



les universités d'été de la  
**performance en santé**

**COMMENT MENER  
UNE TRANSFORMATION  
RÉUSSIE ?**

*#UNIVANAP*

Marseille 2019

**LES ACTES**

[www.anap.fr/univanap](http://www.anap.fr/univanap)

# COMMENT MENER UNE TRANSFORMATION RÉUSSIE ?

*L'Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) a organisé pour la 9<sup>e</sup> année consécutive l'Université d'été de la Performance en santé les 5 et 6 septembre 2019 à Marseille.*

Une fois encore, et comme précédemment à Bordeaux, Rennes, Lyon, Tours, Lille, Nantes, Strasbourg et Avignon, plus de 550 professionnels du secteur médico-social, des hôpitaux et de structures de soins étaient au rendez-vous.

L'ANAP tient beaucoup à cette manifestation : annuelle, itinérante et gratuite, elle est ouverte à tous les professionnels, mais aussi aux usagers. C'est une occasion unique pour les professionnels d'une région d'échanger sans barrière professionnelle ou géographique, de se rencontrer, de voir ce qui se fait dans tous les coins de France. Événement fédérateur, l'Université d'été s'attaque sans détour aux vrais sujets du quotidien, pour qu'ensemble, nous montrions ce qui existe et cherchions des solutions !

## DOMICILE ET NUMÉRIQUE : LES ENJEUX DES ANNÉES À VENIR

Pour cette édition, comment ne pas évoquer les enjeux des transformations en cours. Ceux liés au développement de l'ambulatoire, avec notre premier grand débat « Le domicile, premier lieu de soins ? », auquel Nicolas Revel, directeur général de la CNAM, nous a fait l'honneur de participer. Ou ceux liés au numérique : sommes-



nous armés pour répondre aux bouleversements qu'il induit pour chacun de nous, soignant comme usager ?

Cinq conférences prospectives ont permis aux participants de débattre sur les transformations nécessaires pour généraliser les collaborations avec les usagers ; sur les conditions de réussite d'une co-construction de la structuration des soins de proximité, à l'échelon local et avec la chaîne des professionnels ; sur la réflexion à mener ensemble pour réussir l'inclusion des personnes âgées.

## TOUTE TRANSFORMATION RÉUSSIE NÉCESSITE D'EMBARQUER LES ACTEURS

Autre sujet de réflexion prospective : le nécessaire embarquement de tous les acteurs, enjeu désormais incontournable, pour transformer une organisation ou réussir un projet. Sans oublier bien sûr l'IA ! Comment en effet se projeter dans l'avenir sans regarder en face l'intelligence artificielle ?

Et l'être humain, dans tout ça, comment s'adapte-t-il et comment son cerveau gère-t-il la transformation quand elle s'impose à lui ? C'est ce que les participants de Marseille ont pu découvrir avec l'explorateur et chercheur Christian Clot. Donner à chacun l'envie de suivre, conquérir la situation du changement, imaginer, s'adapter, développer son imagination sont les indispensables ingrédients d'une transformation réussie. ▀

# ALLOCUTIONS D'OUVERTURE



**Patrick Padovani**  
Adjoint au Maire,  
Délégué Hygiène et Santé,  
Mairie de Marseille

## UN ACTEUR QUI COORDONNE LE PARCOURS DES USAGERS EST UNE PLUS-VALUE POUR TOUT UN TERRITOIRE

Parler santé aujourd'hui c'est parler coordination d'un grand nombre d'acteurs des champs social, médico-social, technologique et environnemental. Ce changement de paradigme nécessite collaboration et coordination pour mettre en résonance des professionnels qui jusque-là, n'avaient pas l'habitude de construire ensemble.

Quand les professionnels s'engagent dans des plateformes territoriales d'appui, des PAERPA, des PTSM ou construisent des CPTS, ils s'inscrivent dans la construction du parcours des usagers (...). Un acteur qui coordonne l'offre de soin et la réponse médico-sociale dans son territoire est toujours une plus-value pour ce territoire. Les municipalités n'ont de compétences santé qu'à travers leur centre communal d'hygiène et de santé. Nous le regrettons et militons (...) pour qu'on comprenne que les déterminants de santé s'inscrivent aussi dans cette proximité communale.

Je me réjouis de votre présence pour parler transformation de notre système de santé dans ce lieu emblématique qui marque le début de la médecine à Marseille, troisième pôle hospitalier français et second pôle national de recherche.



**Philippe de Mester**  
Directeur général,  
ARS PACA

## LA CAPACITÉ HUMAINE À CHANGER NOS PRATIQUES EST ESSENTIELLE

Pour conduire des transformations réussies, il faut avoir un savoir-faire, des objectifs clairs et de la détermination. Transformer n'est pas simple et nous avons appris ensemble, tout au long de ces années. Aujourd'hui, nous sommes en mesure de mieux conduire ces transformations et nous commençons à comprendre les leviers de leur réussite.

Nous avons désormais des évaluations et des indicateurs, du recul sur les méthodes. Les ARS ont muri, tissé des partenariats sur l'ensemble du territoire. L'action collective et notre capacité à fédérer sont d'ailleurs une des clés du succès et de nos réussites. (...)

Une transformation réussie ne peut se faire contre ceux qu'elle est censée servir. La concertation, l'ancrage territorial sont des conditions essentielles de réussite. [...]

À l'égard de tous, notre responsabilité est d'expliquer, concerter, dialoguer, négocier, toujours. (...)

Un frein majeur reste notre capacité humaine à changer nos pratiques et c'est pour cela que des journées comme celles-ci sont essentielles pour échanger, partager, répliquer et diffuser les réussites.



**Sophie Martinon**  
Directrice générale,  
ANAP

## L'IMPLICATION DE TOUS ET L'IMAGINATION SONT INDISPENSABLES POUR TRANSFORMER NOS ORGANISATIONS

Comment faire vraiment changer les choses au niveau du système de santé ou à l'échelle d'un territoire, pour l'utilisateur, pour le patient ?

Aujourd'hui, ce qui se passe à l'hôpital a un impact sur la ville, ce qui se passe en ville a un impact dans le médico-social et inversement... Cette interdépendance nécessite l'implication de tous. L'implication de tous pour mener une transformation du système de santé à l'échelle d'un territoire, et penser une offre de service. (...)

Pour se transformer, on a besoin de se mettre à la place de l'autre, d'imaginer, d'inventer pour chacun des nouveaux rôles dans le système de santé, des nouveaux parcours de soin, d'être capable de changer de point de vue. Pour transformer, il faut aussi changer soi-même. Accepter les évolutions et les maîtriser, adapter ses relations avec les autres professionnels, avoir une vision plus inclusive, changer sa propre posture dans le système...

Le temps, l'implication de tous, l'imagination... font partie des ingrédients indispensables à une transformation réussie et contribuent à l'évolution du système de santé. L'objectif de ces deux journées : vous permettre de développer de nouveaux « super pouvoirs » pour transformer vos organisations à l'issue de ces Universités d'été.

# SOMMAIRE

## 01. LES PLÉNIÈRES

- Grand Angle.** Comment l'homme s'adapte-t-il aux changements ?..... p. 06  
**Grand-débat 1.** Le domicile, premier lieu de soins ?..... p. 08  
**Grand-débat 2.** Le système de santé et l'arrivée du numérique ..... p. 10

## 02. LES CONFÉRENCES PROSPECTIVES

- P1.** Comment la généralisation de la collaboration avec les usagers va-t-elle transformer le fonctionnement des établissements ?..... p. 13  
**P2.** Transformation - Et si les solutions venaient aussi des acteurs ?.... p. 14  
**P3.** Intelligence artificielle : du mythe à la réalité, comment accompagner et anticiper son déploiement ? ..... p. 15  
**P4.** Et l'inclusion des personnes âgées, on en parle ? ..... p. 16  
**P5.** La structuration des soins de proximité, cible de la transformation du système de santé : quels enjeux ? quels leviers ? ..... p. 17

## 03. LES ATELIERS DE RETOUR D'EXPÉRIENCES

- R1.** Transformer pour réussir : comment une association bouleverse son fonctionnement pour aborder son avenir avec confiance ..... p. 19  
**R2.** SSR hors les murs : les facteurs de succès pour une transformation de l'offre au service des patients..... p. 20  
**R3.** Les défis de l'inclusion des personnes en situation de handicap ..... p. 21  
**R4.** Faire évoluer les prises en charge au service du patient : de l'accueil à J0 à la gestion des courts séjours ..... p. 22  
**R5.** Construire et accompagner le changement : jamais sans les cadres ! ..... p. 23  
**R6.** Transfert maternité et ouverture nouveau SSR : la disparition du « O » de MCO ne pouvait pas rester sans suite... ..... p. 24  
**R7.** Coordination des parcours : vers une (r)évolution collaborative..... p. 25  
**R8.** Comment rebondir quand la contrainte extérieure vient bousculer la routine et remettre en question le quotidien ?..... p. 26  
**R9.** Comment s'approprier des outils de coordination grâce au dialogue territorial ? ..... p. 27  
**R10.** Soins primaires ou de proximité : l'exercice coordonné dans tous ses états !..... p. 28

## 04. LE CAFÉ-POSTERS

- Le café-posters** ..... p. 30  
**Poster gagnant 1.** HSTV : une transformation par l'implication des représentants des usagers ..... p. 32  
**Poster gagnant 2.** Un IME sur trois sites : une offre renouvelée s'inscrivant dans le processus de transformation du secteur médico-social ..... p. 33  
**Poster gagnant 3.** Décider dans les situations médico-sociales complexes : du travail en silo à la coopération pluriprofessionnelle, la méthode S.I.M.P.L.E..... p. 34  
**Remerciements** ..... p. 35

 VIDÉO

La vidéo de toutes les interventions en plénières est disponible en ligne :  
[https://twitter.com/anap\\_sante/status/1169578475306405888](https://twitter.com/anap_sante/status/1169578475306405888)



01



# LES PLÉNIÈRES



# COMMENT L'HOMME S'ADAPTE-T-IL AUX CHANGEMENTS ?

**Christian Clot**, Explorateur-chercheur, Projet Adaptation (Inserm, CNRS)

Explorateur-chercheur, directeur du programme de recherche Adaptation, Christian Clot est un spécialiste de l'adaptation humaine en milieux extrêmes et face aux changements. Son expérience de plus de 20 ans consacrés à l'exploration, en solitaire ou comme leader d'expédition, lui a permis de partager avec le public de la 9<sup>e</sup> université d'été sa vision sur notre capacité à faire face aux changements, à tous les niveaux.

Partant de cas exemplaires d'entreprises et d'expéditions, jouant sur des anecdotes très significatives, il a livré sa vision de nos capacités d'adaptation au changement, basée sur les résul-

« Être curieux et rester ouvert pour ne pas avoir peur de la transformation. »



tats et analyses des travaux scientifiques menés avec différents laboratoires.

Comment l'homme peut-il s'adapter face à des situations extrêmes ? L'extrême, c'est se retrouver face à une situation à laquelle nous ne sommes pas habitués. [...]

Les changements ne sont compréhensibles qu'en rapport avec l'impact qu'ils ont sur nous, nos proches, notre environnement perceptible au travers de nos émotions. On pourra mettre en place toutes les transformations possibles, si l'humain n'est pas prêt à changer, il ne changera pas. Il s'agit donc de transformer les émotions ressenties en décision. Car c'est l'émotion qui fait le changement et non la technique.

La question à se poser est donc : « comment emmener les gens avec nous dans un projet de transformation ? [...] Comment donner aux autres l'envie de suivre ? ».

Pour cela, il faut aller conquérir la situation du changement, imaginer. Quand on construit un hôpital, un centre de soin, un concept de soin, le plus important n'est pas d'assister au résultat final mais d'impulser le projet, de construire pour les autres. Cela demande du courage et nécessite d'affronter ses peurs. Si l'on regarde la peur en face, on trouve la solution pour la dominer.



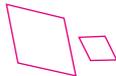
Pour cela, la meilleure solution reste la collaboration. [...] Cela permet de s'adapter, de développer son imagination, c'est-à-dire de développer de nouvelles systémiques de pensées. [...] Le premier réflexe contre le changement, c'est la résistance. La réflexion ne vient qu'ensuite. Mais à quoi bon lutter contre quelque chose que vous ne contrôlez pas ?

Quand un cerveau est soumis à un changement, il va chercher en lui-même tout ce qu'il a à disposition pour reconstruire une compétence. Plus vous serez ouvert et curieux au changement, plutôt que soumis et dans la peur, meilleur vous serez dans les nouveaux domaines de compétences qui vous seront proposés demain. ▀

*Quand on construit un hôpital, le plus important c'est d'impulser le projet, pas d'assister au résultat final.»*



# LE DOMICILE, PREMIER LIEU DE SOINS ?



**Alice Casagrande**, Directrice formation et vie associative, Fehap  
**Olivier Lebouché**, Directeur général, Korian Domicile France  
**Nicolas Revel**, Directeur général, CNAM

*Virage ambulatoire, lien ville-hôpital, optimisation du système de santé d'une façon générale... : autant d'actions déjà engagées depuis longtemps afin de mieux répondre aux attentes des personnes. Mais le domicile dans tout cela ?*



Le domicile devient progressivement l'épicentre du parcours de santé. Cette transformation a des impacts sur l'ensemble de la prise en charge de la personne et nécessite donc une évolution du système de santé dans toutes ses dimensions, à la fois en termes d'organisation, de compétences des acteurs, de financement et d'outils utilisés... La bonne organisation des soins de ville est encore aujourd'hui un handicap lourd du système de santé, selon Nicolas Revel. La structuration territoriale autour des CPTS, en lien avec les établissements, est ainsi un enjeu majeur. Les acteurs concernés semblent à présent mûrs pour cette transformation collective. Les établissements, quant à eux, sortent de plus en plus de leurs murs et s'ouvrent à la prise en charge de la personne sur l'ensemble de son parcours. Pour Olivier Lebouché l'exemple de Korian,



*Il faut changer de paradigme, constater que les environnements locaux sont eux aussi producteurs de soins. »*

**Alice Casagrande**



*La bonne organisation des soins de ville est encore un handicap lourd du système de santé.»*

**Nicolas Revel**

qui a fait évoluer sa stratégie dans ce sens depuis trois ans, est un signe. Il convient de faire face à de nouveaux enjeux liés à la sécurité et au maintien du lien social des personnes prises en charge, et faire évoluer en conséquence les compétences des professionnels de santé. Pour Alice Casagrande, la réelle transformation réside dans l'encouragement du « prendre soin spontané ». Il s'agit de prendre en compte le fait que les personnes ont elles-mêmes une expertise sur leur santé, de même que leur conjoint, leurs enfants, leur pharmacien... Ce ne sont alors plus uniquement les professionnels de santé qui doivent soigner, mais la cité toute entière. Les premières expériences réalisées sur ce sujet prouvent que cela fonctionne. Pour pouvoir créer les conditions d'une prise en charge de qualité intégrant la personne elle-même et son entourage, il est nécessaire que les professionnels de santé s'articulent entre eux et avec les personnes et leurs aidants, ce qui n'est pas le cas aujourd'hui : la coordination est défailante, il y a un déficit en disponibilité médicale, les outils numériques ne sont pas au rendez-vous... Par ailleurs, le mode de rémunération actuel valorise l'acte, mais n'encourage pas vraiment la délégation de tâches ou de compétences. Le métier d'auxiliaire de vie est clé dans la prise en charge au domicile de la personne. Cependant, l'attractivité de ce métier est très faible et le turn-over dans les



DÉBA

équipes très élevé. Cela soulève les questions du recrutement, de la formation et de la rémunération des acteurs concernés. Mais pas seulement. Cela soulève également les questions de l'organisation de leur travail, de la formation de leurs managers, de leur qualité de vie au travail, de leurs transports, de la garde de leurs enfants... Autant de défis à relever dans les prochaines semaines, mois et années !

Rédigé par Aude Schindler 



# LE SYSTÈME DE SANTÉ ET L'ARRIVÉE DU NUMÉRIQUE

**Jean-Marc Blanc**, Directeur, Fondation I2ML

**Charles Guépratte**, Directeur général, CHU de Nice

**Franck Le Ouay**, CEO, Lifem

**Norbert Nabet**, Directeur général Prestations intellectuelles, Médias, Évènementiel, NEHS

*Le numérique apparaît dans le débat comme l'outil permettant de réussir la transformation autour du parcours de soin et de l'accompagnement. Mais aujourd'hui, le premier problème du numérique dans le système de santé reste le changement culturel.*



« On est pris de vertige quand on se pose la question de ce qui devrait changer à l'hôpital sur le numérique », explique Charles Guépratte, directeur du CHU de Nice. Le changement de paradigme est en cours mais beaucoup de choses ne sont pas encore numérisées (flux patients, de médicaments...). Si cela évolue pour les fonctions supports (restauration, déchet...), pour le sujet crucial qu'est le soin, nous en sommes encore loin ! La prédictibilité et les algorithmes sont un levier majeur pour optimiser les équipements, les rendez-vous... mais il faut des ressources importantes. Je constate deux freins : le dopage à l'investissement immobilier,

Attention au « jumeau numérique », qui risque de donner des indications déconnectées des convictions de la personne. »

Jean-Marc Blanc





**Il faut avoir une obsession de l'usage pour apporter des solutions utiles. »**

**Franck Le Ouay**

*et la conception de systèmes d'information cloisonnés, non adaptables aux évolutions technologiques ».*

*« Il n'y a pas assez d'innovation dans le secteur, complète Franck Le Ouay, CEO de Lifen, start-up qui apporte des solutions d'échanges de documents médicaux. Les flux d'informations sont encore trop différents (fax, mails, courriers...). Il faut faciliter la connexion des acteurs à un canal unique d'information. Se donner, par exemple, les moyens de réaliser les contacts avec la ville, les médecins pour réduire la perte d'information, le mauvais adressage. C'est par des solutions sur de petits segments qu'on*

*génère des outils performants ; la qualité du service rendu doit être le moteur de l'action. »*

Le numérique doit être avant tout un outil qui sert à partager l'information. Le directeur de la fondation I2ML, Living lab autour de l'usage et de l'utilisateur, martèle que dans les structures de santé, « on trouve d'abord des gens qui viennent se faire soigner et non des générateurs d'activité ». À cet égard, si la vision des Français sur le numérique montre que cela répond à leurs besoins (prise de rendez-vous en ligne, diffusion de résultats de biologie), des questions se posent concernant « le jumeau numérique » qui émerge, qui va donner des indications pas forcément en phase avec les convictions de la personne. Le risque de l'hyperdata est de tronquer la notion de choix. Le patient doit être co-acteur de son parcours.

Autre enjeu, l'observation et la collecte d'information pour lesquelles le digital joue un rôle majeur, complète le directeur pôle média NEHS. Pour que le digital rende un service à la population, il faut accompagner ce changement culturel, cette transformation inéluctable et cela passe par l'amélioration des processus... Va-t-on alors oublier la personne au profit du processus ? S'il y a de quoi s'alarmer (sécurité, assistants numériques...), la création d'un cadre souple et sécurisant est susceptible d'apporter des réponses. Plus l'usage du numérique et sa pénétration dans la santé se feront, plus il faudra faire attention à la manière dont il s'organise.

Rédigé par Julien Marcelle ■



**L'enjeu, c'est la prédictibilité pour libérer du temps soignant et améliorer la qualité dans et en dehors de l'hôpital. »**

**Charles Guépratte**





02

|

# LES CONFÉRENCES PROSPECTIVES

|



# COMMENT LA GÉNÉRALISATION DE LA COLLABORATION AVEC LES USAGERS VA-T-ELLE TRANSFORMER LE FONCTIONNEMENT DES ÉTABLISSEMENTS ?



**Florence Arnoux**, Vice-présidente, Association des directeurs d'hôpitaux (ADH)

**Isabel da Costa**, Membre du conseil d'administration, ANAP - Administratrice, APF France Handicap

**Béatrice Fermon**, Directrice associée, Executive MBA Santé - PSL, Université Paris Dauphine

**Françoise Sellin**, Usager, Expertise Patient

*Pour une transformation du système de santé bénéfique à tous, il est aujourd'hui nécessaire de mieux prendre en considération « l'expérience » voire « l'expertise » des usagers et des patients, qu'on les appelle ressources, experts ou encore partenaires.*



Depuis la loi de 2002, la démocratie en santé définit les droits individuels et collectifs, ainsi que la représentation des usagers dans les structures sanitaires et médico-sociales et les instances publiques de santé. Le rôle des représentants des usagers est effectif mais encore trop souvent limité, soit par manque de « candidats », soit pour des questions de reconnaissance ou de légitimité au-delà des strictes instances où ils ont un mandat officiel. Cependant, des initiatives multiples, soutenues ici par les pouvoirs publics, là par des expérimentations locales favorisent l'implication des usagers dans la gouvernance, la défense des droits des patients, la démarche qualité et la formation des professionnels.

## DES MODALITÉS ENCORE LARGEMENT À INVENTER

Une dynamique forte est désormais enclenchée et permet d'envisager la collaboration avec les usagers dans un champ beaucoup plus vaste que celui strictement défini dans les textes et selon des modalités qu'il faut encore largement inventer. C'est de cette façon que la démocratie participative vient renforcer la démocratie représentative.

Il s'agit d'une évolution culturelle profonde qui interroge la conception même de leur rôle par les professionnels de santé et la capacité des citoyens à prendre leur part dans la transformation du système. Une façon de lui redonner un nouveau souffle...

De nombreuses études situent le succès des transformations dans le passage de la stratégie à l'opérationnel grâce à une horizontalisation, mettant au même niveau professionnels et usagers. L'utilisation des techniques issues du Design Thinking a montré l'intérêt de faire participer des personnes de profils et de compétences diversifiés pour aboutir à des changements pertinents et pérennes : associer un usager à mobilité réduite à l'occasion d'une refonte de la signalétique ou de l'implantation d'un nouveau plateau technique, ou encore recruter d'anciens SDF souffrants de troubles mentaux pour en faire des médiateurs de santé auprès de leurs pairs.

## PRENDRE EN COMPTE LA PERSPECTIVE DES USAGERS

Dans un autre registre, investir la formation initiale est un levier d'action évident. L'usager ou le patient partenaire peut y interagir avec ceux qui seront les futurs professionnels (facultés de médecine, IFSI, etc.). L'expérience montre qu'il peut par son témoignage marquer les esprits et ancrer l'enseignement dans le réel, apporter son expertise et imprégner les étudiants de cette culture de la collaboration : « ne pas penser à la place du patient mais penser avec le patient en tenant compte de ce qu'il dit ».

Dans un système de santé dont on entend partout qu'il est en crise, un peu de créativité et d'audace pour mieux prendre en compte la perspective des usagers, associer le patient comme acteur à part entière de la chaîne du soin, est source de sens pour les professionnels, qui ont besoin de plus d'humanité systémique dans leur pratique.

Rédigé par Philippe Sayous



*Chacun à son niveau dispose d'une expérience et de compétences... ensemble on peut enrichir ce système pour qu'il soit plus efficient et même symbiotique.»*

# TRANSFORMATION: ET SI LES SOLUTIONS VENAIENT AUSSI DES ACTEURS ?

**Zeineb Chaabane**, Facilitatrice de démarches de transformation, ministère de l'Économie, des Finances, de l'Action et des Comptes publics

**Hubert Le Hetet**, Médecin anesthésiste, URPS Médecins libéraux de Bretagne - GECO Lib'

**Natacha Lemaire**, Rapporteuse générale du comité technique et du conseil stratégique de l'innovation en santé

*Dans un contexte légitimement défini par les protocoles et les normes, l'innovation et les transformations ne sont pas favorisées. Pourquoi ne pas s'appuyer sur les agents de première ligne qui vivent les blocages et ont de fait un énorme potentiel d'innovation ?*

## QU'ENTEND-ON PAR FAIRE ÉMERGER DES INITIATIVES DU TERRAIN ?

Les leaders doivent donner le cap, et délimiter la zone où on a le droit de proposer et de co-construire. C'est indispensable pour créer les conditions de confiance propices à la prise d'initiative des collaborateurs. Le défi est de penser différemment, de sortir du cadre (c'est le sens des projets dits « article 51 »). Cela suppose une véritable prise de pouvoir pour s'extraire des règles établies. Ce changement de posture n'est pas nécessairement évident pour des professionnels à qui l'on a demandé, jusque-là, d'appliquer et de mettre en œuvre des règles édictées par les régulateurs.

Les leaders doivent aussi incarner ce nouvel état d'esprit collaboratif: lâcher prise en soutenant notamment les initiatives qui émergent, en accordant le droit à l'erreur, en sanctuarisant du temps pour réfléchir à de nouvelles initiatives. C'est indispensable afin que les missions du quotidien ne prennent pas le dessus. Enfin, le fait que ces leaders embarquent le plus en amont possible est aussi le gage, qu'à un moment donné, on passera de l'expérimentation au déploiement.

## COMMENT FAVORISER LA RÉUSSITE DES INITIATIVES ?

En fédérant ces acteurs autour de communautés où ils peuvent échanger, apprendre les uns des autres, s'entraider et sortir de leur environnement pour voir ce qui se fait ailleurs... Puis, en les dotant d'outils et de méthodes pour les aider à sortir du cadre. Qu'on ne se méprenne pas, ce n'est pas qu'une question de savoir-faire, mais aussi et surtout de savoir-être, ce qui est parfois plus difficile à intégrer. Cela s'apprend par la pratique, et parfois même par l'échec. On peut recourir à des experts de la transformation; on peut aussi organiser des temps de prise de recul pour tirer les enseignements et avancer.

## LES POSTURES À ADOPTER :

- Penser démarche globale: faire le lien entre les sujets, les personnes, les écosystèmes;
- Se tourner vers l'action: être le plus vite possible dans la réalisation et le test;
- Autoriser et s'autoriser le droit à l'erreur tout en limitant les risques;
- Expérimenter en répétant: conduire plusieurs tests en faisant évoluer le prototype en fonction des résultats...
- Se centrer sur les utilisateurs: se placer du point de vue de tous les acteurs et analyser la plus-value pour le bénéficiaire final;



- Être empathique: écouter et comprendre l'autre;
- Penser collaboratif: faire avec et non pour;
- Inclure l'ensemble des parties prenantes;
- Sortir du cadre, être curieux;
- Soutenable et responsable: dans le temps, économiquement, vis-à-vis de tous...

## QUAND AURONS-NOUS RÉUSSI ?

La réussite concerne les initiatives déployées, mais également la transformation des manières de faire: les premiers porteurs, pourront être les ambassadeurs de nouvelles façons de faire, les diffuser afin qu'elles deviennent à terme la norme et fassent partie intégrante de la culture du travail.

Rédigé par Bénédicte Le Mouël

*Pour transformer il faut donner du sens: expliquer la raison et le tempo. Comprendre permet de s'engager.»*

# INTELLIGENCE ARTIFICIELLE : DU MYTHE À LA RÉALITÉ, COMMENT ACCOMPAGNER ET ANTICIPER SON DÉPLOIEMENT ?

**Pr. Jean-Marc Bereder**, CHU de Nice, Chirurgien oncologue digestif

**Philippe Blua**, Directeur, Hôpitaux Champagne Sud - CH de Troyes

**Pierre Champsaur**, Imagerie ostéo-articulaire (Radiologie et imagerie médicale), Hôpitaux sud – AP-HM

*L'Intelligence artificielle (IA) offre de nouvelles perspectives pour les patients et les professionnels. Elle implique des changements sur les organisations et les métiers. Quels sont les leviers et les freins à son adoption par les utilisateurs ? Comment accompagner et anticiper son déploiement ?*



*L'IA ne remplace pas le radiologue. La médecine est une relation humaine, cela reste une prise de risque avec un suivi évolutif. »*

*Pierre Champsaur*

L'expression « intelligence artificielle » est née aux États-Unis de l'idée qu'il serait possible de reproduire des démarches s'apparentant à un raisonnement automatique dans des contextes spécifiques à partir de jeux de données. Elle fait référence à des notions de biomimétisme.

Dans le domaine de la santé, l'analyse d'image et la prescription s'appuient déjà sur des outils issus de travaux sur l'IA. Prometteurs, ils ne remplacent toutefois pas l'intelligence humaine.

S'ils apportent un réel bénéfice au quotidien pour les professionnels et usagers en établissement, la clé de leur succès et de leur adoption dépend au préalable d'une définition précise du besoin auquel ils vont répondre.

## L'INTELLIGENCE ARTIFICIELLE EN RADIOLOGIE

Le domaine de l'imagerie est intrinsèquement lié au numérique. Il existe des outils très innovants qui se basent sur l'intelligence artificielle, et qui permettent de faciliter et d'enrichir le travail du radiologue. Si ces outils permettent par exemple de dépister des tumeurs, la confirmation du dépistage sera, elle, toujours assurée par le radiologue.

Le métier de radiologue va donc se transformer en intégrant l'IA comme un « super assistant » qui proposera des fonctionnalités avancées au service du patient.

## LA PRÉDICTION POUR MIEUX GÉRER LES FLUX

En partenariat avec l'équipe de l'université de technologie de Troyes, le CH de Troyes a travaillé sur un outil de prédiction des flux de patients aux urgences. L'outil développé s'appuie sur sept années de données et prédit avec 5 % de marge d'erreur, le nombre

de patients à accueillir les jours de forte affluence et le nombre de lits nécessaires.

Une autre application est en cours de test au sein de l'établissement : un outil d'aide à la programmation des rendez-vous et des hôpitaux de jour de médecine.

## AVOIR UNE VISION POUR CRÉER LA DYNAMIQUE

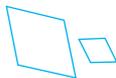
Si des expérimentations existent çà et là dans les établissements, l'enjeu actuel est d'arriver à créer des dynamiques institutionnelles sur le sujet. Parmi les leviers identifiés : la définition d'une stratégie d'établissement, la collecte et la structuration de la donnée, la formation des professionnels et la valorisation de nouvelles compétences en Data science par exemple, la modernisation des infrastructures informatiques pour s'adapter aux usages et comportements des utilisateurs.

Enfin, il est important de garder à l'esprit que les outils de l'IA ne viennent pas à bout de toutes les situations. Ils sont plutôt à envisager comme un prolongement de l'homme lui permettant de prendre des décisions mieux éclairées face à des quantités immenses de données produites quotidiennement.

Rédigé par Aymeric Schmitt



# ET L'INCLUSION DES PERSONNES ÂGÉES, ON EN PARLE ?



**Luc Broussy**, Président, France Silver éco  
**Stéphane Corbin**, Directeur de la compensation, CNSA  
**Bruno Grillo**, Président, Association Old'up Marseille  
**Didier Sapy**, Directeur général, FNAQPA

*La question de l'inclusion des personnes handicapées est au cœur des préoccupations. Mais qu'en est-il ? Comment peut-on se projeter sur l'évolution de l'accompagnement des personnes âgées dans les dix années à venir ?*

## QUEL SERA LE PROFIL DES PERSONNES ÂGÉES EN 2030 ?

Pour Luc Broussy, si le nombre de personnes âgées de 85 ans et plus en perte d'autonomie va doubler d'ici 20130, il convient également de prendre en compte l'augmentation du nombre de personnes âgées de 85 et plus, qui ne sont pas en perte d'autonomie. Ce phénomène nouveau induit des politiques publiques différentes, autour de la mobilité, de l'urbanisme, de l'adaptation des logements et du maintien du lien social. D'autant que les modes de consommation, les envies et les besoins des personnes âgées de demain vont eux aussi considérablement évoluer.

Pour le Docteur Grillo, il faut accepter que les logiques de solidarité aient changé : les jeunes s'occupent moins de leurs aînés et leur intégration est réduite dans la société.

## COMMENT SE SITUE LA FRANCE PAR RAPPORT À SES VOISINS EUROPÉENS ?

Selon Didier Sapy, la France se situe dans la moyenne en termes de pourcentage de PIB consacré à l'accompagnement du vieillissement. En matière d'espérance de vie, la France est 2<sup>e</sup> en Europe derrière la Suède. En revanche, nos résultats en matière d'espérance de vie sans incapacité sont très mauvais.

*En EHPAD, ce qui est difficile, c'est la rupture avec le reste de la société plus que les conditions de vie.»*

**Bruno Grillo**

En effet, la culture de la prévention est moins développée chez nous et l'approche est davantage sanitaire. Un changement de paradigme est nécessaire afin de permettre une approche sociale de l'accompagnement du vieillissement.

## L'AVENIR DE L'ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES ÂGÉES ?

D'après Stéphane Corbin, basculer d'une réponse très institutionnelle à une logique d'inclusion dans la société est nécessaire.



La logique domiciliaire du Conseil de la CNSA comporte deux enjeux :

- La réaffirmation de la place de la personne âgée dans la conception des politiques publiques d'autonomie et dans le bien vivre chez soi ;
- La fin de l'opposition entre domicile et établissement et la construction de politiques publiques coordonnées. Pour ce faire, il convient de construire un véritable droit à compensation qui permettrait aux personnes de choisir leur lieu de vie indépendamment de son coût. Cependant, au-delà du financement, il faut répondre à la question de la gouvernance et de la lisibilité du système.

Sur le sujet de la place de la personne âgée, le Docteur Grillo précise que la mise en valeur des compétences des personnes, promue par Old'up, et leur participation à la définition des politiques publiques, est un levier de bien-être et de « vieillissement réussi ».

Dans l'établissement de demain, pour Didier Sapy, l'usager devient le client, et ses attentes sont prises en compte. L'établissement devient un prestataire de services, ancré sur le territoire, comme dans le modèle britannique où les nouveaux établissements disposent de cafétérias ou de salles de sport ouvertes sur l'extérieur.

Rédigé par Pauline Pichereau

# LA STRUCTURATION DES SOINS DE PROXIMITÉ, CIBLE DE LA TRANSFORMATION DU SYSTÈME DE SANTÉ : QUELS ENJEUX ? QUELS LEVIERS ?

**Olivier Devriendt**, Directeur général, Polyclinique de Riaumont, Groupe AHNAC

**Sophie Dubois**, Pharmacienne, Directrice, CPTS Paris 13

**Édith Riou**, Adjointe au chef de bureau R5 « évaluation, modèles et méthodes », Sous-direction de la régulation de l'offre de soins, DGOS

**Sophie Sergent**, Pharmacien Présidente, CPTS Liévin-Pays d'Artois

*Un des chantiers prioritaires de la transformation du système de santé concerne la structuration des soins de proximité. Cela comprend le renforcement des hôpitaux de proximité et la création de 1 000 Communautés professionnelles territoriales de santé en 2022.*

La loi d'organisation et de transformation du système de santé et l'accord-cadre interprofessionnel relatif aux CPTS sont des étapes importantes de ces réformes. L'enjeu réside désormais dans la construction d'un cadre incitatif, favorisant les synergies entre acteurs pour fournir une structuration des soins primaires lisible, attractive et cohérente.



## LA STRUCTURATION DES SOINS DE PROXIMITÉ À LA POLYCLINIQUE DE RIAUMONT ET DE LA CPTS SUR LE TERRITOIRE DE LIÉVIN (62)

En 2016, avec l'arrivée de la perfusion à domicile, les professionnels éprouvent le besoin de se rencontrer pour évoquer des questions pratiques. La rencontre entre pharmaciens d'officine et médecin chef des urgences aboutit au lancement d'un comité ville-hôpital sur l'amélioration des pratiques et notamment sur la qualité des prescriptions. Une association est créée, un projet de santé déposé à l'ARS. La CPTS de Liévin-Pays d'Artois voit le jour en dix-huit mois. Elle couvre actuellement douze villes, soit environ 115 000 habitants. Elle compte cinquante-trois professionnels de santé, de toutes professions, et est présidée par un pharmacien d'officine. Cette pluridisciplinarité a permis la mise en place de plages de téléconsultation avec les EHPAD, une uniformisation des messages des professionnels à destination des patients et des aidants, la création de campagnes de prévention.

## CPTS 13 : LES PIONNIERS

Située dans le 13<sup>e</sup> arrondissement de Paris, elle est l'une des premières CPTS à avoir vu le jour et compte actuellement plus de cent-cinquante professionnels qui travaillent autour d'un projet médical ambitieux : création d'une maison de santé, parcours de santé des personnes migrantes, programme « Pas de personne âgée dépendante sans médecin traitant », mise en place de groupes de marche ou encore automesures tensionnelles assurées par des pharmaciens. La gouvernance associe toutes les personnes qui souhaitent adhérer, toutes les structures, et enfin les patients, usagers, et les associations de quartier.

La création d'une CPTS se faisant en dehors du temps de travail, réussir à convaincre les différents acteurs de changer leurs pratiques demande de fortes implications et motivation. Ceci explique que les premières CPTS aient mis du temps à se structurer. Il faut désormais partager les expériences et les outils existants afin de faire gagner du temps aux professionnels se lançant dans l'aventure. La connaissance réciproque et les travaux communs issus des CPTS permettent de mettre en œuvre de nombreux micro-changements qui ont des effets sur la qualité des soins. L'évaluation à terme de ces organisations est indispensable mais ne doit pas ralentir les démarches collectives.

Rédigé par Axèle Reberga



*Convaincre les différents acteurs de changer leurs pratiques exige une implication et une motivation importantes. »*



03

|

# LES ATELIERS DE RETOUR D'EXPERIENCES

|



# TRANSFORMER POUR RÉUSSIR : COMMENT UNE ASSOCIATION BOULEVERSE SON FONCTIONNEMENT POUR ABORDER SON AVENIR AVEC CONFIANCE ?



**Michel Cappe**, Directeur général, La Ligue Havraise  
**Valérie Charpentier**, Directrice MAS-ESAT-CAJ, La Ligue Havraise  
**Dr Alain Fuseau**, Vice-Président du CA, La Ligue Havraise

*Le diagnostic fut complet, le plan stratégique qui en découla se fixait pour point d'horizon 2020. Misant sur la qualité de vie dans les établissements et services, une culture de la transparence et un système d'information remis à plat, la Ligue Havraise a réussi sa mue.*

La Ligue Havraise pour les personnes handicapées est une association parentale regroupant vingt-cinq établissements et six-cent employés, et un des principaux employeurs du territoire du Havre. Souhaitant se rendre plus agile, plus inclusive tout en travaillant avec les usagers et en améliorant la qualité des services rendus, l'association a lancé fin 2014 un vaste plan stratégique « Horizon 2020 ». Elle a alors opéré une transformation de grande envergure basée sur trois logiques : stratégique (travail sur la gouvernance), systémique (pilotage de la transformation) et humaine (développement organisationnel).



*Une transformation ne peut se faire sans prise de risque humaine et financière. »*

Quatre organes de gouvernance ont été mis en place : comité stratégique, Conseil d'administration (CA), comité de direction et conseil de vie sociale. L'implication forte de la direction et du CA, qui devait opérer une mue et devenir un organe décisionnel, le rétablissement de la confiance entre acteurs, la coordination de l'organisation avec les objectifs de santé de l'ESMS, l'implication des utilisateurs et le travail en mode processus transversal sont les clés du succès de cette transformation.

Ce passage d'un état initial à « l'état désiré » nécessite de prendre en compte des enjeux qui sont à la fois rationnel, humain, politique et culturel. Il importe de « ne pas négliger le côté émotionnel, voire d'y apporter plus d'attention qu'à l'aspect rationnel. »

L'arrivée d'un ingénieur qualité méthode et la mise en place de certains outils, comme la grille de Bareil et Savoie utilisée pour aligner les acteurs sur le même palier (sept au total) avant le passage au palier suivant, et pour faciliter la progression collective, ont facilité la transformation. De même un investissement d'un million d'euros dans un système informatique s'est révélé indispensable.

La gouvernance a évolué et marche bien. La culture de la transparence est devenue son maître mot.

Le siège social finalise son organisation, fiabilise les données et les managers s'adaptent en permanence aux personnes et aux situations. Ces changements doivent s'opérer en développant la qualité de vie au travail dans les établissements conformément au plan stratégique.

Administrateurs et instances du personnel ont été associés à l'élaboration du troisième CPOM, qui porte principalement sur le virage inclusif. Le déploiement du dossier dématérialisé de l'usager est devenu une réalité. Les événements indésirables sont restitués aux équipes dans une logique d'organisation apprenante.

Si la Ligue est ainsi devenue un acteur du système de santé public et partage désormais ses outils et méthodes sur le plan régional, il est clair que cette transformation n'a pu se faire sans une évidente prise de risque humaine et financière.

Rédigé par Iskandar Samaan



# SSR HORS LES MURS : LES FACTEURS DE SUCCÈS POUR UNE TRANSFORMATION DE L'OFFRE AU SERVICE DES PATIENTS



**Béatrice Coulier**, Directrice des soins, Centre L'Espoir

**Benoît Nicolas**, Président CME, Médecin en médecine physique et de réadaptation, Pôle Saint Hélier

**Aurélien Pecqueriaux**, Directeur du parcours, Centre L'Espoir

*Les modalités d'intervention des établissements de Soins de suite et réadaptation auprès du patient se diversifient et le positionnement des opérateurs de SSR évolue. Le développement de formes d'interventions alternatives en SSR, telles que les alternatives hors les murs, en témoigne.*

## AMÉLIORER LE PARCOURS PATIENT DES PERSONNES SOUFFRANT D'AFFECTIONS DU SYSTÈME NERVEUX OU DE L'APPAREIL LOCOMOTEUR

Le Centre L'ESPOIR, spécialisé dans la rééducation et la réadaptation fonctionnelle, a mis en place deux équipes mobiles intervenant à domicile ou en structure pour travailler sur les « plaies et cicatrisation », et la « réadaptation-réinsertion handicap ». Le recours aux équipes mobiles est gratuit. Cela permet d'éviter des complications et ré-hospitalisations tout en rationalisant les coûts. Ces équipes fonctionnent en partenariat avec les professionnels qui prennent en charge les patients à domicile ou en structure, en apportant expertise, avis et accompagnement. Ce dispositif permet un transfert de compétences « apprécié des professionnels et gratifiant », et surtout un maintien du patient dans son lieu de vie. Les équipes sont autofinancées depuis 2015 (100 000 €/an).



## FAVORISER LA PRISE EN CHARGE À DOMICILE DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

Le pôle Saint Hélier, centre de médecine physique et de réadaptation, a développé des alternatives à l'hospitalisation permettant le maintien à domicile. « Le soin est ainsi apporté chez le patient » à travers « une offre de soins plurielle » composée :



*Les formes d'interventions alternatives en SSR reposent sur un projet médical au service du patient, et construit avec lui. »*

- d'une équipe mobile de réadaptation et de réinsertion, support de compétences et relais de coordination pour les établissements sanitaires et médico-sociaux et les professionnels libéraux ;
- d'un dispositif de télémédecine (téléconsultation en rééducation/réadaptation, télé-expertise pour les plaies chroniques) qui apporte une expertise médicale et paramédicale au patient dans son environnement habituel, en lien direct avec son entourage et les professionnels qui le prennent en soin ;
- et enfin, d'une activité d'hospitalisation à domicile de soins de suite et de réadaptation globale et coordonnée, dans le cadre de laquelle des professionnels formés et spécialisés dans la prise en charge rééducative des personnes en situation de handicap interviennent en complément des professionnels de l'HAD.

Le développement des prises en charge alternatives à l'hospitalisation complète en SSR amorce un changement de modèle. Ces différents dispositifs déployés sur le territoire permettent d'apporter aux patients un éventail d'accompagnement pour répondre de manière personnalisée et coordonnée à leurs besoins, que ce soit après une hospitalisation ou dans le cadre de leurs parcours de soins. Ils favorisent la coopération entre les acteurs et permettent un réel partage de compétences avec une plus-value avérée dans la prise en charge des patients.

Ces dispositifs reposent avant tout sur un projet médical au service du patient construit avec lui par les équipes, dans une logique territoriale coordonnée entre les acteurs. Ils impliquent un travail d'appropriation et de « partage de cultures différentes, mais aussi d'écouter les peurs des acteurs, de savoir oser » et accepter une souplesse organisationnelle.

Rédigé par Elsa Ptakhine

# LES DÉFIS DE L'INCLUSION DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

**Philippe Mortel**, Directeur général adjoint, Fondation OVE

**Muriel Schnell**, Directrice, APF France Handicap

**Céline Varenne Souchon**, Fondatrice, Mengrov (agence de design sociétal)

*L'inclusion des personnes fragiles est au cœur de nos préoccupations. Ces deux retours d'expériences présentent comment deux gestionnaires se sont emparés de cet enjeu et en quoi leur organisation et leurs pratiques en ont été transformées.*



chefs d'orchestre du projet des personnes accompagnées, ont été créés. Le principal défi était de convaincre usagers et familles, professionnels, commune, très attachée à ses emplois, et partenaires. Le facteur clé de succès tient à la communication avec toutes les parties prenantes pour rassurer, expliquer et accompagner ; ainsi qu'à l'équipe pluridisciplinaire élargie capable de s'adapter continuellement pour répondre de façon individualisée aux besoins.



*C'est une organisation  
à la fois structurée et agile. »*

**Philippe Mortel**

## MULTIPÔLE DE DÉCINES, COMMENT FAIRE ÉVOLUER SES PRATIQUES POUR DÉVELOPPER UNE CITÉ INCLUSIVE POUR DES PERSONNES DÉPENDANTES ?

Ce projet s'inscrit dans la démarche « Territoire 100% inclusif ». À l'échelle d'une commune de la métropole lyonnaise, il consiste à mettre en synergie les différents acteurs pour favoriser le parcours de vie des personnes dépendantes et handicapées : les établissements médico-sociaux mais aussi tous les acteurs de la vie sociale du quartier. Il suppose de faire travailler ensemble des organisations pour mutualiser les compétences et les infrastructures et innover dans les méthodes et les projets.

Ce projet, démarré début 2019, a permis d'identifier l'offre existante, les offres à transformer ou à mutualiser, de définir les usages reproductibles et les outils de coordinations efficaces. Il s'agit aussi de modéliser les actions en mettant en place des critères qualitatifs de mesures d'impact adaptés et de démontrer que l'inclusion est possible même pour le handicap sévère.

Les leviers ont été les suivants : croisement des regards, en particulier de l'ARS et de la collectivité locale pour bien comprendre les enjeux terrain ; recours au design social, de manière à prendre en compte toutes les parties prenantes ; mobilisation des usagers pour créer une émulation collective efficace, qui reste à améliorer ; gouvernance structurée, reposant sur un cercle restreint de partenaires opérationnels ; enfin, plan d'action concret et opérationnel, pour maintenir un bon niveau d'énergie collective.



*L'inclusion est un dispositif  
en perpétuel mouvement. »*

**Muriel Schnell**

## D'ÉTUEFFONT À BELFORT, UN NOUVEAU PROJET, UN GRAND CHANGEMENT : LE DÉFI DE L'INCLUSION

Ce projet, initié en 2012 à la demande de l'ARS, est devenu opérationnel en 2016. Il s'agit d'un dispositif d'Institut d'éducation motrice regroupant le Service d'éducation spécialisée soins à domicile (SESSAD) et l'IEM qui accompagne quatre-vingt-dix jeunes de 0 à 25 ans. Il propose des prestations de soins-accompagnement, d'hébergement ou d'insertion professionnelle et inclusion sociale, en fonction des besoins individuels de chacun et en cherchant de façon prioritaire le recours au droit commun.

Compte tenu des contraintes de départ (nécessité de se conformer à la loi de 2005, vétusté et inadaptation de locaux éloignés des lieux de scolarisation), la structure a révisé son projet, déménagé à Belfort et opéré un changement d'organisation mais aussi de pratiques professionnelles. Des coordinateurs de projets personnalisés, véritables

Rédigé par Anne Raucaz

# FAIRE ÉVOLUER LES PRISES EN CHARGE AU SERVICE DU PATIENT : DE L'ACCUEIL À J0 À LA GESTION DES COURTS SÉJOURS



**Sylvain Aoustin**, Cadre de santé, clinique chirurgicale, CHU de Poitiers

**Nicolas Chopin**, Médecin chirurgien, CLCC Léon Bérard

**Christelle Galvez**, Directrice des soins, CLCC Léon Bérard

**Patrick Giret**, Cadre supérieur de santé à la coordination générale des soins, CHU de Poitiers

*Pourquoi être hospitalisé la veille ou prolonger le séjour après l'intervention sans pertinence médicale à la clé ? Le Centre Léon Bérard (CLB) et la clinique chirurgicale ont fait l'expérience d'organisations permettant de fluidifier les parcours des patients.*

## PASSAGE À J0 ET OPTIMISATION DU TEMPS HOSPITALIER : UNE AMBITION AU SERVICE DU PATIENT

La clinique chirurgicale est une unité mutualisée dans laquelle les chirurgiens de chaque spécialité se déplacent pour voir leurs patients. L'équipe est spécialisée dans la prise en charge péri-opératoire de la chirurgie courte : accueil, soins, avec un poste d'infirmier de parcours occupé par roulement par tous les infirmiers. L'objectif est d'optimiser le parcours patient et le temps hospitalier en centrant le séjour sur l'accès au plateau technique et les soins. Au CLB, le projet d'hospitalisation à J0 a été lancé en 2016 à l'initiative de l'équipe médico-soignante avec un fort soutien de la direction générale de l'établissement.

Il bénéficie à la fois :

- au patient : réduction du temps passé à l'hôpital ;
- à la structure : libération de lits vers d'autres activités, réflexion sur la structuration des parcours, innovations dans la prise en charge, etc. ;
- à l'État et la société : diminution des coûts par rapport au mode d'hospitalisation conventionnel.

Différentes réflexions ont été menées à la fois sur la nature des chemins cliniques, les cibles à privilégier, le personnel, les outils informatiques nécessaires et les contraintes financières associées dans le cadre des comités de pilotage.

## UNE PRISE EN CHARGE SYNCHRONISÉE CENTRÉE SUR LES BESOINS DU PATIENT

Le parcours du patient à la clinique chirurgicale s'organise en sept étapes :

1. Consultation avec le chirurgien ;
2. Programmation de l'hospitalisation par le « Bed Manager » ;
3. Consultation d'anesthésie ;
4. RDV avec l'IDE de parcours ;
5. Appel H-48 ;
6. Hospitalisation ;
7. Appel H+48.



Une évaluation médico-sociale est également mise en place pour identifier les problèmes le plus tôt possible.

Au CLB, la commission ACA/J0 (Anesthésie chirurgie ambulatoire-J0) analyse les modes d'hospitalisation de chaque dossier et propose l'hospitalisation en ambulatoire lorsque le patient est éligible.

Le régulateur J0, véritable « aiguilleur du ciel », a un rôle capital au sein de l'unité :

- planification de l'arrivée échelonnée des patients ;
- appel des patients 24h avant la chirurgie ;
- vérification de la check-list ;
- vérification des procédures de commande de sang ;
- participation à l'accueil physique des patients.

L'ordonnancement et les modalités d'accueil des patients restent des points à améliorer.

## DES PERSPECTIVES DE DÉVELOPPEMENT ORIENTÉES VERS UNE MUTUALISATION DES ÉQUIPES

Le projet d'hospitalisation J-0 a été très fédérateur pour les équipes du CLB. Cette « œuvre collective » a permis l'apparition de nouveaux métiers comme celui de régulateur (secrétaire d'ambulatoire). Compte tenu notamment du nombre de patients moins important durant les week-ends, l'équipe du CHU de Poitiers étudie la possibilité de mutualisation avec d'autres organisations.

Rédigé par Metty Mavounia

# CONSTRUIRE ET ACCOMPAGNER LE CHANGEMENT : JAMAIS SANS LES CADRES !

**Marie-José Garcia**, Cadre supérieur de pôle, EPSM Aube

**Karen Inthavong**, Directrice des soins, Coordinatrice générale des soins, AP-HM

**Christelle Marchand**, Cadre de santé, EPSM Aube

**Marie-Pierre Rodriguez**, Cadre supérieure de santé, adjointe à la coordinatrice générale des soins, AP-HM

**Robert Valette**, Cadre supérieur de pôle, AP-HM

*Les deux retours d'expériences présentés, l'un portant sur deux restructurations à l'EPSM de l'Aube et l'autre sur la gestion du quotidien à l'AP-HM, mettent en exergue le rôle déterminant et moteur de l'encadrement dans l'impulsion et l'accompagnement du changement.*

## ANTICIPER POUR ACCOMPAGNER SEREINEMENT

Marie-José Garcia et Christelle Marchand en poste à l'EPSM de l'Aube, ont évoqué deux restructurations successives, survenues à deux ans d'intervalle. En 2016, dans un contexte de désertification médicale, la relocalisation d'un service sur un autre site à 45 km, est annoncée un mois seulement avant la fermeture effective, générant beaucoup d'inquiétude et d'incertitude pour les équipes. Afin de les rassurer, l'encadrement, organise alors des réunions de travail en équipes pluridisciplinaires « pour recentrer et mobiliser les équipes sur le patient », et développer des « échanges avec l'équipe de l'autre unité », explique Christelle Marchand.

En 2018, une nouvelle restructuration se profile. Tirant les enseignements de la précédente, la direction adopte une méthode différente. Elle met en place un co-pilotage entre la direction des soins et les chefferies de pôles, des groupes de travail et communique en réunion d'encadrement. Cette méthode a permis aux cadres

d'anticiper, et « d'apporter ainsi beaucoup plus de sérénité que lors de la première réorganisation ».

Les objectifs ont été atteints, il n'y a eu aucun mouvement social, l'absentéisme a même diminué. L'encadrement a joué un rôle pivot dans le changement.

## CONSTRUIRE UN MANAGEMENT COLLABORATIF POUR PLUS DE VISIBILITÉ

À l'AP-HM, le management a été mis au cœur du projet de soin 2017-2021. Les enjeux étaient de renforcer l'efficacité de l'encadrement, de développer un management fédérateur et d'améliorer la qualité de vie au travail des cadres. Plusieurs objectifs sont alors définis : positionner l'encadrement paramédical dans la ligne managériale, rendre visible l'activité du cadre, faciliter sa prise de fonction. Un axe « professionnalisation » et un axe « leadership » sont définis.

L'axe « professionnalisation » permet aux personnels de bénéficier d'une boîte à outils commune et d'un compagnonnage entre pairs lors d'une nouvelle prise de poste, tant sur des aspects techniques que managériaux.

Pour l'axe « leadership », le choix a été de co-développer avec l'ensemble de l'encadrement et d'être accompagné par la société Aevas. Un séminaire avec, pour invité, Boris Cyrulnik, a lancé la démarche en parallèle d'un programme de formation-action des équipes sur le terrain. De nouveaux outils pour mieux communiquer sont proposés : un « tableau blanc rubriqué » où les équipes suivent les actions au quotidien ce qui favorise la cohésion au sein des services ; le « cockpit », cellule de pilotage qui permet de structurer la démarche projet. Certains chefs de pôle ont d'ailleurs décliné l'outil en « cockpit de pôle ». Pour Robert Valette, ces deux outils « au service d'une nouvelle culture managériale commune » rendent visible et valorisent le travail quotidien des cadres, contribuant à une meilleure reconnaissance par les équipes qu'ils accompagnent.

Rédigé par Anaïs Hagel ■



*L'encadrement a joué un rôle pivot dans le changement. »*

# TRANSFERT MATERNITÉ ET OUVERTURE NOUVEAU SSR: LA DISPARITION DU « O » DE MCO NE POUVAIT PAS RESTER SANS SUITE...

**Stéphanie Boschetti**, Responsable qualité et communication, Hôpital privé La Casamance

**Pierre Brunettich**, Directeur des soins, Hôpital privé La Casamance

**Christelle Portalier**, Directrice des Ressources Humaines, Hôpital Privé La Casamance

*L'Hôpital privé La Casamance offre des activités de médecine, chirurgie, soins de suite et réadaptation. Créé en 1956, il couvre le territoire de santé Aubagne-La Ciotat et Marseille Est, et a su développer et réorienter son activité.*



L'Hôpital privé La Casamance a exercé une activité d'obstétrique pendant trente ans : elle a cessé en 2018 avec le rapprochement de sa maternité avec celle du Centre hospitalier d'Aubagne.

Cette opération s'inscrivait dans le projet régional de Santé et le Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens de l'établissement (CPOM), afin de renforcer la coopération avec l'hôpital public voisin. Cette coopération, initiée par l'ARS, visait à créer une maternité de niveau 2 sur un site unique plutôt que maintenir deux maternités de niveau 1. Le CH d'Aubagne ayant un service de pédiatrie et d'urgences pédiatriques, le choix du site unique s'est porté sur celui de l'hôpital public.

L'arrêt de l'activité d'obstétrique sur le site de La Casamance impactait directement quinze salariés, cinq médecins et sept sages-femmes libérales. Le transfert de l'activité s'est déroulé en concertation avec les équipes soignantes afin de garantir un suivi des parturientes et de la patientèle. De nombreuses réunions ont associé directions des deux établissements, responsables des ressources humaines (RH) et instances représentatives du personnel. Un accompagnement personnalisé a été proposé au personnel avec

l'appui d'une consultante en RH et de psychologues, en fonction des projets professionnels de chaque salarié. Parallèlement, une stratégie de communication interne et externe a été menée conjointement par les directions des établissements.

Pour la réussite de ce projet, on retiendra : la prise en compte de l'impact émotionnel de la fermeture d'une maternité, les moyens mis en œuvre pour le maintien de l'emploi et l'accompagnement des salariés, la forte implication de l'équipe médicale, la prise en compte

*Le courage, la coopération et la communication sont les maîtres mots de cette transformation réussie.»*

des différences de fonctionnement entre secteur privé et public, la maîtrise de la communication auprès de la population et du personnel, enfin l'anticipation pour envisager l'avenir et se projeter dans le développement d'une activité différente.

Cet avenir s'est concrétisé par un projet d'extension et de modernisation du service de Soins de suite et de réadaptation (SSR) grâce aux surfaces libérées par la maternité ainsi qu'un programme de travaux de restructuration du bâti au second semestre 2018.

La perception initialement négative de la perte de l'activité d'obstétrique a finalement abouti à une transformation positive : préservation de l'emploi du personnel de la maternité (par recrutement de l'hôpital public, reclassement et reconversion au sein de l'hôpital privé); recrutement de quinze personnels et trois médecins dans le SSR avec le développement de l'activité; bonne collaboration public/privé au sein du projet médical de territoire ainsi que don du matériel de la maternité à des associations humanitaires.

Le transfert du service d'obstétrique de La Casamance et l'extension du SSR est une aventure qui a nécessité courage, coopération et communication, garants d'une transformation réussie.

Rédigé par Christophe Kluse

# COORDINATION DES PARCOURS : VERS UNE (R)ÉVOLUTION COLLABORATIVE

**Michel Bolla**, Directeur d'établissement, Ugecam PACA et Corse

**Olivier Parlange**, Directeur du pôle habitat et accompagnement, ADAPEI de la Corrèze

**Gérard Restouex**, Directeur général, ADAPEI de la Corrèze

*La désinstitutionnalisation permet aux personnes en situation de handicap d'évoluer dans un milieu de vie « ordinaire » ; cela implique de les accompagner autrement. Deux structures présentent comment elles ont mené cette (r)évolution.*

L'ADAPEI de la Corrèze a mis en place une fonction de coordinateurs de parcours, afin d'assurer une évaluation coordonnée des besoins et capacités de la personne, une meilleure continuité de l'accompagnement et une plus forte cohérence des interventions.

Pour les coordinateurs, la mise en place de cette nouvelle fonction s'est accompagnée de l'élaboration de fiches de poste spécifiques, de formations sur mesure, ainsi que de la mise en place de temps de supervision et de concertation. Des formations ont également été organisées en amont pour les cadres et un plan de communication (personnes accompagnées, professionnels, partenaires, familles et représentants légaux) a été défini.

L'une des problématiques rencontrées concerne le positionnement et le rôle des coordinateurs de parcours, notamment par rapport aux référents, ainsi que leur lisibilité vis-à-vis des partenaires du terri-



*Les coordinatrices sont dans une logique de bienveillance et de respect du projet, elles ne surprotègent plus.»*

**Gérard Restouex**



*Nous avons opéré à l'élimination de tous les clivages, et nous sommes sortis des logiques de place.»*

**Michel Bolla**

toire (coordinateurs de la MDPH). La posture de ces professionnels est particulièrement importante (accueillant, en veille permanente, diplomate, créatif, défenseur de la cause des bénéficiaires, en position réflexive...). Les retours concernant le travail avec les familles et/ou les représentants légaux sont très favorables. La mise en place de ce dispositif est une première étape qui devra être suivie d'une transformation pleine et entière de l'ensemble des établissements de l'association en plateforme de services.

De son côté, l'UGECAM PACA-Corse a diversifié son offre dans le Var pour répondre à certaines situations critiques. Le pôle de compétences et de prestations externalisées apporte, en lien étroit avec la MDPH, des réponses adaptées à chaque situation. Après une évaluation, qui met l'accent sur les savoir-faire, désirs, et besoins de la personne et de ses aidants, un plan d'accompagnement global est formalisé. Les prestations qu'il comporte peuvent être réalisées par l'équipe dédiée ou par d'autres acteurs du territoire, devenus de véritables partenaires, notamment pour l'accompagnement social,

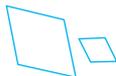


le soin, l'organisation du quotidien, l'accès aux droits, la gestion des ressources, les activités ludiques et/ou culturelles, éducatives, etc. L'accompagnement se veut proactif et les réponses évolutives. Elles peuvent être renforcées de façon temporaire, notamment pour faciliter les périodes de transition (âges charnières, passage du domicile à l'établissement...). L'accompagnement constant des aidants et l'évaluation régulière des projets individuels constituent des points-clés de ces interventions.

En interne, l'évolution culturelle et institutionnelle que cette approche représente, a été facilitée par de la formation aux bonnes pratiques professionnelles et des temps de partage d'expériences. Les indicateurs chiffrés et les retours de l'enquête de satisfaction des personnes accompagnées et des aidants confirment l'intérêt de ces modalités d'intervention.

Rédigé par Elise Proutt

# COMMENT REBONDIR QUAND LA CONTRAINTE EXTÉRIEURE VIENT BOUSCULER LA ROUTINE ET REMETTRE EN QUESTION LE QUOTIDIEN ?



**Brigitte Alban**, Directrice des soins, Centre psychothérapique de l'Ain  
**Denis Mathieu**, Directeur médical, ESM Rueil-Malmaison – groupe MGEN  
**Dr Sylvie Scaramozzino**, Psychiatre, ESM Rueil-Malmaison – groupe MGEN  
**Dr Sophie Variclier**, Médecin, Centre psychothérapique de l'Ain

*Retour sur deux expériences de transformation profonde au service du patient impliquant d'un côté, l'intégration de personnel de psychiatrie publique à un Espic et de l'autre, la refondation des pratiques de soin.*

## L'INTÉGRATION D'UN SECTEUR DE PSYCHIATRIE DU PUBLIC VERS UN ESPIC

Les secteurs de psychiatrie générale d'Île-de-France ont longtemps eu des lits éloignés de leur zone géographique, parfois hors du département ou de la région. C'était le cas pour Neuilly-sur-Seine et Courbevoie (92) qui dépendaient de Clermont de l'Oise (60) en Picardie.

L'ARS Île-de-France a fait de la relocalisation de ces deux secteurs sa priorité pour le PRS 2013-2017.

Le Dr Sylvie Scaramozzino et Denis Mathieu, reviennent sur l'attribution du secteur public de Neuilly à l'ESM Rueil Malmaison (Espic).

**Quelles sont les clés de réussite de ce projet qui visait à permettre une hospitalisation proche du domicile des patients de Neuilly mais impliquait un grand changement pour le personnel, tant géographique que statutaire ?**

1. Une culture du soin commune axée sur la promotion du rétablissement ;
2. Un dialogue régulier matérialisé par un comité de pilotage inter-établissements travaillant sur les aspects : capacitaire, logistique et encadrement soignant ;
3. La construction d'une équipe unique avec une seule cheffe de service, des patients admis dans les différentes unités en fonction de critères cliniques et non géographiques ;
4. Un investissement avec la création d'un hôpital de jour et la rénovation des locaux à Neuilly-sur-Seine ;
5. La présence de médecins des deux secteurs dans tous les services intrahospitaliers ;
6. Un important travail sur les statuts du personnel venant de la fonction publique hospitalière.

Cette expérience devrait être poursuivie avec l'intégration d'autres secteurs afin de diversifier et spécifier l'offre de soins en devenant un centre support pour les soins de réhabilitation.



## FAIRE DU TRAUMATISME UNE OPPORTUNITÉ

En 2016, le rapport du Contrôleur général des lieux de privation de liberté impose au Centre psychothérapique de l'Ain, ESPIC de psychiatrie et seul opérateur du département, de modifier ses pratiques d'isolement considérées comme abusives et excessives pour garantir la liberté et le respect des droits des patients. Ce coup de semonce, vécu comme un traumatisme, implique une action rapide dans un cadre contraint.

La commission des soins a été mobilisée pour décloisonner les unités. Des médiations thérapeutiques ont été développées dans un souci de valorisation, mutualisation et transfert des savoirs des professionnels.

Deux conférences sur la question de la liberté ont été organisées en interne et en ville (pour associer partenaires et familles) pour répondre aux craintes des équipes devant l'ouverture des portes des unités et le risque que cela pouvait comporter.

La réussite de ce projet tient à la forte mobilisation de l'encadrement et de la direction et à la solidarité des équipes. L'amélioration de la qualité de vie des patients est notable.

Rédigé par Jamel Mahcer

# COMMENT S'APPROPRIER DES OUTILS DE COORDINATION GRÂCE AU DIALOGUE TERRITORIAL ?

**Denis Costes**, Ingénieur en organisation, CH Sud Francilien  
**Françoise Ellien**, Directrice, Réseau de santé plurithématique SPES

*Face aux difficultés d'accès aux soins, les professionnels de santé sont de plus en plus amenés à se coordonner dans la prise en charge des patients sur un territoire. Les outils numériques apportent une aide précieuse mais nécessitent une connaissance parfaite des parcours.*

À l'initiative du GHT Île-de-France sud et du réseau de santé plurithématique SPES, un espace de dialogue a été créé en 2017 avec la volonté de faire se rencontrer tous les acteurs concernés par un parcours de soins complexe (URPS, centre de santé, structures sociales, directeurs d'hôpitaux et de structures médico-sociales, représentants des patients...). Objectifs : consolider la dynamique territoriale, contribuer au double décloisonnement ville-hôpital, médico-social et social, constituer un lieu d'échange, et déterminer les sujets prioritaires afin de fluidifier les parcours. La communication entre les acteurs de la ville et l'hôpital est un thème de travail majeur. Les outils développés dans le cadre de TSN (Territoire de santé numérique) doivent y aider. Ce type de lieu informel favorise la co-construction par les acteurs du terrain. En échange ces derniers s'engagent à respecter les valeurs et les principes déterminés collégialement. La diversité des intervenants permet de mieux appréhender les



ressources du territoire et de favoriser la diffusion et le partage de l'information.

L'équipe projet est regroupée dans un comité restreint représentatif. Le choix du coordonnateur et animateur de cet espace doit faire consensus. Il doit connaître le territoire et faire le lien avec les espaces voisins pour favoriser le décloisonnement.

La coordination multiprofessionnelle des acteurs permet de définir des parcours locaux pour des pathologies typiques, en utilisant la méthode des chemins cliniques, étendue sur les domaines ville-hôpital-social. Le premier exemple traité a été la prise en charge de la bronchite chronique obstructive à partir de cinq groupes homogènes de patients. D'autres parcours sont déjà inscrits dans la feuille de route.

Partant des recommandations de prise en charge de la HAS, les intervenants locaux sont repérés et les circuits identifiés. Les représentants des patients sont activement sollicités pour commenter les diverses phases des travaux. Les risques de rupture à chaque étape sont caractérisés. Des actions pour les maîtriser sont proposées. Certaines sont d'ordre organisationnel ou relèvent de l'information des acteurs, mais il existe beaucoup de faiblesses dans les échanges d'information.

La mise en œuvre d'outils numériques peut notablement limiter ces risques de rupture en améliorant le partage entre les professionnels. Les travaux engagés permettent d'outiller l'établissement du dossier de candidature sur la plateforme numérique régionale Terr-eSanté en identifiant les fonctions utiles et en les qualifiant.

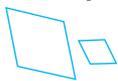
En conclusion : « Il est impossible de mener un projet commun sans avoir une connaissance parfaite des compétences et des missions de l'autre, indispensable au respect et à la confiance mutuelle ».

Rédigé par Axèle Reberga



*La diversité des intervenants favorise la diffusion et le partage de l'information.»*

# SOINS PRIMAIRES OU DE PROXIMITÉ : L'EXERCICE COORDONNÉ DANS TOUS SES ÉTATS !



**Marion Chabert**, Directrice des soins de proximité, ARS PACA  
**Dr Jean-Louis Gerschtein**, Médecin généraliste, MSP Breil-sur-Roya  
**Marin Guy**, Président, Association Croc and Move  
**Alexandre Perez**, Président, Fab Santé

*Les représentants d'une ARS, d'une maison de santé pluridisciplinaire de territoire enclavé et d'une équipe de soins primaires apportent un éclairage sur la coordination territoriale. Un atelier pour tout savoir sur les MSP, ESP, PTA, CPTS.*

Les ARS, et notamment l'ARS PACA, encouragent la coordination à l'échelle régionale. Pour Marion Chabert, d'une manière générale, l'administration a compris qu'elle devait changer sa stratégie, que les silos ne permettaient pas une bonne prise en charge et qu'un changement de mentalité permettait de faire mieux. L'amélioration de la prise en charge passe par le parcours et le partage entre professionnels. Résolument populationnelle et territoriale, l'approche de l'ARS implique de proposer des formations aux professionnels de santé. Une transformation nécessaire mais pas simple à mettre en place.



*L'exercice individuel  
ne suffit plus !»*

Marion Chabert

L'exemple du centre pluridisciplinaire sur la commune de Cénac vient étayer cette vision. Ce centre a été créé avec pour objectif de faire de la prévention tout en améliorant l'offre de soin sur le territoire. Ceci impliquait de passer d'un exercice individuel à la structuration d'une équipe de soins primaires, soulignent Marin Guy et Alexandre Perez. Si la volonté de l'équipe pour se transformer était réelle, elle a bénéficié du soutien d'un cabinet de consultants pour mettre en œuvre le projet. La volonté de développer des actions de santé publique en fédérant et coordonnant les professionnels de santé de la commune, s'est concrétisée juridiquement par la création d'une équipe de soins primaires et la mise en place d'un outil numérique sécurisé. Aujourd'hui organisés dans une MSP, ces professionnels envisagent la création d'une CPTS sous forme de coopérative.

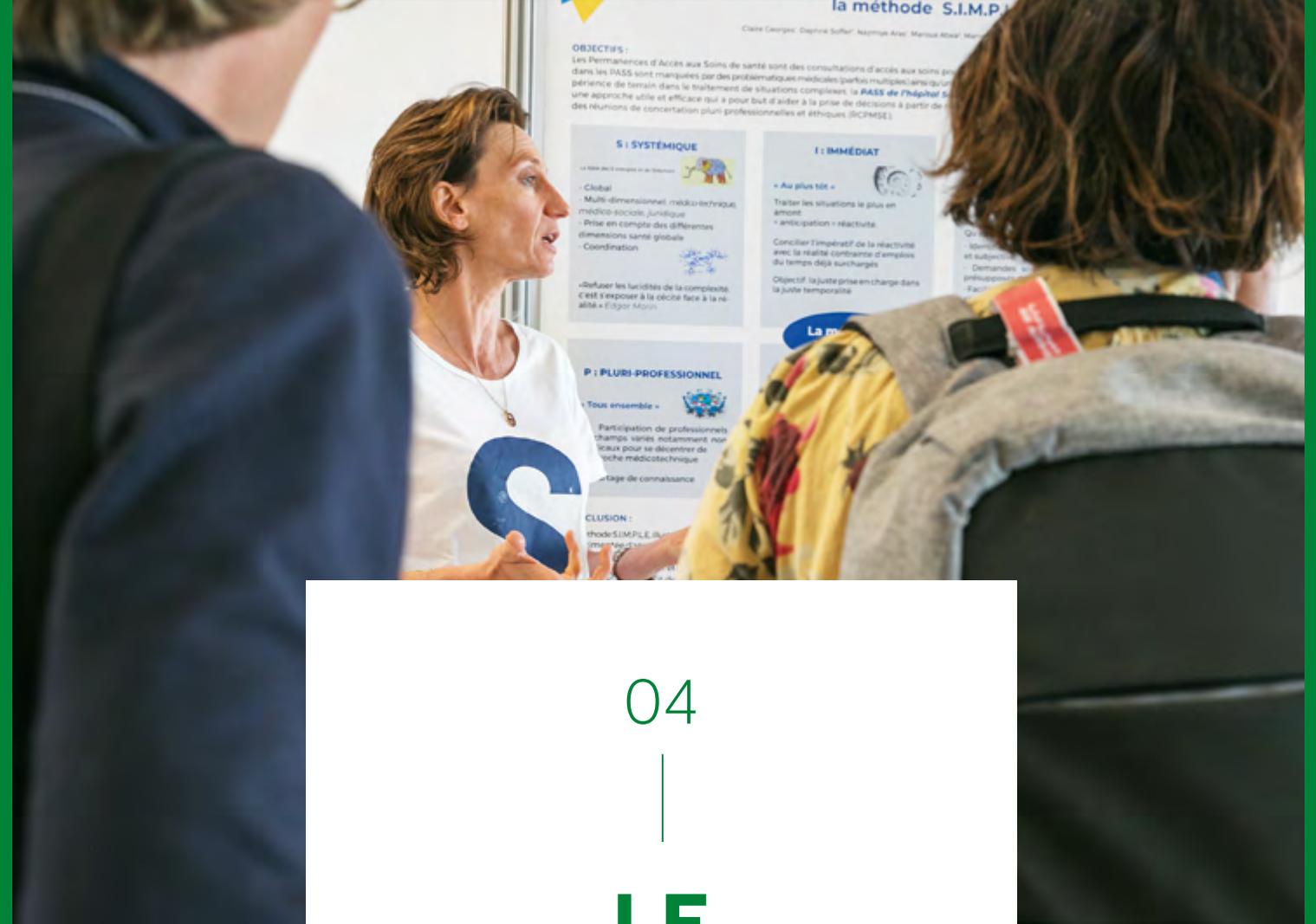
Autre expérience, autre contexte, la vallée enclavée de la Roya. La MSP de la Roya s'est organisée sur un modèle d'articulation ville-hôpital, pivot du parcours de santé sur le territoire, comme le rappelle Jean-Louis Gerschtein. Afin de lutter contre la désertification médicale et maintenir, voire développer l'accès aux soins, la coordination entre professionnels s'est fondée sur le lien ville-hôpital à travers le partage de plateaux techniques, la mise à disposition de locaux et d'une IDE. Les perspectives pessimistes sur la présence de médecins d'ici à 2020 ont entraîné des actions pour



faire connaître l'attractivité du territoire. Des conditions de travail remarquables ont été octroyées avec un partage des honoraires à parts égales et un emploi du temps aménagé laissant la possibilité de s'intégrer dans les différentes structures sanitaires et médico-sociales ou de se former. Pari réussi, cela a favorisé l'installation de jeunes médecins. Pour améliorer la structuration couvrant l'ensemble du territoire de la communauté d'agglomération de la Riviera française, une PTA a été créée et une CPTS est également prévue.

Ces quatre témoignages illustrent la variété des modes de prise en charge ambulatoire et l'aide que peuvent apporter les solutions et outils d'aujourd'hui pour accompagner les professionnels dans leurs projets.

Rédigé par Laurent Corbin



04

LE  
CAFÉ-POSTERS



# RETOURS D'EXPÉRIENCES : LE CAFÉ-POSTERS

*Autour d'une pause conviviale, des retours d'expériences ont été présentés sous forme de posters. Les participants de la manifestation ont choisi les trois meilleurs parmi les 16 présentés.*



POSTER  
GAGNANT  
voir p.32

**HSTV : une transformation par l'implication des représentants des usagers.**

**HOSPITALITÉ SAINT THOMAS DE VILLENEUVE**

**Auteurs :** Edward de Goursac

**La transformation digitale : levier d'efficience pour la prise en charge des patients.**

**PÔLE SANTÉ SAINT JEAN**

**ET LABORATOIRE CERBALLIANCE**

**Auteurs :** Grégory Cintas et Thomas Mangiarotti

**Le Tour du Monde en 80 jours - Carnet d'un voyage vers le changement.**

**HÔPITAL PRIVÉ DU VERT GALANT**

**Auteurs :** David Bernier, Séverine Denariez, Dominique Grimaud, Martine Jean, Margot Kieffer, Caroline Lafleur, Sandrine Mariage, Audrey Pelle, Roselyne Pocholle et Lazo Ristic

**Transformation du SSR par la modélisation en chemin clinique de la prise en charge post AVC chez LNA Santé.**

**INSTITUT MÉDICAL DE BRETEUIL, LNA SANTÉ**

**Auteurs :** Fatima Bendjaballah, Joséphine Bertin, Philippe Marrimpoey et Véronique Tiennot



POSTER  
GAGNANT  
voir p.33

**Un IME sur trois sites : une offre renouvelée s'inscrivant dans le processus de transformation du secteur médico-social.**

**ARSEA - IME EUROMÉTROPOLE STRASBOURG**

**Auteurs :** Marie-Josée Auburtin et Claudine Riedel

**Place de l'accompagnement psychologique dans le parcours de soins des patients atteints d'un cancer au retour à domicile.**

**ÉQUIPE DE COORDINATION PSYCHOLOGIQUE ILHUP**

**Auteurs :** Roxane Charbit, Maïlis Leroy et Marie Schuhmacher

**Comment définir son activité grâce à la qualité : quel est l'apport méthodologique d'une démarche de certification ISO 9001 à la définition des services PTA ?**

**ILHUP**

**Auteurs :** Xavier Barbaud



POSTER  
GAGNANT  
voir p.34

**Décider dans les situations médico-sociales complexes : du travail en silo à la coopération pluri-professionnelle, la méthode S.I.M.P.L.E**

**HÔPITAL SAINT-LOUIS**

**Auteurs :** Nazmiye Aras, Harold Astre, Maroua Atwa, Marion Castié, Claire Georges, Denis Mechali et Daphné Soffer

**Dossier PASS Urgences chirurgicales différées.**

**CENTRE HOSPITALIER SUD FRANCILIEN**

**Auteurs :** Élisabeth Auvray, Isabelle Poivre et Pascale Raffestin

**Simplification du parcours du patient de chirurgie thoracique à l'HIA Sainte-Anne au sein du territoire de santé du Var.**

**HIA SAINTE-ANNE**

**Auteurs :** Jean-Philippe Avaro, Pascale Bares, Henri de Lesquen, Laetitia Franck, Guillaume Lacroix et Sandrine Vallin





## Conditions de réussite de la transformation d'un établissement de soins de suite et réadaptation en établissement médico-social (Mas ou Fam)

**UGECAM**

**Auteurs:** Laurence Rambour, Nadine Ribet-Reinhart et Fanny Thibault

## Humanisation des soins en réanimation adultes : Penser la réa autrement

**CHI ANDRÉ GRÉGOIRE - GHT GRAND PARIS NORD-EST**

**Auteurs:** Fabienne Benetti et Aïcha Hamdi

## Dépistage de la fragilité des personnes âgées rentrant à domicile après un passage par les urgences

**CH DE LA DRACÉNIÉ, CH FRÉJUS SAINT-RAPHAËL, DÉLÉGATION DÉPARTEMENTALE DU VAR À L'ARS PACA**

**Auteurs:** Delphine Brel, Marlène Carqueville, Catherine Certari, Laurence Chaix, Nadine Demurtas, Françoise Kaidomar, Marie-Thérèse Kuners of Koenders, Didier Leseche, Marine Loustau, Virginie Piano, Natacha Poliakoff, Claire Prevoteau, Diane Pulvenis et Lucie Quirin

## TY MOBILETP: L'éducation thérapeutique organisée au cœur des territoires fragiles

**TY MOBILETP**

**Auteur:** Laurence Gaillard

## Notre recette pour réussir l'implémentation d'un Dossier Patient Informatisé en big bang

**CH DE LENS**

**Auteurs:** Nicolas Delaporte et Jean-Marc Joestens

## Médicaments et chirurgie du sujet âgé: l'intelligence collective des communautés de pratiques au service du patient

**URPS PHARMACIENS DE BRETAGNE, URPS PHARMACIENS DES PAYS DE LA LOIRE, URPS MLB - GECO LIB', ASTRAZENCA, MA PUI LABS, CHU D'ANGERS**

**Auteurs:** Axel Carde, Joëlle Deguillaume, Alain Guilleminot, Sybille Le Bourgeois, Hubert Le Hetet, Goulwen Lorcy, Frédéric Moal et Anne-Claire Oger





# HSTV : une transformation par l'implication des représentants des usagers



## HSTV : UNE TRANSFORMATION PAR L'IMPLICATION DES REPRÉSENTANTS DES USAGERS

*Mise en place de la démocratie en santé au sein de l'Hospitalité Saint-Thomas de Villeneuve et de ses établissements*



**HSTV a souhaité faire des usagers et de leurs représentants des partenaires prioritaires :**

- ▶ Création d'une Commission Des Usagers Groupe (CDUG)
- ▶ Association des représentants des usagers à la co-construction du projet stratégique
- ▶ Nomination de représentants des usagers dans le Comité Qualité, dans la commission d'appel d'offres et dans les sous-commissions du Comité médical et des soins

**Edward de Goursac**  
Directeur des Activités, de la Qualité et des Relations Usagers

### 1 CONTEXTE ET OBJECTIFS

Conscient que ce sont les patients et les résidents qui sont les acteurs premiers de la transformation de notre modèle de santé, HSTV a voulu dès 2014 transformer son mode de fonctionnement en impliquant davantage les usagers et leurs représentants dans cette transformation, avec pour objectif de :

- Construire une stratégie de groupe et mettre en œuvre des projets répondant aux besoins des usagers
- Favoriser l'expression des usagers et co-construire
- Impliquer les représentants des usagers dans la vie du groupe et des établissements
- Accroître la légitimité des représentants des usagers

### 2 POINTS DE VIGILANCE

- ⚡ Temporalité de mise en œuvre du projet
- ⚡ Appui institutionnel sur les projets
- ⚡ Changement de culture des professionnels (médicaux et paramédicaux)

### 3 ÉLÉMENTS-CLÉS DE RÉUSSITE ET LEVIERS

- ▶ Accueillir et former les nouveaux représentants des usagers
- ▶ Mettre en œuvre des plans d'actions et montrer l'avancement des projets

### 4 DIFFICULTÉS RENCONTRÉES ET SOLUTIONS APPORTÉES

DIFFICULTÉS RENCONTRÉES	SOLUTIONS APPORTÉES
Disponibilité des représentants des usagers	- Créer un collectif d'usagers et une dynamique - Donner de l'information, montrer l'avancement des projets
Management des bénévoles	- Organiser des rencontres entre représentants des usagers et représentants des professionnels
Liens entre représentants des usagers et professionnels	- Expliquer le rôle et la place de chacun

### 5 RÉSULTATS ET ÉLÉMENTS D'ÉVALUATION

- ▶ Association des usagers au Comité de suivi du projet stratégique, conformément à l'orientation n°4 du projet de prise en charge 2016-2020 « Faire de l'usager un partenaire à part entière ».
- ▶ Création et mise en place d'une commission des usagers-Groupe. Cette commission permet l'accès à l'information des patients, des résidents et de l'ensemble des usagers, garantissant leurs droits, une expression libre et le suivi des bilans des Commissions des usagers et des comités de vie sociale.
- ▶ Association des usagers et/ou de leurs représentants à la commission d'appel d'offres (choix des fournisseurs) et aux sous-commissions du Comité Médical et des Soins du groupe
- ▶ Co-construction entre les représentants des usagers et les cadres d'HSTV des programmes de formation à l'approche patient-résident à destination des personnels d'accueil.

**HSTV**

Hospitalité Saint-Thomas de Villeneuve

29, rue Charles Cartel  
22400 Lamballe  
www.htsv.fr



HSTV a été récompensée en 2015 (label national) et en 2019 (label régional) par le Ministère des Solidarités et de la Santé pour sa démarche inclusive des représentants des usagers

▶ Faire fleurir l'hospitalité ▶ Compassion et technicité

**HOSPITALITÉ SAINT THOMAS DE VILLENEUVE**  
**Auteur: Edward de Goursac**

Le groupe HSTV fait des usagers et de ses représentants des partenaires prioritaires :

- Création d'une Commission des usagers groupe (CCDUG);
- Association des RU dans la construction du projet stratégique
- Nomination de RU dans le comité qualité du groupe, dans la commission d'appel d'offre, dans les commissions du comité médical et des soins;
- Création d'un comité éthique associant plus de 25% de RU. ▀

« Le groupe HSTV fait des usagers et de ses représentants des partenaires prioritaires. »

▶ Retrouvez le poster sur [www.anap.fr/univanap](http://www.anap.fr/univanap)



## POSTER GAGNANT

# Un IME sur trois sites : une offre renouvelée s'inscrivant dans le processus de transformation du secteur médico-social



## UN IME SUR 3 SITES : UNE OFFRE RENOUVÉE S'INSCRIVANT DANS LE PROCESSUS DE TRANSFORMATION DU SECTEUR MÉDICO-SOCIAL

Marie-José AUBURTIN, Membre du CA - Claudine RIEDEL, Directrice  
ARSEA - IME Eurométropole Strasbourg



Le regroupement de 3 établissements en 1 IME favorise des réponses accompagnées singulières, une organisation mutualisée, séquentielle et modulaire, au plus près des besoins exprimés par les usagers. Repenser des partenariats dynamise les modes d'accompagnement fondés sur les projets personnels et potentialités des usagers, pour des parcours résultants des interactions de tous les acteurs.

### LES LEVIERS : pour fédérer, encourager et permettre le changement

- Valorisation du travail et du savoir faire des professionnels
- Mutualisation des formations et du partage d'expériences
- Harmonisation des pratiques
- Acquisition de compétences nouvelles en matière d'accompagnement
- Accroissement de la qualité de repérage des besoins des bénéficiaires
- Prise en compte plus individualisée des motivations et demandes des bénéficiaires
- Promotion de la dimension inclusive sous toute ses formes
- Responsabiliser les différents acteurs impliqués : dans l'autonomie et la coordination
- Développement de réponses complémentaires :
  - Dispositif passerelle pour gérer le manque de place en accueil de jour
  - Accueil péri-IME : mise en place d'activités de loisirs en dehors des horaires d'accompagnements pour répondre au besoin d'éveil et de garde de certaines familles

### 1 OUVERTURE SUR L'ENVIRONNEMENT ET LA SOCIÉTÉ

IME implanté sur 3 sites géographiques distincts et 2 écoles 3 collèges et de multiples partenaires ancrés dans les domaines de la prévention, la santé, la culture et les loisirs.

### 6 IME ORGANISÉ SOUS FORME D'UN DISPOSITIF

- Réorganisation du fonctionnement des 3 établissements avec des nouvelles modalités d'accompagnement :
  - mutualisation et redéfinition des fonctions des professionnels
  - définition de nouvelles méthodologies de travail
  - le projet personnalisé au cœur des réponses apportées
  - mise en œuvre d'une vraie politique d'évaluation et de satisfaction

### 2 PRISE EN COMPTE DES BESOINS DES BÉNÉFICIAIRES

- Référence nomenclature Séraphin PH
- Participation forte aux temps de construction du projet personnalisé par le jeune et sa famille, en facilitant leur expression, leur compréhension et leur implication dans l'atteinte des objectifs

### 5 DÉVELOPPEMENT DES PARTENARIATS MULTIPLES ET COMPLÉMENTAIRES

- Construire de nouveaux partenariats pour diversifier l'offre d'accompagnement
- Systématisation du conventionnement pour faciliter et optimiser les actions partenariales
- Lutte contre l'exclusion et la précarité en s'adossant à des services spécialisés dans ces domaines

### DISPOSITIF IME : L'ACCOMPAGNEMENT DE DEMAIN

### 4 DÉVELOPPEMENT DES DROITS DES ENFANTS ET DES JEUNES ACCOMPAGNÉS

- Promotion des activités du « vivre ensemble »
- Chercher un adéquation entre les aspirations des familles et les prestations proposées
- Faciliter l'accès à l'information
- Valoriser le passage à la vie adulte dans toutes ses dimensions

### 3 FONCTIONNEMENT ADAPTÉ AUX BESOINS, AUX MOTIVATIONS, AUX POSSIBILITÉS DU BÉNÉFICIAIRE

- Proposition d'accueil séquentiel modulaire pour adapter le projet de chaque personne accompagnée
- Favoriser les dynamiques de parcours
- Sans cesse chercher à donner du sens au projet
- Activité organisée en fonction du rythme du bénéficiaire
- Projet construit sur plusieurs sites en fonction des besoins et des réponses possibles

### LES POINTS DE VIGILANCE : pour rendre effective une transformation de 3 établissements autonome en 1 seul dispositif

- Travailler en transparence pour le staff de direction pour élaborer le cadre du projet qui est ensuite discuté et amendé par les parties prenantes
- Définir un calendrier prévisionnel raisonnable pour conduire le changement
- Ne pas sous-estimer l'importance des changements, du poids de la remise en question des pratiques des professionnels de terrain
- Rendre effective la mobilisation de chacun pour rendre la participation des usagers et/ou de leurs familles incontournables : susciter l'expression l'engagement des usagers, leur pouvoir d'agir « jamais rien sans eux »
- Prendre en compte l'impact singulier du projet sur chacun des établissements

## ARSEA - IME EUROMÉTROPOLE STRASBOURG

Auteur : Marie-Josée Auburtin  
et Claudine Riedel

Le regroupement de trois structures en un IME favorise des réponses accompagnées singulières, une organisation mutualisée, séquentielle et modulaire, au plus près des besoins exprimés par les usagers. Repenser des partenariats dynamise les modes d'accompagnement fondés sur les projets personnels et potentialités des usagers, pour des parcours résultants des interactions de tous les acteurs. ▀

Retrouvez le poster sur [www.anap.fr/univanap](http://www.anap.fr/univanap)



# Décider dans les situations médico-sociales complexes : du travail en silo à la coopération pluri-professionnelle, la méthode S.I.M.P.L.E



## Décider dans les situations médico-sociales complexes : du travail en silo à la coopération pluri-professionnelle la méthode S.I.M.P.L.E

Claire Georges<sup>1</sup>, Daphné Soffer<sup>2</sup>, Nazmiye Aras<sup>3</sup>, Maroua Atwa<sup>4</sup>, Marion Castié<sup>5</sup>, Harold Astre<sup>6</sup>, Denis Mechali<sup>7</sup>

### OBJECTIFS :

Les Permanences d'Accès aux Soins de santé sont des consultations d'accès aux soins pour les démunis. Les situations rencontrées dans les PASS sont marquées par des problématiques médicales (parfois multiples) ainsi qu'un cumul de vulnérabilités. Forte de cette expérience de terrain dans le traitement de situations complexes, la **PASS de l'hôpital Saint Louis** a initié la **méthode S.I.M.P.L.E**, une approche utile et efficace qui a pour but d'aider à la prise de décisions à partir de moyens existants en instituant notamment des réunions de concertation pluri-professionnelles et éthiques (RCPMSE).

#### S : SYSTÉMIQUE

La fable des 6 aveugles et de l'éléphant

- Global
- Multi-dimensionnel: *médico-technique, médico-sociale, juridique*
- Prise en compte des différentes dimensions santé globale
- Coordination

« Refuser les lucidités de la complexité, c'est s'exposer à la cécité face à la réalité. » *Edgar Morin*

#### I : IMMÉDIAT

« Au plus tôt »

Traiter les situations le plus en amont  
= anticipation = réactivité.

Concilier l'impératif de la réactivité avec la réalité contrainte d'emplois du temps déjà surchargés

Objectif: la juste prise en charge dans la juste temporalité

#### M : MOTIVATION

Analyse approfondie de la demande du patient, de ses motivations et de la motivation des soignants.

- « Quelle est votre demande ? Qu'attendez-vous des soins ? »
- Identifier la dimension émotionnelle et subjective
- Demandes souvent éloignées des présupposés des soignants
- Facilite les réponses factuelles, loyales et argumentées et les conditions de mise en place de l'autonomie des patients

### La méthode S.I.M.P.L.E

#### P : PLURI-PROFESSIONNEL

« Tous ensemble »

- Participation de professionnels de champs variés notamment non médicaux pour se décentrer de l'approche médicotéchnique
- Partage de connaissance

#### L : LOGISTIQUE

Approche intégrative :

- unité de lieu
- coordination relationnelle

Procédures formalisées et opérationnelles donc souples et adaptatives

- personnes ressources
- capacité de réactivité
- compte-rendu partagé

#### E : ÉCHANGE

(conditions de l'échange)

Confiance et respect réciproque

- Sécurité
- Egalité
- Confiance
- Horizontalité
- Ecoute mutuelle, échange, entraide
- Partage des connaissances

### CONCLUSION :

La méthode S.I.M.P.L.E illustre la performance de la coopération pluri-professionnelle. Expérimentée dans des centaines de situations de très grande complexité elle pourrait être utilisée de façon plus large et mériterait d'être évaluée et valorisée afin de pouvoir la déployer et l'institutionnaliser. La coopération pluri-professionnelle permet d'allier l'intérêt des usagers, des professionnels et de l'institution.

#### Aligner des intérêts a priori divergents



<sup>1</sup>PASS Hôpital Saint Louis  
<sup>2</sup>Secrétariat de la permanence d'accès aux soins  
<sup>3</sup>Service social Hôpital Saint Louis  
<sup>4</sup>Service social Hôpital Saint Louis  
<sup>5</sup>Directeur d'Hôpital, conférence des IC du CHU

Remerciements à Coenaelle Oufé, secrétaire de la PASS de l'hôpital Saint-Louis et au service de la communication des hôpitaux Saint-Louis, Larbioune Fernand Widié.

### HÔPITAL SAINT-LOUIS

**Auteur:** Nazmiye Aras, Harold Astre, Maroua Atwa, Marion Castié, Claire Georges, Denis Mechali et Daphné Soffer

La Permanence d'accès aux soins de santé (PASS) de l'hôpital Saint-Louis a élargi sa démarche de décloisonnement en instituant des « réunions de concertation pluriprofessionnelle médicosociales et éthiques ». Passer ainsi d'une logique en silos à la coopération pluri-professionnelle permet d'allier l'intérêt des usagers, des professionnels et des institutions. ▀

La coopération pluriprofessionnelle permet d'allier l'intérêt des usagers, des professionnels et des institutions. »

# REMERCIEMENTS

L'Université d'été de la performance en santé est le résultat d'un travail collectif.

Un grand merci à la ville de Marseille qui nous a accueillis dans ce cadre marin et ensoleillé.

Merci à tous et rendez-vous en 2020.

Stéphanie Aftimos, Didier Alain, Brigitte Alban, Sylvain Aoustin, Florence Arnoux, Cécile Bauduin, François Bérard, Jean-Marc Bereder, Véronique Billaud, Jean-Marc Blanc, Philippe Blua, Michel Bolla, Stéphanie Boschetti, Yann Bourgueil, Luc Broussy, Pierre Brunettich, Ricardo Cabrera-Bazan, Michel Cappe, Alice Casagrande, Zeineb Chaabane, Marion Chabert, Pierre Champsaur, Valérie Charpentier, Nicolas Chopin, Olivier Claris, Christian Clot, Laurent Corbin, Stéphane Corbin, Denis Costes, Béatrice Coulier, Isabel da Costa, Lamiel Denisse, Olivier Devriendt, Sophie Dubois, Françoise Ellien, Nadine Farcy, Béatrice Fermon, Alain Fuseau, Sophie Galey-Leruste, Christelle Galvez, Marie-José Garcia, Annick Gardies, Jean-Louis Gerschtein, Patrick Giret, Sylvie Grastilleur, Bruno Grillo, Charles Guépratte, Thierry Guerrier, Marin Guy, Anaïs Hagel, Karen Inthavong, Élisabeth Jacqueline, Christine Kiener, Christophe Kluse, Amah Kouévi, Mona Krichen, Teddy Lafargue, Hubert Le Hetet, Bénédicte Le Mouël, Franck Le Ouay, Olivier Lebouché, Natacha Lemaire, Benjamin Lemoine, Jamel Mahcer, Laurent Mansion, Julien Marcelle, Christelle Marchand, Caroline Martinaud, Corinne Martinez, Sophie Martinon, Denis Mathieu, Metty Mavounia, Alina Morgoci, Philippe Mortel, Norbert Nabet, Benoît Nicolas, Patrick Padovani, Olivier Parlange, Aurélie Pecqueraux, Alexandre Perez, Pauline Pichereau, Noémie Pierron, Carine Pitrat-Hassan, Christelle Portalier, Elise Prout, Axelle Pruvot, Elsa Ptakhine, Anne Raucaz, Axèle Reberga, Gérard Restouex, Nicolas Revel, Valérie Reznikoff, Édith Riou, Marie-Pierre Rodriguez, Iskandar Samaan, Didier Sapy, Pauline Sassard, Philippe Sayous, Sylvie Scaramozzino, Aude Schindler, Aymeric Schmitt, Muriel Schnell, Françoise Sellin, Sophie Sergent, Robert Valette, Céline Varenne Souchon, Sophie Variclier.

L'ANAP souhaite saluer chaleureusement ses partenaires :

- > L'Agence régionale de santé (ARS) PACA, représentée par Philippe De Mester ;
- > L'École des hautes études en santé publique (EHESP), représentée par Laurent Chambaud ;
- > La Mairie de Marseille ;
- > Le Palais du Pharo de Marseille.

En partenariat avec APM, HOSPI MEDIA et Techniques Hospitalières.

▶ VIDÉO

La vidéo de toutes  
les interventions en plénières  
est disponible en ligne :  
[https://twitter.com/anap\\_sante/  
status/1169578475306405888](https://twitter.com/anap_sante/status/1169578475306405888)



Conception et réalisation : Efil - [www.efil.fr](http://www.efil.fr)

Crédit photos : ANAP

Impression sur papier PEFC

Ce document est imprimé sur un papier 100% PEFC blanchi sans chlore et issu de forêts gérées durablement.

Octobre 2019.

**Rendez-vous  
à Dijon, les 3 et  
4 septembre 2020  
pour la dixième  
Université d'été!**



les universités d'été de la  
**performance en santé**

Retrouvez sur le site de l'ANAP toutes les présentations  
des intervenants, les posters, les photos, les vidéos...

[www.anap.fr/univanap](http://www.anap.fr/univanap)

#univanap

