau droit des autorisations, vous savez que l'on prévoit maintenant de délivrer des autorisations avec un obligé d'assurance. Par exemple, un obligé d'assurance, d'assurer la continuité des soins. On peut prendre l'exemple des équipements matériel lourd. J'ai un cas très précis récemment où il y avait deux demandes et où on avait demandé pour la permanence des soins que le cabinet libéral et l'hôpital se mettent d'accord pour assurer la permanence des soins, notamment sur les urgences en matière d'unités de roulage scolaire. Ça commence à être imprévisible aux autorisations. On ne voit pas le problème dans la version obligatoire, c'est l'équité. En privé que je suis, je ne suis pas du tout convaincu de l'équité comme je l'ai encore indiqué. Il y aura l'ARS en réunion et il suffit aussi de lire le projet, la PPI, le Valletoux pour comprendre que tout est fait pour un secteur et pas pour l'autre. Pourquoi je dis ça ? C'est que, par exemple aussi, dans le droit des autorisations sur la chirurgie du cancer, on va vous demander, si vous n'avez pas de réa, d'avoir une convention avec une réanimation. Sauf que des réanimations, vous en avez à peu près une cinquantaine dans le privé et tout le reste est dans le public.

Si vous êtes une clinique qui a besoin d'une convention avec l'hôpital public et qu'il ne veut pas la signer. Comment vous faites ? Comment vous faites ? Je vais vous l'expliquer. Je vais vous donner l'expérience personnelle. Nous avons une réanimation là où j'exerce et normalement, on doit avoir une convention pour le prélèvement d'organes avec l'hôpital, ce qui fait, puisqu'il a besoin de nous, de Perpignan, et aussi avec le CHU. Le CHU n'a jamais voulu signer la convention. Pourquoi ? Je ne sais rien. C'est historique. Sauf que j'ai souvent écrit et que quand mon dossier est passé en XOS pour un avis consultatif, heureusement que j'avais la traçabilité de l'absence de réponse, en l'occurrence même pas de refus du CHU et que j'ai pu obtenir mon autorisation. Nous, ce que nous demandons au niveau de la Fédération, c'est d'être libéré de cette contrainte d'aller mendier de convention, notamment dans les cas que j'ai expliqués, et que cette convention soit une obligation pour celui qui détient l'autorisation. Sinon, on bloque l'accessibilité aux soins et on bloque, je reviens sur votre thématique, comment garanti-on une accessibilité aux soins quand on permet une situation de monopole avec ce que je qualifierais quasiment à un abus de droit ?

L'accessibilité aux soins va passer par la réciprocité des obligations entre le secteur public et privé, qu'ils soient associatifs ou commerciales. Donc, les conventions, pour moi, ça peut être une sécurité pour les dépenses c'est avant. Mais il faut garantir la mise en œuvre de ces conventions et ne pas les soumettre au bon vouloir du directeur d'hôpital ou de la clinique, d'ailleurs, comme point de vue.

Des fois, il y a deux vraies conventions. Il y a les conventions qui sont suivies et qui sont efficaces, elles sont minoritaires. Et quand vous prenez les dossiers d'autorisation déposés par les établissements, vous avez 40 conventions. si vous demandez laquelle est évaluée, on vous demande dans les dossiers d'autorisation, les conventions, on ne vous demande pas leur évaluation, ce qui est une erreur. Ce qui est intéressant, par exemple, moi, j'ai une convention avec l'hôpital de Perpignan sur les bioprothèses. Sur les bioprothèses, ce qu'on appelle les TAVI, les valves percutanées. Et donc, ce qui m'intéresse, c'est est ce que les RCP sont respectés ? Puisqu'il faut savoir si réservé à des patients fragile. Est ce qu'ils sont scorés ? Est ce qu'ils sont évalués ? Est ce qu'il y a eu une analyse de la mortalité, etc. Ça, je peux vous répondre oui, je peux vous dire qui a les meilleurs résultats dans le secteur public et privé et par opérateur. Donc, celle là, elle vit. Elle vit parce qu'elle est contrainte, puisque c'est.

C'est une activité qui est dérogatoire au Code de la Santé publique. Je ne sais pas si vous connaissez l'article L 1151 tiret 1 du Code de la Santé publique, qui est un régime semi expérimental. Et donc, effectivement, si on veut conserver cette pratique, on a une pression terrible sur l'évaluation. Mais d'autres conventions, en général, l'évaluation est peu active. Pourquoi ? Essentiellement, la grande difficulté, c'est que c'est déjà de mettre les médecins en plus de leurs activités autour de la table. pour en parler.

2. La présence de plusieurs établissements dans la prise en charge du patient n'altère-t-il pas le suivi du patient ? (Information bien transmise, qualité de soins, suivi)

Si on est sur un parcours patient institutionnel, c'est à dire pas hors les murs, mais entre un établissement de court séjour et un établissement de moyen séjour, souvent, il y a des conventions, mais il y a aujourd'hui des demandes de communication d'éléments médicaux assez importantes. Pourquoi ? Parce que les établissements sont de plus en plus spécialisés. Je peux passer à quatre effets précis. C'est la réduction du temps d'hospitalisation des patients amputés en court séjour pour pouvoir les faire sortir rapidement, pour les appareiller rapidement, leur restituer de l'autonomie rapidement, voir un retour à la vie professionnelle accélérée. Ça, c'est des choses qui sont à l'admission évaluées de façon ont un dossier médical de façon assez forte, voire des fois des soignants des autres structures qui viennent évaluer le patient, évaluer le patient dans les tables d'essence de cours séjour. Mais là, on est encore quand même sur des parcours qui existent depuis longtemps, au bout du compte. Aujourd'hui, nous participons à une étude avec l'université Perpignan. Nous avons pris en charge une doctorante sur un établissement de rééducation et nous sommes en train de faire une évaluation avec les profs de l'université Perpignan, la doctorante et les deux établissements, sur les bienfaits et le suivi de la prise en charge des patients qui ont eu un accident coronarien, donc les effets bénéfiques de la rééducation et après, un suivi post rééducation.

Là, on est sortis des murs, mais on est plus sur une évaluation de la pertinence de la prise en charge médicale et du suivi que sur peut être... C'est un parcours de soins, mais qui a une partie éducation thérapeutique.

Les parcours sont très différents. D'abord, je pense que le premier problème que l'on a, c'est la qualité de l'information qui peut être délivrée aux patients. Je pense qu'il y a un vrai travail. On en a discuté avec les tutelles en général. On a un vrai travail sur les points d'entrée, sur l'éducation thérapeutique et la prise en charge. J'ai un exemple très récent de quelqu'un que je connais qui a fait un infarctus. Et puis, en effet, il n'est pas en rééducation alors qu'on sait très bien des fois, de communication qu'il faut laisser cicatriser l'artère coronale une fois qu'elle est enceinte. Il y a un temps de cicatrisation et un temps de rééducation. Sauf que le gars, quand je lui ai au téléphone, c'était un ami, il était sur son tracteur. Et 48 heures après, donc ce n'est pas très bon. Donc ça montre quand même que dans le monde de la santé, la communication simplifiée est accessible parce que

tout le monde n'a pas le même niveau d'éducation et de compréhension de l'information. Je pense qu'il y a un vrai travail à faire là dessus.

3. Comment arrivez-vous à vous organiser entre vos patients, les urgences (s'il y en a) et l'adressage de patients qui proviennent d'autres établissements au niveau de la charge de travail ?

L'outil aujourd'hui, il doit passer par l'information qu'elle dit l'information aux patients, quelle que soit leur modalité, vous parlez de l'admission, une fois qu'il est rentré par exigence, soit il rentre chez lui, soit il est hospitalisé. Donc, le niveau d'information sur une prise en charge, soit en cancer ou en cardio doit être donné de façon très précise et très claire. Ensuite, la convention pour qu'elle soit active, je pense qu'il faut que les équipes se connaissent aussi, c'est à dire que ce n'est pas un bout de papier entre deux directeurs. Il faut que les cadres soignants et les équipes qui prennent en charge un patient viennent voir le plateau technique, fonctionnement de l'établissement de court séjour et vice versa. Et vice versa. On se rend souvent compte que les gens ne se connaissent pas. Donc, il y a la convention, les gens ne se connaissent pas. Il y a aussi un travail de terrain puisqu'en général, il y a l'accessibilité aux soins liée aussi à la proximité géographique, ce qui est le cadre du travail du PRS aujourd'hui. Je pense qu'il y a aussi une convention ne peut vivre que par une connaissance mutuelle des équipes et ensuite une participation active à l'évaluation qui doit être aussi.

4. Pensez-vous que le contrôle réalisé par les tutelles est-il correct et justifié, notamment la certification, pensez-vous que leur place dans l'établissement est justifiée ?

Moi, ce qui me rend, qui m'irrite toujours quand je siége en commission consultative sur les autorisations, qui est un bon exemple, c'est que je demande toujours si le rapporteur du dossier est venu sur les tapissements et a rencontré les promoteurs. C'est la désignation de ceux qui déposent les dossiers, le terme « les promoteurs ». Moi, depuis dix ans, je dépose à moyen quatre dossiers par an, pour moi et pour le groupe encore plus. Nous sommes sur des instructions à distance. Autant vous dire que sur des dossiers simples, ça peut se comprendre. Sur des dossiers où il y a de la concurrence et de la complexité, je pense qu'il va prendre le temps de rencontrer les acteurs sur le terrain. C'est intéressant de vivre un établissement et de voir comment il s'est préparé à un dossier. Plutôt que de dire « Il n'a pas respecté », ça me rappelle un dernier échange que j'ai eu avec l'ARS, la 14ème virgule du 25ème point du 48ème point d'exclamation de la circulaire Tartemuque qui ne sert à rien. En l'occurrence, c'était sur un dossier de soins palliatifs. Ce qui est intéressant, c'est de voir comment le patient est pris en charge en fin de vie, et pas de savoir si la psychologue est rémunérée par l'équipe mobile ou par l'identifié, par exemple, ce dont personne n'a rien à foutre, mais surtout les familles et les opérateurs.

La tutelle, elle a un rôle d'instruction du dossier. Au demeurant, quand c'est une primo autorisation, c'est la première fois qu'on demande qu'on crée une activité. De toute façon, on peut savoir si ça va marcher ou si c'est conforme qu'au jour de la visite de conformité. Si vous êtes en renouvellement d'autorisation et qu'il n'y a pas eu de signalement d'incident, on peut toujours venir voir, mais globalement, je pense à la cardiologie, à la cancérologie. En général, sur les activités un peu lourdes, si ça ne marche pas, on le sait rapidement, il y a des de la tutelle à un outil qui est, pour régler la lecture qui est pas mauvaise, qui est la lecture du PMSI. Ils savent pertinemment via les systèmes d'information ce que nous faisons. À titre d'exemple, quand on fait cette intervention du cancer du poumon, il vaut mieux arrêter. Quand on dit ça, c'est d'ailleurs l'établissement de l'occurrence de ne même pas demander l'autorisation ou une dérogation. Je crois que les tutelles, même si elles sont en sens hypertrophié, j'ai connu l'A RH avec 40 personnes, j'ai connu l'ARS avec 600 ou 800 personnes. Je ne suis pas convaincu. Pour moi, on a une tutelle qui a été pertinente pendant la crise de Covid parce



qu'elle n'avait pas le choix, parce que de toute façon, il fallait passer outre les règles classiques de fonctionnement.

Aujourd'hui, on retombe même s'ils se veulent à l'accessible, il y a la volonté, mais très clairement, tellement le système est complexe. Bilan avec l'ARS, on a passé deux heures, mais il n'en est pas sorti grand-chose. Je pense que la tutelle, elle avait un défaut, mais ça, c'est très français, c'est qu'on ne dit jamais aux gens « bravo » quand ça marche bien et par contre, on leur tombe dessus comme des sauvages quand il y a un problème. La tutelle est très franchouillarde de ce côté là. C'est à dire que quand vous avez un taux de mortalité en chirurgie cardiaque qui est très bas avec des patients très lourds, on trouve ça normal. Moi, je ne trouve pas ça normal. Je trouve que c'est très bien. Par contre, quand vous avez un taux de mortalité à deux, le temps de réaction à deux points en pourcentage, le temps de réaction est plutôt long, alors que je trouve à titre personnel que c'est très grave. C'est ma vision de professionnel. Quand je choisis, moi, un endroit où je vais être opéré, ce qui va être arrivé, je vais pas voir l'ARS. Je vais voir les taux de mortalité, je vais voir les taux d'infection, je vais regarder l'activité, je vais regarder certaines choses. ce que peuvent faire les jeunes députés, les candidats.

Mais est ce qu'on aurait tout à faire ? Mais globalement, sur le parcours, je ne sais pas s'ils ont un rôle prépondérant. Il y a eu beaucoup de fusions sur le parcours. Il y a eu les réseaux, il y a eu la disparition des réseaux, il y a eu la création des DAC. On y reviendra peut être après, mais si vous voulez, les tutelles, elles ont fait la fusion de la région Occitanie, sur la région que je connais. Donc, il a fallu fusionner les réseaux. Une fois que les réseaux ont fusionné, on a créé les DAC. Et les DAC, dispositifs d'appui à la coordination, ont absorbé, par exemple, les réseaux soins palliatifs. Tout ce qui concernait les soins palliatifs ont explosé. C'est que les équipes mobiles sont parties de leur côté, le réseau est parti absorber par le DAC. Les équipes sont dans les établissements. Donc, on a eu un problème de lisibilité sur le parcours de soins qui est évident. Vous savez que les réseaux aujourd'hui ont disparu, il y en aura beaucoup moins. Ils sont devenus des dispositifs spécifiques régionaux, les DSR. On a y en a dans des sigles, il y en a très peu.

Il y en a qui existe en pédiatrie, chirurgie pédiatrique, mais dont on attend l'instruction ministérielle. Il y en a sur la cancérologie. De mémoire, il va y en avoir eu sur les soins critiques, sur la réanimation des unités de soins intensifs qui sont des soins critiques et donc les réseaux vont être réduits. Sur le parcours, aujourd'hui, je pense que le système est complexe et on manque de lisibilité. Ils ont davantage été préoccupés par qui absorbe le personnel de la caisse régionale d'assurance maladie ? Celui du conseil départemental et celui de l'État sous quel statut ? Par exemple, dans le cadre des DAC. Puisqu'on disait un DAC par département. Si je prends le parcours de soins urgences, aujourd'hui, vous avez communiqué le SOS médecin qui se retire du dispositif du service d'accès au soin, qui est rémunéré par l'ARS et qui est censé désengorger les urgences. Sauf qu'on ne sait pas qui l'évalue, on ne sait pas comment ça marche. On sait que c'est beaucoup plus cher. Aujourd'hui, on nous dit qu'il faut fluidifier les urgences et on se rend compte que ce qui fluidifie le parcours, c'est les débats par territoire entre les acteurs.

Je prends l'exemple que je connais bien, on me dit « Les Pyrénées orientales, cet été, ça va être terrible. Sauf que si on détermine qui accueille qui à quel moment de la journée entre les acteurs publics et privés, si on dit que les acteurs de l'hospitalisation à domicile vont aller dans les maisons de retraite médicaliser les prises en charge pour éviter les hospitalisations inutiles des personnes de plus de 80 ans aux urgences de l'hôpital et si on dit « Il faut accepter que les SMR réservent dix ou trente têtes de lit sur le territoire pour des missions directes des urgences au SMR sur les gens âgés ou les gens qui ont besoin d'essuie médical non intensifs », on va arriver à gérer ça. Sauf que ça, c'est le carton de notre filière avec cette action là, c'est les acteurs de terrain qui la gèrent. Et ça, c'est un peu le cas qu'on a beaucoup, même beaucoup. Donc, la tutelle, elle peut avoir un rôle de... Je pense que

c'est aux acteurs de prendre de la responsabilité. Par exemple, nous avons un désaccord sur le terrain avec la régulation, avec la régulation des urgences.

À un moment donné, on ne s'entendra pas. Là, on dit à l'ARS où vous arbitrez, où ça va être la guerre. Donc là, c'est à eux, effectivement, d'avoir... Je pense que je les positionne plus aujourd'hui comme un régulateur sur le parcours de soins que comme un animateur. Parce que les parcours de soins qui fonctionnent bien aujourd'hui sont des parcours de soins que les gens se sont appropriés. Est ce que c'est le rôle de la tutelle ? Peut être de la tutelle départementale, c'est à dire de l'ARS départementale et peut être pas de l'ARS régionale. Parce que d'ailleurs, notre directeur général de l'ARS, d'ailleurs, a bien parlé de stratégie territoriale via les départements. Des départementaux de santé qui n'ont pas d'existence légale au niveau juridique, mais qui ont que les pertinences quand même en termes d'animation de territoire tout simplement. Je ne sais pas départementaux de santé qui n'ont pas d'existence légale, juridique, mais qui ont une pertinence quand même en termes d'animation de territoire.

La première chose, c'est que hier, j'avais organisé la réunion des directeurs de mon territoire. Je pense d'abord que l'établissement doit être piloté par un projet médical qui s'insère dans le projet territorial et qui s'insère dans les filières de soins et qu'on ne peut embarquer les équipes avec lesquelles on travaille pas par la tutelle, mais par le projet où on veut aller. Donc, il y a le projet médical qui génère le projet établissement. Et moi, ma vision du pilotage, c'est qu'on a un projet médical sur lequel s'adosse un projet social et architectural. Ça, ça veut pas être le socle de notre travail. Vous ne pouvez embarquer des équipes que si vous leur dites où vous voulez aller, si vous les faites adhérer à là où vous voulez aller. Très clairement, au sujet, je viens à votre question, la tutelle, elle va venir sur « Est ce que vous respectez la réglementation ? », le Code de la Santé publique. Je sais qu'aujourd'hui, la démocratie a du mal à vivre tant au niveau de la tolérance que du respect des textes. Mais quand on me dit qu'il faut une infirmière pour quatre lits en réanimation, je mets une infirmière pour quatre lits en réanimation.

Sinon, je suis sur la loi et je ne respecte pas mes engagements. Le deuxième niveau, c'est la certification qui est pour autre chose via la HAS qui, pour moi, je suis un ancien expert visiteur de la première génération, même avant l'HAS, à l'époque. La certification, elle s'est professionnalisée, mais à un moment donné, elle est quand même expert visiteur dépendant. Moi, par exemple, quand je fais des visites de certification, si j'allais trainer dans un bloc de chirurgie cardiaque ou de cardiologie internationale ou une réa, je n'avais pas besoin de faire dix fois le tour pour comprendre ce qu'il y avait, ce qu'il y avait pas, comment ça fonctionnait. Donc, je prends la transparence. Je fais, je fais pas. Pourquoi je fais ? Pourquoi je fais pas ? Mais je respecte le code de la santé publique. Et si je vais chercher des certifications, je pense qu'il faut aussi que j'aie sur le site des experts visiteurs dignes de ce nom. Si j'ai un expert visiteur qui est un peu faiblard sur les sujets, mais qui veut avoir raison, je suis en danger. Pour moi, la certification, j'en ai vécu une de facile il y a un an et j'en ai vécu une d'épouvantable à cause des chirurgiens du secteur public qui fait de la chirurgie pédiatrique et qui était complètement à côté de ses pompes.

Et mon erreur, ça a été de ne pas la récuser d'entrer. Je n'ai pas voulu le faire et j'aurais dû la récuser. Au demeurant, dans le pilotage, être certifié et la qualité, ça paraît être dû aux patients. Pour moi, ça coule de source qu'il faut s'embarquer dans la gestion de la qualité, qu'englobe aussi les revues morbid mortalité. On rejoint aussi nos conventions. Je pense qu'un établissement qui fait des revues morbid mortalité, qui a identifié son erreur et qui a rectifié le problème, parce qu'il n'y a pas que des erreurs, il y a des problèmes dans les revues morbid mortalité, et qui a ensuite un plan d'action, c'est un établissement qui est rassurant. Un établissement qui dit « Je n'ai pas d'infection de Zocovial », ça veut dire qu'il en est truffé et qu'il ne veut pas les voir. C'est rassurant quand on met les barrages et les garde fous là où on a identifié les problèmes. Quand des chirurgiens me disent « La checklist avant

le programme opératoire, j'en ai rien à foutre. » Sauf qu' il arrive une erreur de côté une fois tous les quinze ans et c'est une de trop. C'est que j'opère à la proteste de la jambe gauche alors que c'est la hanche droite.

Quand on se rend compte à la décision, merci pour le patient. Si quelqu'un me dit que c'est jamais arrivé dans un bloc opératoire, moi, c'est arrivé dans les miens, mais c'est arrivé dans beaucoup d'autres en France et encore, c'est arrivé avant les décisions. Mais en tout cas, quand même, on partait pour réviser du mauvais côté. Ce que je veux dire, c'est que la tutelle doit veiller à la bonne application de la loi. Elle est de plus en plus sensible à la qualité de l'établissement, puisque la certification, aujourd'hui, ça fait partie... La qualité, c'est un compartiment du financement des établissements. Il y a à dire aussi entre le public et le privé. Je pourrais politiser le débat, mais ce n'est pas le but. Mais on a un compartiment tarification classique et on a un compartiment IFAC qui, je crois, cette année, va monter à 700 millions d'euros. La qualité aujourd'hui, elle est rémunérée. La méthode est contestable aujourd'hui puisque, au départ, il y avait le pôle économique qui devait être pour 20 ou 30 pour cent, ils l'ont mis à 50 pour cent parce que le privé tirait trop de financement sur la qualité et le public pas assez.

Quand on prend le pôle économique, avec les trois CHU de la région, on pompe de toute façon une grande partie du pôle économique. Là, on était en désaccord. C'est pas lié à l'ARS, c'est un problème national. En gros, pour revenir à ce que vous dites, la tutelle, elle vérifie la réglementation, elle est informée sur la certification, mais je pense qu'elle n'évalue pas aujourd'hui la convention. Elle dit sur les dossiers, elle est obligatoire ou pas. Au bout du compte, je suis pas convaincu que si je ne fabriquais pas un papier sans signature, je suis pas sûr que ça passerait pas. Je suis même sûr que ça passerait pas

5. Constatez-vous une montée de l'omniprésence des tutelles dans la prise de décisions de la direction des établissements qui s'accroît de plus en plus ?

On n'est pas lâché dans la nature parce qu'on est responsable de nos actes. Accessoirement, nous sommes soit sous statut privé, soit mandataire sociaux. Nous n'avons pas de statut protecteur, par définition, surtout en plus, on fait des choix dans la vie. Moi, j'ai pas l'impression d'avoir la tutelle sur le dos. De temps en temps, ils ont des piqures du ministère qui les irritent et ils ont des fois des réactions qui ne sont pas en adéquation avec la problématique. Par exemple, à un moment donné, le ministère va dire « C'est inacceptable. On fait de la chirurgie du cancer là où ce n'est pas autorisé. » Donc là, on vous envoie une inspection qui est un flop parce que les deux mecs qui ont été opérés du colon en urgence, c'était des occlusions et l'occlusion, par définition, il faut l'opérer en urgence. On ne sait jamais s'il y a des carences ou non. C'est une occlusion. Le lendemain matin, vous opérez l'occlusion, sinon ça peut être beaucoup très grave pour le patient. Donc des réactions comme ça, il y en a eu, je le connais et je trouve que ça ne sert à rien. Après, j'aimerais aussi que de temps en temps, ils tirent les conséquences de leurs actes.

Moi, ce que je regrette sincèrement et je peux l'objectiver, c'est qu'il y a deux points de mesure selon que l'on est privé ou public. Et ce n'est pas une obsession. J'ai des discussions avec eux là-dessus, mais je vais prendre un exemple concret. On décide un jour, au niveau de l'ARS, de débouler dans tous les services d'urgence pour voir si on est conforme. Je me rappelle, je partais à la fête de la clinique et on m'appelle j'ai dit je reviens et on va appliquer le droit. Les inspecteurs ne commenceront l'inspection qu'à ma présence. Je les connaissais, je leur ai demandé leur carte et je leur ai demandé l'ordre de mission. Histoire un peu de s'amuser. Et puis, ils ont fait leur boulot. Ils l'ont fait dans tous les services d'urgence privés. Je n'ai jamais eu le retour. Un jour, personne n'a eu le retour. Donc, on l'a demandé. Et puis, on s'est retrouvé un jour à une réunion publique privée et le directeur d'un hôpital que je n'en

parlais pas dit « Oui, mais vous comprenez ça et ça, ça ne marche pas. » Et donc, je revenais sur les urgences et je demande quelles ont été les anomalies trouvées suite à cette inspection de sauvage nocturne qui a eu lieu sans que nous soyons prévenus.

Ah non, aucune anomalie. Je dis vous auriez pu le notifier. Ça aurait été sympa de constater qu'un 20 décembre à 21 heures, tout le monde était au boulot et que toutes les conditions normatives étaient respectées. Et je dis à ce directeur d'hôpital, moi, ce qui m'intéresse, Farine, c'est de savoir comment fonctionne l'idée de soins intensifs cardiologiques dans deux hôpitaux de la région, dont le sien. Mais ce n'est pas le sujet, mais moi, je pense qu'il y a un sujet. Le sujet, c'est qu'il n'y a pas de cardiologue la nuit sur ces deux sites. Donc, si vous n'avez pas de cardiologue sur un site privé dans ce cas là, vous êtes fermé. Dans le public, je ne suis pas sûr. D'ailleurs, si vous regardez en ce moment ce qui se passe, vous avez la maternité d'Ales qui ferme. Alors, on est libre. C'est une bonne nouvelle. Elle ferme pendant dix jours. Tous les accouchements ont été pris à peu près qui n'ont pas pu se réaliser sur la maternité par le CHU de Nîmes et par la politique grande Sud de mon groupe. Est ce que vous avez vu dans le communiqué de presse et de l'ARS et de l'hôpital que des accouchements ont été pris en charge à la politique grande Sud ?

On trouve normal que l'hôpital public manque de personnel face à la maternité et on remercie le CHU, mais on oublie la clinique. Et ça, c'est insupportable. C'est pareil, vous fermez les services d'urgence. La presse va faire avec autre chose quand il est privé, mais quand il est public, il en parle pas. Et là, c'est ce que j'ai dit hier soir à la tutelle en réunion, ça serait bien quand même qu'en termes de communication, il y ait un peu plus d'objectivité. Mais le reproche que je fais à la tutelle, c'est le reproche de la fédération, la fédération de l'hospitalisation privée, c'est que vous n'avez dans la tutelle que des directeurs d'hôpitaux qui jugent des directeurs d'hôpitaux. C'est à dire qu'au bout du compte, ils sont jugés partis à 90% dans la constitution de leur corpus. Et ça, on le dit. Et alors en plus, ils financent et ils notent. Donc là dedans, si j'étais planificateur, moi, le reproche que je ferais à la du terme, mais ce n'est pas la faute de la Grèce. C'est qu'à un moment donné, si je planifie et si je vérifie la qualité des soins, tout ce que vous êtes en train d'évoquer, le parcours de soins, je ne dois pas financer et je ne dois pas noter le directeur.

C'est à dire qu'il y a une a un mélange des genres qui ne fonctionne pas. Soit j'ai une mission de planification sanitaire, d'évaluation du service rendu et d'une évaluation de l'accessibilité aux soins. Et là, c'est le boulot de l'ARS. Et le fait de financer l'hôpital et de noter le directeur de l'hôpital, c'est le centre national de gestion, c'est ce qu'on veut. Nous, ils ne nous notent pas, ils ne nous payent pas. Et au bout du compte, on est bien sur la mission de planification et de de l'accessibilité au SOINS Donc là, il y a un mélange des genres qui rend difficile cette évaluation, notamment des conventions. Après, vous avez un autre point. Vous n'allez pas avoir le même comportement, ça c'est l'avis, que vous soyez puissant ou misérable. Quand un inspecteur de la RS va voir un directeur de CHU, il n'y a pas le même comportement qu'avec le directeur de la clinique. Vous vous sentez libre. Quand je le dis, ça les énerve beaucoup, comme on veut le contraire. Il faut nous prouver le contraire. Qu'on me prouve le contraire. C'est à dire qu'on traite les deux de la même façon. Pour revenir aux conventions et au rôle des tutelles, je ne me sens pas, je n'ai pas l'impression qu'on soit sous pression qu'on nous dicte ce que l'on doit faire.

Par contre, l'impression que j'ai, c'est que de temps en temps, sur la pression du ministère, ils agissent pour rendre des comptes à l'échelle au supérieur et là, on peut en pâtir direct. Je ne sais pas si ça vous est clair. Je suis un peu partisan

## Partie 2. La place de l'E-santé dans la coordination des acteurs

1. En tant que manager, comment appréhendez-vous le parcours de demain avec les nouvelles mesures numériques mises en place, comment manager ses équipes face à ces changements ? Le parcours de soins peut être complété par le DMP ?

Le dossier médical partagé, il y a plusieurs problématiques, selon que vous soyez un hôpital ou un libéral sur la coordination des soins. Si je suis dans une clinique privée, j'ai mon dossier patient informatisé qui fonctionne aujourd'hui de bière. En général, il y a deux ou trois logiciels concernant les cliniques et les hôpitaux. Ça, c'est une chose qui marche bien. Dans le privé, on a une problématique, c'est qu'on a des praticiens qui consultent à l'extérieur et qui ont historiquement des logiciels métiers. On fait pour les anesthésistes, qui était le joli nom, ou spécifiques aux chirurgiens. La première problématique sur le plan de parcours de soins, qui est une problématique que l'on peut trouver à tous les niveaux, va être le problème de l'interpassage. Et ça, je crois que c'est le problème majeur, c'est de faire communiquer entre eux différents systèmes. Par exemple, je suis en train de travailler en ce moment sur un GCS de moyens entre le public et le privé. Sauf que ce GCS, il va devoir facturer pour le compte de l'hôpital et pour le compte de la clinique. Aujourd'hui, la réflexion est le point le plus bloquant là dedans, ça n'est pas juridique. Ça va être comment je vais avoir un logiciel de facturation qui ensuite va permettre de déverser de l'information financière et comptable, je pense que vous comprenez de ce dont je parle, vers le logiciel public et vers le logiciel privé, vers le système d'information public ou privé.

Ça, c'est le premier problème sur le DPI. Ensuite, il y a dans le parcours de soins, ce qui a été développé par l'assurance maladie, c'est à dire le dossier médical analysé, le DMP, qui monte en charge de façon moyenne, mais qui commence à être consulté par les professionnels. Je pense que sur le parcours de soins, ça va être un élément majeur de coordination, parce que très clairement, ça va permettre de retrouver des événements, notamment dans le cadre de prise en charge urgentes, voire un spécialiste qui découvre un patient, voire beaucoup d'infos. Donc, le DMP est un élément important. Et après, il y a une multiplicité de systèmes sur la coordination puisqu'on est sur le parcours de soins. Il y a la télésurveillance qui est en train de se développer et il y a le EGRA de santé qui a été créé par l'ARS, qui accompagne les établissements et les professions avec la santé, justement, dans ce parcours de soins que l'on peut qualifier de coordonnées numérisées. Il y a un webinaire d'ailleurs qui est prévu très prochainement sur la mise en œuvre de la télésurveillance. Pourquoi je parle de ça ? Je reviens sur le sujet du parcours de soins et la gestion du temps précieux des médecins.

Par exemple, ce sur quoi on est en train de réfléchir. C'est très touffu, je ne suis pas un spécialiste là dessus, mais on est en train de réfléchir, par exemple, sur un patient qui est en soins médicaux et de réadaptation, de pouvoir... L'orthopédiste, par exemple, ou le neurochirurgien n'a pas le temps de se déplacer et de regrouper des télé consultations sur les services de médicaux et de réadaptation, de façon à ce que le patient soit vu régulièrement en télé consultation. Ce qui évite aux praticiens de sortir de ces murs, ce qui permet à la fois à ceux qui vont charger le patient au patient et aux spécialistes d'avoir un échange même de courte durée. Il y a beaucoup d'outils, mais je pense qu'on en est qu'au début. On en parle beaucoup, on en est qu'au début. Par exemple, pendant la crise de Covid, je reviens dessus parce qu'on a eu besoin de se coordonner. J'étais dans la cellule de crise et mi région est et au bout du compte, on était sept dans la cellule de crise avec la RS. On a fonctionné avec WhatsApp. On a créé un groupe WhatsApp COVID région Est.

Ça nous a permis d'avoir le taux d'occupation des réa en temps réel. Ça nous a permis de savoir qu'il fallait muter à quel moment, d'avoir le suivi des pics d'épidémies. Par contre, effectivement, il y a d'autres outils qu'au WhatsApp aujourd'hui, de communautés. Il n'y a pas de dalles qu'on utilise dans mon groupe, qui permet à une communauté de médecins d'échanger effectivement sur des patients

sans avoir à se déplacer en temps réel. Donc, il y a une numérisation, mais aujourd'hui, que je ne trouve pas je pense qu'on en est quand même au début. On dit qu'on est très avancés. Moi, je suis dans un groupe où on est assez branché là dessus, mais je trouve qu'on en est quand même au bas du ciment.

2. Si le personnel soignant a accès au dossier et peut compléter le dossier du patient, comment manager ses équipes au sein d'un établissement face à ces changements ? Avec l'intégration des nouveaux outils

C'est pas compliqué, on a un référent métier. On a un référent métier, c'est à dire qu'on a une équipe d'informaticiens appuyée par une infirmière. Dans l'établissement où je suis, chaque évolution ou mise en place du DPI, on a une infirmière à temps plein qui travaille avec les équipes pour à la fois expliquer aux médecins et expliquer aux équipes ce qui va évoluer, qui consacre du temps aux évolutions ou à la mise en œuvre du DPI, c'est à dire du dossier patient informatisé. D'abord, on a un chapeau au niveau du groupe puisque l'IT est géré au niveau du groupe. On a une cellule au niveau national avec un médecin hors deux sur le dossier patient, un médecin ancien chirurgien qui est salarié au siège et puis des médecins référents dans les établissements parmi les présidents de CVE. Ensuite, on a l'équipe informatique. On a une équipe dédiée par établissement avec un référent territoire et bien entendu, par établissement, par contre, on n'a pas rétablissement, une infirmière qui est référente des pays.

3. Quels sont les limites au e-parcours de soins (avantages et inconvénients), existe-t-il une réticence des patients

Les limites au e parcours ? Oui. Moi, je raisonne toujours en disant qu'il faut être au service du patient et que les limites, c'est comme sur la pertinence des actes en chirurgie. Il faut évaluer le bénéfice. Le bénéfice, risque, je mettrais perte de temps ou inutilité. C'est à dire que je pense que d'abord, il y a deux limites. Il y en a une qui est très claire, qui est le problème des zones blanches qui existent dans nos territoires. Je vous rappelle qu'il y a 47 % de zones montagneuses en Occitanie où habitent 14 % de la population. Donc, il y a des zones blanches. Déjà, il y a des gens qui sont exclus du lit par pot. Ça, c'est la première limite qui est une limite matérielle. Ensuite, la deuxième limite, c'est t'as dit, c'est l'utilisateur, c'est à dire le patient. Si c'est le patient de votre génération, il va taper sur le clavier avec le nez, les pieds, les mains, il va faire ce qu'il veut. S'il a 80 balais, je ne suis pas convaincu qu'il va pouvoir le faire. Quel est le niveau d'intégration de ce qui est numérique par le patient ? Pour les gens qui ont aujourd'hui plus de 70 ans, voire moins.

Il y a une vraie... Je connais des gens qui ont des tablettes, à 80 ans, qui utilisent des tablettes et je me connais qui, à 60 ans, ne le font pas. Après, il y a des générations qui arrivent, mais je pense quand même que quand on est malade et angoissé et qu'on a besoin de déverser une information sur les tas de télésurveillance. Je ne fais pas de fiction, de quelle façon je le fais ? Est ce que j'appuie sur un bouton qui dit le numéro indien avec un logo ? J'ai un problème de trouble du rythme ou j'ai un problème respiratoire », etc, je pense pas que le patient est en situation de détresse. Parce que dans le parcours, je parle de la phase aiguë, il a besoin d'aller vite et donc il a pas besoin de réfléchir. Il faut que quelque chose soit très adapté, facile. J'ai une vraie interrogation là dessus. Ça veut dire qu'à un moment donné, à quel moment j'initie le patient pour utiliser ces outils ? La limite, c'est on doit gagner du temps une fois qu'on a mis en place, mais comment je rends efficace ce pays parcours ? Ou efficace, ou efficace pour les deux ?

J'ai la problématique de l'âge et ensuite, j'ai la problématique de l'ergonomie du matériel et de sa compréhension.

Il faut penser qu'avec ce qui s'est passé dernièrement, notamment avec les cyberattaques, ça peut également être une nouvelle limite dans la réticence des patients. Est ce qu'ils ont peur du vol de données ou du piratage ou quelque chose comme ça ou vous pensez que pas du tout ?

Les gens qui font de la cyberattaque le font au pifomètre, c'est à dire qu'ils décident pas d'attaquer un hôpital ou une industrie à l'avance. Ils prennent des voies d'accès. On a pas mal travaillé là dessus et effectivement, ça peut être un vrai danger puisqu'après, ils vous disent « On va diffuser et si vous payez pas, on va diffuser les données médicales. » L'ARS, dans son rôle de tutelle avec le ministère, est en train de développer là aussi plus que de développer, met en place des financements pour qu'on s'équipe contre les cyberattaques. Quand on est dans un groupe, on est déjà sur ces réflexions depuis longtemps. « Est ce que j'externalise ? Comment je sécurise ? » Je suis pas du tout un spécialiste, mais il y a une vraie sensibilisation. Après, le risque, c'est la concentration. C'est à dire que si j'ai, je caricature, un seul logiciel pour le patient insuffisant cardiaque en surveillance France entière, il est clair qu'il y a un risque majeur. Comment j'organise ce parcours ? Comment je le sécurise ? Je pense que ça peut être une limite. L'autre point, c'est toujours pareil, pour limiter le risque, il faut jamais mettre dans le même panier tous ces œufs, donc il y a des stratégies après.

Mais c'est un risque. C'est un risque. Après, on le voit dans un établissement, moi je le vois. Vous avez une panne informatique pendant une heure, d'abord avec tout le monde qui se roule les pouces, parce qu'il n'y a aucun d'entre nous maintenant qui sait travailler sur du papier. Et deuxièmement, on est bloqué. On est bloqué en dossier patient informatisé, en facturation. C'est vraiment très compliqué. Donc, vous avez des procédures dégradées. La procédure dégradée s'appelle crayon papier. Oui. donc, la limite, je la vois là. Je pense que ça peut être un facilitateur, mais il y a quand même quelques points à régler.

4. Le manque de personnel soignant est-il selon vous un frein à la coordination du parcours de soins ? Et face à la pénurie de soignants, comment réorganiser la coordination ?

Selon vous, le manque de personnel soignant est il un frein à la coordination du parcours de soins ? On en a parlé un petit peu au dessus. Selon vous, comment est ce qu'il faudrait réorganiser cela ?

Je vais vous faire une réponse pas de norme. Si j'ai 100 gardes à pourvoir et que j'ai 90 personnes pour ces 100 gardes, j'ai un trou de 10. Je n'ai pas de solution. Aujourd'hui, vous avez la création des IPA dont personne ne sait quoi en faire.

Vous avez dans le projet de loi, maintenant, les référents, je ne sais plus si coordination, je n'ai plus le titre en tête. Moi, ce que je trouve, c'est qu'on va manquer de soignants, mais après, ça va se débloquer. La question, c'est de savoir qu'est ce que l'on veut faire en dehors des murs. Je ne sais pas si c'est une question de manque de soignants ou est ce que c'est une question d'organisation, c'est à dire qu'est ce que je peux faire ou qu'est ce que je dois faire en dehors des murs et qu'est ce que je dois vraiment garder à l'intérieur des murs. Le rôle des soignants dans le parcours de soins, je dirais qu'aujourd'hui, il est en cours d'identification parce qu'on est en train de pousser l'hospitalisation à domicile. À côté de ça, il y a l'infirmière libérale qui revendique une activité sur laquelle j'ai un point de vue peut être un peu dur, c'est que quand elles sont à l'établissement, elle refuse de faire des toilettes. C'est le travail des aides soignantes et quand elle sera libérale, elle vive des toilettes. Je trouve qu'il y a une verté, une déperdition de compétences pour des raisons d'en basement économique qui me démeritent à ce niveau là, parce qu'à mon avis, il faudrait donner les toilettes aux aides soignantes en Libéral qui le font beaucoup mieux que les infirmières en plus.

Mais les infirmières pourraient faire du souhait. Ils sont occupés par exemple, des escars. Mais aujourd'hui, on n'a pas... Je ne sais pas si c'est le manque de personnel soignant ou si c'est le manque de lisibilité de l'organisation que l'on veut demain. C'est à dire qu'aujourd'hui, on dit sur un territoire, on veut de l'accessibilité aux soins partout, à tout endroit. On nous met en avant les communautés professionnelles territoriales, les maisons de santé pluridisciplinaires. L'état vient de dire « Je veux 4 000 maisons pluridisciplinaires de santé en plus. » OK, bingo. Allons y. Avec qui ? Avec qui ?

Moi, je peux annoncer 10 000. Avec qui ? Moi, ce que je vois, c'est que Bruno Le Maire a dit « Maintenant, on va faire des économies, y compris dans le monde de la santé. En remontant un peu dans ce qu'on a dit au préalable, on manque de lisibilité sur ces parcours ou sur ce que veut la tutelle. On est plus dans le sentiment que j'ai, et c'est la problématique pas de la RSN même, mais du pilotage de la santé. D'abord, chaque fois qu'on change de ministre, on a une nouvelle loi ou un député qui était l'ancien président de la FHF. Nous, sur le terrain, à chaque fois, il faut qu'on fasse les pilotes formulés. Je prends la chicane un jour d'un côté, le lendemain, on me dit de la prendre de l'autre. C'est un peu compliqué. Qu'est ce que l'on veut réellement ? On a ouvert le numérus clausus sur certaines professions dont les infirmières. On dit qu'il faut des IPA, mais on ne sait pas où les mettre. Il y en a une sur le département à l'hôpital de Pétrechon, finalement, je crois en oncologie, il n'y en a qu'une. Les IPA, on en parle. Moi, je ne sais pas combien il y en a en France.

Je ne sais pas combien de promo il y en a. Je ne sais pas ce qu'elles font. On nous parle d'accessibilité aux soins en disant qu'il faut qu'aucun service d'urgence... Là, je vais reprendre le discours de Didier Jaffre, le 12 juin à mon assemblée, il dit « Aucun service d'urgence est offert. » D'accord, mais avec quels moyens ? Si je n'ai pas de médecin, je n'ai pas de médecin. Je lui disais l'autre jour, moi, serré, le 13 et le 14 juillet, je n'avais plus que d'urgentistes. Il y a 48 heures, maintenant, je n'en ai un depuis hier soir. On est aujourd'hui dans une gestion de l'urgence liée à la carence des politiques antérieures. Ça, je me l'assume totalement. Aujourd'hui, il y a des efforts pour régler tous ces problèmes, mais je sais même pas si c'est le manque de personnel soignant qui fait que ça marche pas.

Moi, je suis dans un département où on a une surdensité d'infirmières libérales, mais qui ne veulent pas travailler avec la HAD. Quelle est la répartition du travail entre l'hôpital à domicile qui est différente de la prise en charge de l'infirmière libérale ? Il y a un moment donné, pour tracer la route, il faut que les choses soient lisibles et compréhensibles et très sincèrement. Vous me heurtez aussi, vous parlez du rôle de la tutelle, les médecins coordonnateurs des maisons de retraite, quand vous avez la HAD qui est intervenu pendant la période COVID pour les problèmes respiratoires, etc, des patients plus lourds dans les maisons de retraite, ils y rentrent plus. Ils y rentrent plus parce qu'on considère qu'ils ont rien à y faire alors qu'ils ont rien à y faire et que ça coûte rien à l'établissement en plus. Donc, il y a toutes ces problématiques de quand on vous dit aux urgences, il ne faut pas y aller. Il ne faut pas y aller. Sauf que je peux vous donner 40 000 exemples et vous certainement aussi, de gens qui y sont allés parce que pendant la période de l'été, je ferme mon cabinet, je retire, l'hôpital est saturé, la clinique aussi, mais c'est quand même les deux seules structures qui peuvent accueillir.

Là, on est en révision de PRS. Je dirais qu'au moment de votre mémoire, vous pourriez quasiment travailler sur le futur PRS. Est ce que le futur PRS va répondre aux interrogations que vous posez ? On peut inverser la tendance. Est ce que vous en avez eu connaissance, lecture ? Un peu ?

Est ce que sur la question que vous posez, c'est quand même parcours de soins, accessibilité aux soins, plus parcours de soins. Il y a les six axes majeurs qui sont déclinés par l'ARS, dont l'accessibilité aux soins et le parcours de soins. Pour être un peu plus clair, ça s'améliore quand même. Il y a quand même une amélioration. Il y a une vraie réflexion qui permet... On peut avoir aussi une vision... Moi, je suis très prudent là dessus parce que je suis pour le libre choix des gens. Je ne voudrais pas non plus que le parcours de soins se transforme par une filière publique, une filière privée ou par une... Et



donc, qui veut dire que je capte ma clientèle. Et pas qualitativement. Je suis très attaché à ça, je suis attaché au libre choix et à la qualité. Et donc, il y a aussi un danger de captation. Par exemple, quand vous dites dans les territoires ruraux, j'ai la carte de ma mutuelle, donc je vais me faire soigner là où ma mutuelle m'envoie. Je ne suis pas sûr que le cabinet dentaire mutualiste soit meilleur que le libéral à côté qui pratique à les mêmes tarifs.

Mais on crée par la mutuelle une filière de soins dites « vertueuses » parce qu'ils aiment bien ce terme. Ils disent que l'argent ne les intéresse pas, mais les frais de gestion, un petit peu quand même. Donc, les mutuelles, j'ai toujours peur de cette absence de libre choix. Je crois qu'il faut de l'éducation thérapeutique, il faut du suivi de patients, il ne faut pas de rupture dans le parcours de soins, mais je pense quand même qu'il faut préserver le libre choix du patient ou le choix éclairé.

Je n'aime pas trop les situations de monopole.

Je pense que c'est l'intérêt du patient. Si vous n'aviez, par exemple, qu'un orthopédiste à l'hôpital et qu'un chirurgien digestif à la clinique sur une ville, je suis à peu près sûr que les deux feraient la loi et ne feraient que ce qu'ils veulent. C'est évident. À partir du moment où vous avez de la concurrence ou de l'émulation, je préfère le terme, c'est mieux. Mais pour en revenir à ce que vous dites, je ne suis pas sûr qu'à un moment donné, il faut de la clarté dans le parcours de soins, il faut de la clarté dans le pilotage de la santé territoriale et voir quels moyens on y met en face. Est ce que c'est le manque de personnel de soins, ce que je disais, je prenais le cas des toilettes ou est ce que c'est la bonne utilisation des bonnes ressources au bon endroit qui compte le plus ? Il y a peut être un peu des deux, oui.

### Partie 3. La question des financements dans la coopération des acteurs

1. Les modes de tarification sont-ils adaptés à l'évolution de votre établissement ? Est-ce que vous pensez que la rémunération que vous avez, est-elle adéquate ? (Enveloppe globale reçue pour l'établissement) Le mode de tarification est-il adapté à votre établissement ?

Vous savez qu'on va avoir de grandes difficultés à vous répondre parce que d'abord, les urgences sont financées de façon différente depuis un an maintenant, bien laisser clair, au comité d'allocation des ressources, qui sont basés sur des critères dont notamment un critère de dotation populationnelle. Le seul problème, c'est que, par exemple, la dotation populationnelle de la région Occitanie, qui doit servir à payer le SMUR, les élites transports et le fonctionnement des services d'urgence, on est sous doté d'à peu près 10 millions d'euros. Donc, déjà, de toute façon, on n'a pas les financements au niveau des urgences sur les systèmes d'information. Si je prends un financement adapté. Ensuite, vous savez que le président de la République a commandé à l'IGAS et à l'IGF via le ministère une étude sur la réforme de la T2A. Visiblement, on va partir sur une réforme de la maternité avec une base de socle, charge fixe et ensuite une base d'activité, financement mixte. C'est ce qui est dans le tuyau aujourd'hui sur la mission T2A puisque je suis dans le dossier. Je suis dans le dossier, donc je dois travailler après sur les préconisations pour la feuille de griffe. Sur la chirurgie, il n'y aura pas de changement globalement.

réforme des autorisations va obligatoirement, avec les exigences réglementaires sur les conditions techniques de fonctionnement, enclencher une réflexion différente sur le forfait réanimation. Aujourd'hui, on n'a pas trop d'info là dessus. Ensuite, pour rester dans le parcours de soins, vous savez

que là aussi, on a un comité d'allocation des ressources pour les soins médicaux et de réadaptation et on n'a pas de visibilité puisqu'aujourd'hui, le financement est en train de changer et qu'on est en train de en est à la troisième simulation, la V3 de la simulation du financement des établissements, quel que soit leur statut et que visiblement, les trois simulations sont complètement fausses. J'aurai beaucoup de mal à vous répondre à vous répondre sur ce point et je pourrais vous dire que d'une pierre, je fais deux coups puisqu'on est aussi sur un comité d'allocation des ressources en psychiatrie et que là aussi, il y a des dotations à la filière, c'est plus populationnel, c'est des DFA plus cinq niveaux d'autorisation différentes et un parcours de soins identifié. Et que là aussi, ce qui est une grande particularité française, c'est que par rapport à la question que vous posez, je n'ai même pas de visibilité sur le financement de ces trois secteurs.

Donc, à la limite, la seule chose qu'on pourrait vous dire, c'est qu'on est en pleine réforme et qu'on n'a aucune visibilité sur le pilotage de nos structures sur les deux mois à venir. On a des avances de trésorerie, on a des financements, mais aujourd'hui dire « J'ai un financement qui me permet de m'adapter au parcours de soins et à la santé », je ne suis pas capable de vous le dire aujourd'hui. » Après, Après, vous avez des enveloppes numériques qui sont données par l'ARS sur des points que j'ai évoqués comme à la cybersécurité ou le eGRAD qui va nous informer sur la télésurveillance ou la télémedecine où là, c'est des financements ments, mais qui sont via l'assurance maladie, c'est à dire liés à l'acte. Donc, on a des financements à l'acte. Après, des enveloppes spécifiques pour faire un bon en avant, aujourd'hui, on n'a pas de visibilité.

De contextualiser un vrai chamboulement qui est la réforme de toutes les autorisations, de nouvelles autorisations aussi, radiologie interventionnelle, augmentation des seuils en chirurgie du cancer, chirurgie pédiatrique, réforme des soins critiques. Vous avez tout ça qui arrive et vous avez, parallèlement à ça, la mise en œuvre de la réforme des financements avec les dotations populationnelles, par exemple, sur les urgences, les dotations populationnelles aussi sur les SMR ou les dotations, dont la dotation filiale active, sur la psychiatrie. En réalité, vous faites votre mémoire avec un PRS qui va être publié le 1<sup>er</sup> novembre. C'est peut être ennuyeux, ça peut vous faire gagner des points aussi, la certitude, mais faites de la projection.

Oui, alors après, par rapport au numérique, la vraie question, on va en aborder un bout, c'est l'adaptabilité des patients à l'outil numérique et les zones loges. On est quand même une région qui a deux spécificités, c'est qu'elle est l'équivalent de l'Irlande. Je dis toujours au DG ARS que c'est le ministre de la Santé de l'Irlande. C'est la même superficie. 40 000 habitants de plus par an, pas que des jeunes, à absorber dans ce parcours de soins. Ce sont des paramètres, je pense que dans votre analyse, vous avez toutes les infos, vous pouvez demander à la Fédération chez nous ou ailleurs, c'est que dans toutes les analyses, vous allez avoir aussi, je pense, il faut que vous ayez les données sociales, géographiques. Un autre point que vous devez aborder, si je peux vous donner un conseil. De toute façon, vous faites ce que vous voulez après de ce que je vous dis, mais vous avez aussi les indices de précarité qui sont très importants. On a la précarité et la précarité dans le parcours de soins. Je l'ai évoqué, la.

Vous avez la précarité, vous avez le handicap. Par exemple, le handicap, le dépistage du cancer dans un établissement spécialisé de travailleurs handicapés, comment il est fait ? Que ce soit le cancer du colon, le cancer du sein, etc. Donc, la e Santé va pas vous régler ça. Ça me fait basculer sur un point qui est... Je sais pas si je suis au sujet, mais au bout du compte de parcours de soins, la eSanté, on est en train d'en parler pour les gens normaux. Mais les autres sont des gens normaux aussi, mais qui ont besoin d'être assistés. Donc, en réalité, dans l'analyse de la eSanté, ça fait penser aux personnes âgées, ça fait penser au programme Les 1 000 jours qu'a voulu le gouvernement pour les enfants après la naissance, la prise en charge du couple des enfants et ça fait penser à la précarité. La précarité qui est un point important et le taux de chômage. Donc, quel est au bout du compte, le lien

que peut permettre aussi de faire la licencier entre les différents acteurs qui prennent en charge ? Parce qu'on parle de l'ARS et on a les compétences en matière sociale des conseils départementaux.

On a des assistantes sociales qui ont des rôles. Donc, dans notre prospective, c'est ce qui est le plus intéressant dans notre travail, c'est ces sujets là. Dans notre prospective, il y a cet aspect là, c'est à dire qu' on est dans ce milieu toujours, entre initiés, dans la normalité. Notre normalité, c'est le mec qui est opéré du cœur, c'est le mec qui a un cancer. Notre normalité, c'est le plateau télé. Mais en réalité, la normalité, c'est la vie de tout le monde avec toutes les difficultés. Je pense qu'il faut que vous ayez un axe. Je pense que ça vous amènera une plus value dans votre réflexion. Oui, complètement. Il ne faut pas être un débat numéro, mais on a évoqué l'autre jour à la CRSA, la charte Rome et Jacob, on l'a tous signée. Personne ne l'a évaluée. On l'a tous signée. Mais pensez qu'handicap, ce n'est pas qu'un handicap mental. Le handicap visuel, c'est quel est mon suivi numérique si je suis aveugle avec toute ma tête et que j'ai un métier et que je ne suis plus dans la vie active et que j'ai le diabète et que je dois être suivi au long cours en plus de ma cécité.

Ma cécité peut être d'ailleurs liée au diabète. Et comment l'outil numérique me sert ? Vous voyez, ça peut bouillonner là dessus aussi. Vous êtes à un mauvais moment, mais vous pouvez avoir un bouillonnement intéressant là dessus.

## Partie 4. Les innovations en santé

1. Pensez-vous que les nouvelles expérimentations telles que l'article 51, DACS, CPTS permettent une meilleure coordination, une meilleure prise en charge des patients ? Existe-il une limite ?

Le DAC, il démarre. Je pense qu'on ne peut pas se prononcer sur la pertinence du DAC. Ce que l'on peut dire, c'est que les anciens réseaux qui ont un certain vécu comme dispositif spécifique régional en cancérologie, ça fonctionne bien pour les patients. Ça fonctionne bien parce que ça a amené une coordination des trois C en cancérologie, une coordination des RCP. Je pense très sincèrement qu' en cancérologie, que ce soit chirurgical ou médical, depuis que je fais ce métier, je pense que sur les 20 dernières années, on a fait un grand boulot, incontestablement. Je pense que le cancer a été le grand bénéficiaire du parcours de soins. On est parti de l'exercice isolé à un vrai exercice coordonné avec des acteurs qui avaient vraiment envie d'y participer. Après, sur les CPTS, c'est variable. Je suis convaincu que la contrainte partagée coordonnée va permettre de fixer des praticiens. Ça, j'en suis convaincu. J'en connais qui fonctionnent bien, j'en connais d'autres qui ne fonctionnent pas ou qui sont fragiles parce qu'elles ne reposent que sur un engagement d'acteurs. Et le jour où ils ne seront plus là, j'ai des exemples très concrets en tête, nous, on va s'effondrer.

Donc c'est très variable. Je pense que la cancérologie, c'est une vraie réussite. Je pense que sur la cardiologie, on y est sur les parcours de soins et reste maintenant à affiner des parcours de soins comme sur les substances respiratoires, le diabète, des choses comme ça. Mais le DAC, c'est le début. Je vous dis les dispositifs spécifiques régionaux, en tout cas, soit ça permet d'améliorer la qualité des soins, l'accessibilité aux soins. Je crois aux dispositifs spécifiques régionaux, je voulais en mentionner un qui est d'ailleurs celui de la Périnate, qui marche pas mal aussi. Je vous le dis, je vais en parler parce qu'on a tellement de difficultés avec les maternités en ce moment partout en France. Mais c'est un dispositif qui, en région aussi, a permis de faire des analyses des revenus de mortalité aussi, qui fonctionne bien. Je crois que les réseaux régionaux et les analyses tétériogales, soit par

département, soit par bassin de population, ont une vraie pertinence si ça se coordonne. Avec la eSanté qui doit être Alors, voilà ce que je voulais dire sur l'IT. Une raison, ça doit être un moyen. Ça doit servir à... Ça ne doit pas être un objectif de développer l'IT.

Vous qui faites du contrôle de gestion, si on est abrégé au niveau de la direction de KPI, il faut que ce soit pertinent, l'analyse. En contrôle de gestion, on n'a pas le droit, même si je sais que les contrôles de gestion sont spécialistes du KPI, mais globalement, pour piloter, on n'a pas besoin de ce que je vous disais sur le projet d'établissement, il ne faut pas multiplier les KPI.

2. Ces expérimentation article 51, est-ce qu'elles vous paraissent applicables à l'ensemble du système de santé ? Est-ce qu'on pourra l'étendre sur toute la France ?

Je pense que c'est applicable. Ça marche très bien sur la dialyse. Les premiers ont été sur les patients dialysés, les articles 51, puisque de mémoire, il avait un parcours avec un quota de consultation, de suivi. Je pense que ça peut marcher sur du chronique. Tout à l'heure, on parlait de cancérologie. Le cancer devient dans certains cas une maladie chronique. Je pense qu'un suivi via un article 51 sur des patients en cancérologie qui ont besoin d'un suivi précis et coordonné, ça peut avoir un rôle pertinent. Ça peut être pertinent. Après, sur des phases aiguës, il y a le facteur âge. Un article 51 sur un Gus de 20 ans qui joue rugby et à qui on refait des ligaments croisés, ça ne marche pas. Sur de l'orthogériatrie, on peut en discuter. Parce que dans l'article 51, il y a de l'éducation thérapeutique, il y a du soin. Ça permet d'englober un parcours de soins pertinemment. Je pense que c'est pas mal. Il y a d'ailleurs eu un compte rendu du ministère sur tous les articles 51 récemment.

# Résumé

---

La coordination des acteurs dans le parcours de soins du patient souligne l'importance cruciale de la coordination dans le domaine des soins de santé. Dans un système en constante évolution, la coordination efficace entre les divers professionnels de la santé est devenue essentielle pour garantir une prise en charge optimale et globale des patients. Les innovations et les outils mis en place pour optimiser cette coordination jouent un rôle central dans la recherche d'amélioration continue du système de santé.

Tout au long de cette étude, le mémoire a examiné de près le parcours de soins du patient actuel et futur, en se penchant sur la manière de renforcer la coordination des acteurs impliqués. Pour atteindre cet objectif, plusieurs approches ont été envisagées. Premièrement, des outils réglementaires et législatifs ont été instaurés pour réorganiser l'offre de soins, avec des réformes visant à renforcer les liens entre les établissements, à établir des contrôles obligatoires et à encourager les évaluations soutenues par des tutelles. Ces instruments obligatoires créent un cadre de suivi pour les établissements et les professionnels, améliorant ainsi l'efficacité des parcours de soins grâce au partage de ressources et à la continuité inter-établissements.

Ensuite, les avancées technologiques ont permis l'émergence du numérique dans le secteur de la santé, offrant des solutions pour améliorer les pratiques des professionnels. Ces outils ont révolutionné la communication entre les soignants, facilitant le partage d'informations et la coordination pour une meilleure prise en charge des patients. Ils apportent efficacité et gain de temps, notamment grâce à la télémédecine, tout en minimisant les interruptions dans les parcours de soins.

En parallèle, des outils innovants tels que les Dispositifs d'Aide à la Coordination (DAC), les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) et les maisons pluridisciplinaires ont été expérimentés pour optimiser la coordination des acteurs de la santé dans les parcours de soins.

Malgré ces avancées, il est évident que les défis subsistent. La multiplicité des réformes et des obligations peut rendre complexe la mise en œuvre et l'accessibilité de ces outils. De plus, le manque de cohésion entre les établissements et les professionnels ainsi que les contraintes financières peuvent entraver la réalisation efficace de ces initiatives.

En outre, les outils technologiques issus de la e-santé ne parviennent pas toujours à atteindre leur objectif initial de faciliter la communication et le partage d'informations. Cette problématique, couplée à des défis d'accessibilité et d'adaptation, révèle la complexité de la mise en œuvre de la e-santé et l'importance de l'accompagnement des professionnels dans ces changements. Cependant, malgré ces obstacles, la volonté de révolutionner les pratiques reste présente, et l'importance du numérique dans l'optimisation de la coordination des acteurs dans les parcours de soins demeurent indéniables.

En conclusion, cet essai souligne que, malgré les avancées, la coordination des acteurs dans les parcours de soins est un enjeu complexe et en constante évolution. Les innovations, les réformes législatives, les avancées technologiques et les outils expérimentaux sont autant d'éléments qui contribuent à améliorer la prise en charge des patients. Cependant, des défis persistants nécessitent une approche continue et proactive pour garantir une coordination optimale qui répond aux besoins de tous les acteurs du système de santé.

Mots clés :

Coordonner, coopérer, parcours de soins, réglementation, tutelle, financement, nouvelle technologie, e-santé.