

**ASSADIKI Asma**

---

Mémoire de fin d'études

**COORDINATION DES PARCOURS DE SOINS  
ENTRE L'HÔPITAL, LA VILLE ET LES ACTEURS DU  
SANITAIRE MÉDICO-SOCIAUX ET SOCIAUX :  
ENJEUX, PRATIQUES ET PERSPECTIVES**

**Comment les professionnels perçoivent ils les apports et limites de leurs  
activités de coordination pour assurer la continuité des soins et améliorer le  
parcours de santé des patients après une hospitalisation ?**

---

*Master 2 Management des établissements sociaux, médico  
sociaux et sanitaires*

**Date de soutenance : 3 Juillet 2025 8h30**

- *Présidente de jury : Etienne LAVISSE, Maitre de Conférences*
- *Directrice de mémoire : Isabelle AUBERT, Maitre de Conférences*
- *3e membre de jury : Asma BAARIR, Responsable de service d'aide à domicile*

Université de Lille  
Faculté d'Ingénierie et Management de la Santé (ILIS)  
42 rue Ambroise Paré  
59 120 LOOS



# Table des matières

Table des tableaux.....	3
Remerciement .....	1
Abréviations.....	1
Introduction.....	2
PARTIE I – REVUE DE LITTERATURE.....	4
1. Le contexte et les fondements de la coordination entre l'hôpital et la ville .....	5
2. Apports et impacts de la coordination dans les parcours de soins.....	14
3. Limites et freins rencontrés dans les pratiques de coordination .....	19
4. Quelles pistes pour améliorer la coordination entre l'hôpital et la ville ?.....	21
5. Les apports des modèles étrangers : éclairages comparatifs .....	24
6. Les cadres théoriques pour analyser la coordination .....	25
PARTIE II : METHODOLOGIE ET ETUDE TERRAIN .....	29
1. Choix méthodologique.....	29
2. Justification du choix méthodologique .....	30
3. Présentation du terrain de recherche.....	30
4. Collecte de données.....	31
5. Profil des participants à l'étude.....	32
6. Limites méthodologiques et posture du chercheur.....	34
7. Transition vers l'analyse .....	35
PARTIE III : ANALYSE ET DISCUSSION .....	37
1. La perception du rôle et de la fonction de coordination.....	38
2. Les dynamiques de partenariat : entre coopération fluide et cloisonnements persistants .....	40
3. Les freins rencontrés dans la pratique quotidienne.....	42
4. Les facteurs facilitants et bonnes pratiques observées.....	44
5. Les pistes d'amélioration proposées par les professionnels .....	46
PARTIE IV – DISCUSSION ET PRECONISATIONS .....	51
1. Discussion.....	51
2. Préconisation .....	56
CONCLUSION.....	61
BIBLIOGRAPHIE .....	1
Table des matières .....	I
ANNEXES.....	IV

## Table des figures

Figure 1: Pyramide des ages des personnes bénéficiants d'une prise en charge en ALD en 20226	
Figure 2: Cartographie des partenaires du DAC.....	12
Figure 3: Les patients bénéficiaires du service Prado .....	15
Figure 4: Présentation du PRS.....	17

## Table des tableaux

Tableau 1: Récapitulatif des entretiens réalisés .....	33
--	----

## Remerciement

Je tiens à remercier chaleureusement toutes les personnes qui ont contribué, de près ou de loin, à la réalisation de ce mémoire. Leur soutien, leurs conseils et leur bienveillance ont été essentiels tout au long de ce travail.

Je souhaite tout d'abord exprimer ma profonde gratitude à ma directrice de mémoire, **Madame Isabelle AUBERT**, maître de conférences, pour son accompagnement précieux, sa disponibilité et la qualité de ses retours. Son regard attentif, ses conseils avisés et son expertise ont été d'une aide précieuse à chaque étape de ma réflexion.

Je remercie également Monsieur **Hervé HUBERT** et Madame **Valentine BAERT**, responsables du Master, pour la qualité de leur encadrement et leur engagement tout au long de cette formation. Leurs enseignements et leur accompagnement ont largement contribué à la richesse de mon parcours universitaire.

Je souhaite adresser une mention particulière à mes collègues de l'ADAR, service d'aide à domicile, où j'ai effectué mon contrat de professionnalisation de cette année : **Soraya KHIREDINE, Valentine MAERTELAERE et Émilie JACQUEMIN**. Merci pour votre accueil, votre confiance et les nombreuses situations concrètes qui m'ont permis d'enrichir ma compréhension du terrain et de mieux appréhender les enjeux du secteur.

Je remercie sincèrement l'ensemble des professionnels rencontrés dans le cadre de ce mémoire, pour le temps qu'ils m'ont consacré, la richesse de leurs témoignages et leur implication. Leurs partages d'expériences ont grandement nourri mon analyse et donné une réelle profondeur à ce travail.

Je n'oublie pas de remercier mes proches pour leur soutien constant tout au long de cette aventure. Une pensée particulière pour **Nada, Mélanie et Inès**, pour leur présence, leur bienveillance et leurs encouragements au quotidien

## Abréviations

**ALD** : Affection de Longue Durée

**ANAP**: Agence Nationale d'Appui à la Performance

**APS** : Appui au parcours de santé

**ARS** : Agence régionale de santé

**CCAS** : Centre communal d'action sociale

**CISSS** : Centre Intégré de Santé et de Services Sociaux (terme utilisé au Québec)

**CLIC** : Centre local d'information et de coordination

**CIAS** : Centre Intercommunal d'Action Sociale

**CHRU**: Centre Hospitalier Régional Universitaire

**CPTS** : Communauté professionnelle territoriale de santé

**DAC** : Dispositif Appui à la Santé

**DREES** : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

**DGOS**: Direction Générale de l'Offre de Soins

**EGED**: Equipe Gériatrique d'Expertise à Domicile

**FISS** : Fonds d'Intervention Régional pour le Système de Santé

**GHICL** : Groupement Hospitalier de l'Institut Catholique de Lille

**HAD** : Hospitalisation à domicile **HAS** : Haute Autorité de Santé

**IDE** : Infirmière diplômée d'état

**IGAS** : Inspection Générale des Affaires Sociales

**MAIA** : Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie

**MSP**: Maison de Santé Pluriprofessionnelle

**OMS** : Organisation Mondiale de la Santé

**ONDAM** : Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie

**PRADO** : Programme de Retour à Domicile (Assurance Maladie)

**PST** : Projets de Santé Territoriaux

**PTA** : Plateforme Territoriale d'Appui

PRS : Projet Régional de Santé

PRATS : Programme Régional d'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies

**SAAD** : Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile

SSIAD : Service de Soins Infirmiers À Domicile

SRS : Schéma Régional de Santé

**VAD** : Visite à domicile

*« Se réunir est un début, rester ensemble est un progrès, travailler ensemble est la réussite. »*

**Henry Ford**

## Introduction

Depuis une vingtaine d'années, le système de santé français est confronté à des mutations profondes : vieillissement de la population, augmentation des maladies chroniques, raccourcissement des durées d'hospitalisation, développement de l'ambulatoire et montée en charge des soins à domicile. Dans ce contexte, les parcours de santé se sont considérablement complexifiés, mobilisant une pluralité d'acteurs intervenant à des moments différents, dans des structures et des logiques professionnelles parfois très cloisonnées.

Cette fragmentation, souvent décrite comme l'un des principaux points faibles de notre système de santé, entraîne des risques de ruptures de prise en charge, des redondances d'actes, un manque de lisibilité pour les patients et une surcharge de travail pour les professionnels. Pour faire face à ces défis, la coordination des soins s'est imposée comme une priorité des politiques publiques, visant à améliorer la fluidité des parcours, la continuité des soins et la qualité globale de la prise en charge.

De nombreux dispositifs ont été mis en place dans cette optique, tels que les Dispositifs d'Appui à la Coordination (DAC), les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS), les Programmes de Retour à Domicile (PRADO), ou encore les cellules de coordination hospitalières. Ces organisations mobilisent une diversité de professionnels – coordinateurs de parcours, infirmiers de liaison, gestionnaires de cas, assistantes sociales – qui jouent un rôle clé dans l'articulation entre les établissements hospitaliers, la ville, le domicile et le médico-social. Pourtant, ces fonctions de coordination, bien que reconnues dans les textes, restent encore peu stabilisées sur le terrain. Les professionnels qui les exercent évoquent souvent un manque de clarté dans leurs missions, une faible reconnaissance institutionnelle, et des difficultés à coopérer efficacement avec l'ensemble des partenaires du parcours.

La revue de littérature réalisée met en évidence la place centrale que la coordination occupe aujourd'hui dans les politiques de santé, en réponse à la fragmentation du système et à la complexité croissante des parcours. Elle souligne les finalités multiples de cette coordination – continuité, qualité, globalité – et montre qu'elle repose sur des

acteurs aux profils variés, exerçant des fonctions encore peu stabilisées sur le plan institutionnel. Si les apports de la coordination sont bien documentés, notamment en termes d'amélioration de la qualité des soins et de réduction des ruptures de parcours, la littérature reste plus limitée sur la manière dont les professionnels eux-mêmes perçoivent leur rôle, les bénéfices concrets de leurs actions, et les difficultés qu'ils rencontrent au quotidien. Plusieurs approches théoriques, issues des sciences économiques ou sociales, permettent néanmoins de mieux comprendre les mécanismes en jeu. En définitive, cette revue révèle des zones d'ombre importantes dans les connaissances, justifiant pleinement une enquête de terrain centrée sur les professionnels de la coordination.

C'est dans cette perspective que s'inscrit ce mémoire, qui vise à mieux comprendre le vécu, les représentations et les pratiques des professionnels engagés dans la coordination des soins. L'objectif est de cerner, à partir de leur propre parole, les apports qu'ils perçoivent dans leurs missions, les limites qu'ils identifient, et les leviers qu'ils mobilisent pour garantir la continuité des parcours après une hospitalisation.

La problématique retenue est la suivante :

**Comment les professionnels perçoivent-ils les apports et limites de leurs activités de coordination pour assurer la continuité des soins et améliorer le parcours de santé des patients après une hospitalisation ?**

Pour y répondre, ce mémoire s'organise en quatre grandes parties.

- La première propose une revue de la littérature sur les enjeux, les acteurs et les logiques de la coordination des soins.
- La deuxième présente la méthodologie de l'enquête menée auprès de professionnels hospitaliers et médico-sociaux.
- La troisième restitue les résultats de l'analyse thématique des entretiens réalisés.
- Enfin, la dernière partie propose une discussion des résultats, suivie de recommandations concrètes pour améliorer les pratiques de coordination sur le terrain.

## **PARTIE I – REVUE DE LITTÉRATURE**

### **La coordination des soins entre l'hôpital et la ville : rôles, enjeux et leviers d'amélioration**

Dans un contexte de transformation profonde du système de santé, marqué par le vieillissement de la population, la progression des maladies chroniques et la volonté de développer l'ambulatoire, la coordination des soins entre l'hôpital et les structures de ville s'impose comme un levier incontournable pour garantir la continuité et la qualité des parcours de santé. Cette coordination vise à assurer une prise en charge cohérente et sans rupture, tout au long du parcours du patient, en particulier lors des transitions entre les différents lieux de soins.

Aujourd'hui, les professionnels sont de plus en plus confrontés à des situations complexes, dans lesquelles s'entremêlent des dimensions médicales, psychologiques, sociales et médico-sociales. Cette réalité rend nécessaire une approche globale du patient, dépassant les logiques institutionnelles ou professionnelles cloisonnées. Dans ce cadre, les acteurs de la coordination occupent une place stratégique : ils assurent le lien entre les différents intervenants, facilitent les échanges d'information, contribuent à l'organisation des retours à domicile et participent à l'élaboration de projets de soins individualisés.

Cependant, malgré leur rôle reconnu dans les textes et les recommandations, ces professionnels se heurtent à de nombreuses limites : faible lisibilité de leurs missions, manque de légitimité institutionnelle, difficultés de coopération entre structures, ou encore outils de communication insuffisamment harmonisés. Ces freins nuisent à l'efficacité des dispositifs et peuvent compromettre la qualité de la prise en charge.

Cette revue de littérature a pour objectif d'analyser l'état des connaissances sur la coordination des soins, à partir de sources scientifiques et institutionnelles. Elle s'attache à comprendre comment cette fonction est pensée, structurée et exercée dans les différents secteurs du système de santé, en identifiant les rôles et missions des professionnels qui en assurent la mise en œuvre. Elle met également en lumière un certain nombre de limites régulièrement évoquées dans la littérature, telles que le manque

de reconnaissance, l'insuffisance des outils partagés, les carences en formation ou encore l'absence de pilotage territorial clair. L'enjeu est de dégager des leviers concrets d'amélioration, qu'ils soient organisationnels, managériaux ou culturels, afin de renforcer l'efficacité et la lisibilité de la coordination des parcours. Ce travail vise ainsi à introduire la problématique du mémoire, centrée sur la manière dont les professionnels perçoivent les apports et les limites de leurs missions de coordination dans la pratique quotidienne.

## **1. Le contexte et les fondements de la coordination entre l'hôpital et la ville**

### **1.1. L'évolution des parcours de soins : vers une logique de continuité**

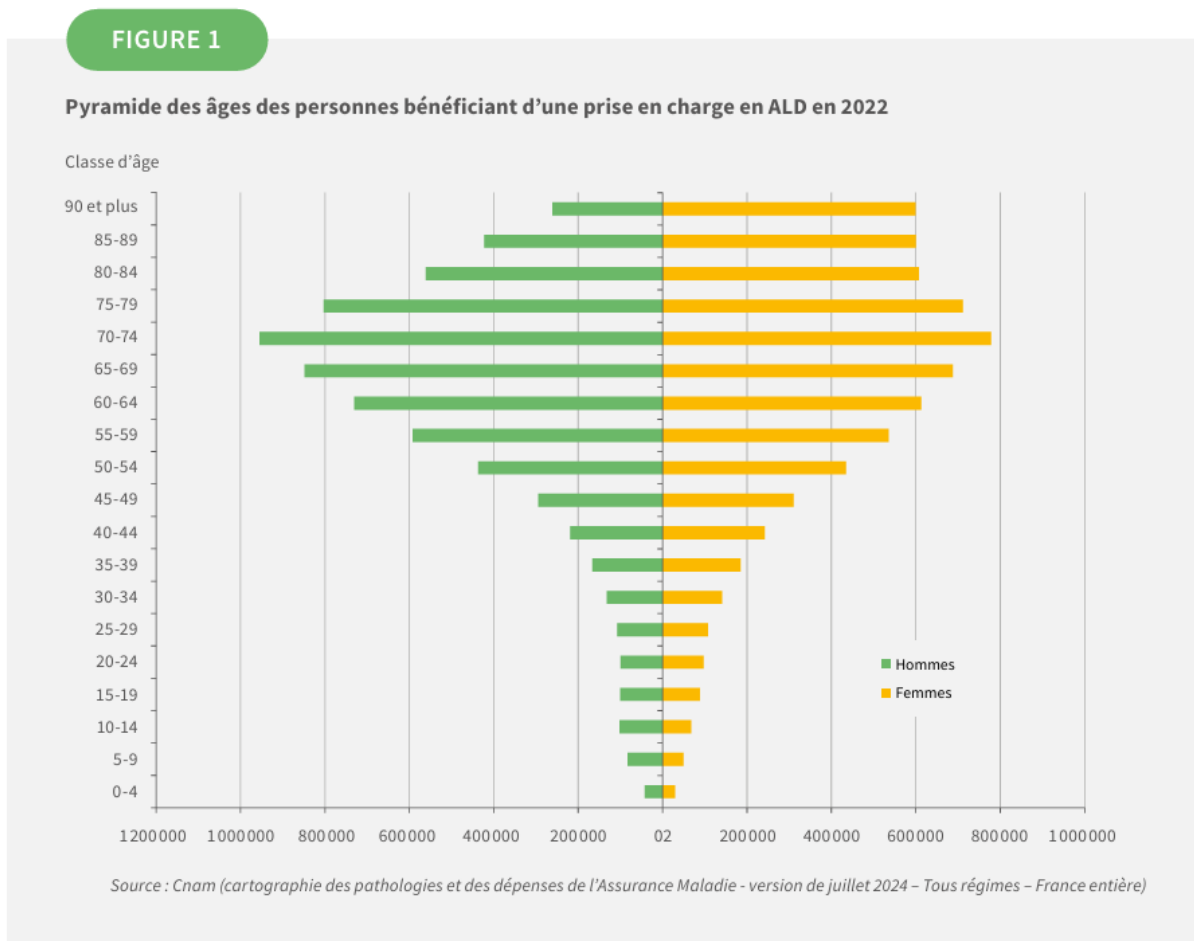
Au fil des dernières décennies, le système de santé français a connu de profondes transformations, tant sur le plan organisationnel que dans la manière de concevoir les parcours de soins. Longtemps centré sur l'hôpital, le modèle de prise en charge tend désormais à s'inscrire dans une logique de parcours coordonné, mobilisant différents acteurs autour du patient à chaque étape de son suivi. Cette évolution est largement portée par les politiques publiques, notamment à travers le virage ambulatoire et la promotion du maintien à domicile (ministère des Solidarités et de la Santé, 2017).[1]

Cette transformation s'inscrit dans une volonté de mieux articuler les soins primaires et secondaires, de réduire les hospitalisations évitables, et d'accompagner les patients dans la gestion de leur maladie au long cours (Bourgueil et al., 2012 ; Minvielle, 2013) [2] [40]. L'objectif n'est plus uniquement de soigner un épisode de maladie, mais d'assurer une prise en charge globale, continue et coordonnée, comme le soulignent les rapports de la Haute Autorité de Santé (HAS, 2018) [3] et de la DREES (2022) [4]. Cette approche nécessite un décloisonnement des pratiques professionnelles, une meilleure communication entre les secteurs, et un fonctionnement en réseau autour du patient (Touati & Roberge, 2015) [5].

### **1.2. Les enjeux actuels : maladies chroniques, vieillissement, complexité des situations**

Le vieillissement démographique et l'augmentation des pathologies chroniques (diabète, BPCO, insuffisance cardiaque...) constituent aujourd'hui des défis majeurs pour le

système de santé. Selon la DREES (2023) [6], près de 20 millions de Français sont atteints d'une affection de longue durée, et une grande partie des hospitalisations concerne des personnes âgées de plus de 75 ans. Cette évolution épidémiologique engendre une complexité croissante des situations, avec des besoins qui dépassent le seul champ médical.



**Figure 1: Pyramide des âges des personnes bénéficiants d'une prise en charge en ALD en 2022**

Ces situations impliquent souvent des troubles cognitifs, des fragilités sociales, et des environnements familiaux précaires, ce qui rend la prise en charge multidimensionnelle (Paraponaris et al., 2018) [7]. L'Organisation mondiale de la santé (OMS, 2016) [8] souligne l'importance d'une coordination renforcée pour répondre aux besoins d'accompagnement global, en mettant l'accent sur les soins intégrés et centrés sur la personne.

Face à ces constats, la coordination est devenue un levier central pour repenser les pratiques de soins et favoriser une approche plus intégrée et continue. Comme le rappelle Jihane Sebai (2016) [9], cette dynamique s'inscrit dans une reconfiguration organisationnelle marquée par l'émergence de structures de soins coordonnés (maison de santé pluriprofessionnelles, DAC, CPTS...), dans lesquelles la coopération entre professionnels est considérée comme la pierre angulaire d'une prise en charge globale et de qualité. Ces nouvelles formes d'organisation reposent sur l'idée que les soins ne peuvent plus être pensés comme succession d'actes isolés, mais doivent être conçus comme un parcours coordonné, mobilisant différents acteurs, secteurs et niveaux d'intervention autour du patient.

Ce changement de paradigme correspond à ce que certains auteurs qualifient de « transition sanitaire » (Czernichow, 2015) [10], dans laquelle le modèle hospilo-centré cède progressivement la place à des formes d'organisation plus transversales, reposant sur la proximité, la prévention, et le décloisonnement des compétences. Le rôle pivot du médecin traitant, affirmé par la réforme de 2004 et renforcé par la loi HPST de 2009 [11], s'inscrit dans cette logique, tout comme le développement de l'éducation thérapeutique, de l'accompagnement à domicile ou encore des dispositifs d'appui à la coordination (Sebai, 2016 ; HAS, 2021) [9].

### **1.3. Les objectifs de la coordination : fluidifier les parcours, éviter les ruptures, assurer une prise en charge globale**

La coordination entre l'hôpital et la ville poursuit trois objectifs essentiels : fluidifier les transitions entre les lieux de soins, éviter les ruptures de parcours, et garantir une prise en charge globale et personnalisée des patients (HAS, 2018 ; IGAS, 2017) [12] [13]. Les hospitalisations, notamment en sortie, sont des moments à risque où la désorganisation du parcours peut avoir des conséquences graves : retard dans la mise en place d'aides à domicile, absence de relais médical, ou mauvaise transmission d'information.

Face à ces enjeux, plusieurs dispositifs ont été créés : réseaux de santé, plateformes territoriales d'appui (PTA), maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP), dispositifs d'appui à la coordination (DAC).

Ces outils visent à favoriser le décroisement et la transversalité entre les acteurs (ministère de la Santé, 2019 ; Bourgueil et al., 2012) [14] [2] .

Cependant, leur efficacité repose sur plusieurs conditions : la connaissance mutuelle des intervenants, la clarté des responsabilités, l'usage d'outils partagés (comme les dossiers médicaux numériques ou les plans personnalisés de soins), et surtout une culture commune de la coopération interprofessionnelle (Waelli et al., 2020) [15].

La coordination ne peut se réduire à un simple échange d'information. Elle suppose un pilotage structuré, une reconnaissance des fonctions de coordination dans les organisations, et un temps dédié pour rendre les pratiques réellement efficaces. À défaut, elle risque de reposer uniquement sur la bonne volonté des professionnels, sans garantie de pérennité.

#### **1.4. Définitions et concepts clés : coordination, coordination des soins, partenariat, coopération et collaboration**

##### **1. Continuité, qualité et globalité : les objectifs visés**

La coordination des soins est aujourd'hui reconnue comme une composante essentielle des politiques de santé publique. Elle vise à garantir une prise en charge cohérente, continue et adaptée à la complexité croissante des parcours des patients, notamment ceux atteints de maladies chroniques, en situation de perte d'autonomie ou cumulant des fragilités sanitaires, sociales et psychiques.

Donabedian (1980) [16] définit la coordination comme un processus qui permet d'assurer une articulation logique entre les différentes interventions dans le temps et entre les professionnels. De son côté, Leutz (1999) [17] distingue plusieurs niveaux d'intégration, selon la profondeur des collaborations entre acteurs, soulignant que la continuité ne peut être assurée sans coopération étroite entre les secteurs sanitaire, social et médico-social.

La coordination vise ainsi plusieurs objectifs complémentaires :

- La continuité temporelle, pour assurer une prise en charge sans rupture, notamment entre hospitalisation et retour à domicile ;

- La qualité clinique, en garantissant l'adéquation des soins aux besoins du patient, la sécurité et la réduction des redondances ou omissions ;
- La globalité, en intégrant les dimensions sociales, psychologiques, familiales ou économiques de la situation du patient.

La HAS (2021) [9] rappelle que la coordination permet aussi de renforcer l'efficacité du système de santé, en évitant les ré hospitalisations évitables, en réduisant les actes inutiles, et en améliorant la satisfaction des patients comme des professionnels.

Cette approche repose sur des prérequis : outils de communication partagés, information sécurisée, culture de la collaboration et temps dédiés aux échanges interprofessionnels. Lorsque ces conditions sont réunies, la coordination constitue un levier majeur d'amélioration des parcours de soins complexes.

## *2. La coordination : fonction technique ou compétence relationnelle ?*

Si la coordination est souvent abordée comme un dispositif technique – à travers les outils, protocoles, ou systèmes d'information partagés – les recherches soulignent qu'elle repose avant tout sur des compétences relationnelles et humaines. En effet, les pratiques de coordination les plus efficaces s'appuient largement sur la qualité des liens interpersonnels, la connaissance mutuelle entre professionnels, et la confiance construite dans le temps.

Des auteurs comme Putnam (2000) [18] ou Evers (2009) [19] insistent sur la notion de capital social professionnel : ce sont les réseaux informels, les habitudes de coopération et les normes implicites qui permettent aux organisations de fonctionner en dépit des limites structurelles. La coordination s'incarne ainsi dans la capacité à créer du lien, à négocier, à faire circuler l'information, et à assurer la médiation entre des logiques professionnelles différentes.

Ce constat est renforcé par les témoignages de terrain : de nombreux professionnels affirment « apprendre à coordonner en faisant », faute de formation initiale adaptée. Ils s'appuient sur leur expérience, leur capacité d'initiative et leur engagement personnel pour maintenir la cohérence des parcours.

Ainsi, la coordination n'est pas une fonction purement administrative ou descendante, mais une dynamique relationnelle, transversale et contextuelle, qui repose sur des savoir-faire souvent invisibles, mais essentiels. Cela justifie l'intégration de ces compétences dans les référentiels de formation, la reconnaissance statutaire des fonctions de coordination, et la valorisation du travail d'interface réalisé au quotidien.

### *3. Les freins structurels : formation, reconnaissance, outils et pilotage*

Malgré les ambitions portées par les politiques publiques, la coordination des soins demeure confrontée à de nombreux freins structurels, qui en limitent l'effectivité sur le terrain.

Tout d'abord, la fonction de coordination est encore faiblement institutionnalisée. De nombreux professionnels assurent des missions de coordination sans que cela soit inscrit dans leur fiche de poste, sans temps dédié, ni reconnaissance formelle. Comme le souligne Demailly (2008) [20], il s'agit souvent d'un « travail invisible », réalisé par des acteurs passerelles qui compensent les défaillances du système, sans appui organisationnel suffisant. Cette informalité, si elle permet une certaine souplesse, expose les parcours à des discontinuités dès qu'un professionnel clé s'absente ou change de poste.

Le manque de formation initiale et continue constitue un autre obstacle majeur. La coordination exige des compétences spécifiques : posture de médiation, animation de réseau, gestion des transitions, connaissance des dispositifs. Pourtant, ces compétences sont peu enseignées, et relèvent souvent de l'apprentissage sur le tas (Rambaud & Lefevre, 2020) [21]. La HAS (2021) [22] recommande de renforcer les formations croisées et de favoriser une culture commune entre professionnels de secteurs différents.

Les outils numériques ne sont pas toujours à la hauteur des enjeux : absence d'interopérabilité, multiplicité des logiciels, défaut de transmission sécurisée d'informations... Autant de difficultés qui freinent la circulation fluide des données et la coordination interprofessionnelle.

Enfin, l'absence d'un pilotage territorial clair compromet la structuration cohérente des dispositifs. Bourgueil et al. (2012) et Minvielle (2013) [2] soulignent que la gouvernance

de la coordination reste souvent fragmentée, sans vision commune, ni articulation entre les différents acteurs. Le défaut de lisibilité, l'empilement des structures et le manque de référents identifiés renforcent le sentiment de complexité.

Face à ces freins, plusieurs leviers d'amélioration sont évoqués : clarification des rôles, valorisation des fonctions de coordination, appui aux dispositifs existants, et gouvernance intégrée à l'échelle des territoires de santé.

### *1.5. Les professionnels de la coordination : profils, rôles et missions*

#### *1. Diversité des acteurs et statuts*

Le développement de la coordination a donné naissance à une grande diversité de profils professionnels. Il n'existe pas aujourd'hui en France de métier unique du coordinateur de parcours, mais une multitude d'acteurs, issus de formations et de statuts différents, exercent des fonctions de coordination selon les contextes.

On distingue notamment :

- Les infirmiers de liaison ou coordinateurs hospitaliers, chargés de préparer les sorties complexes ;
- Les assistants sociaux hospitaliers, qui assurent la mise en lien avec les partenaires extérieurs ;
- Les gestionnaires de cas (notamment dans les MAIA) ;
- Les référents de parcours dans les DAC ou les CPTS ;
- Les cadres de santé assurant l'organisation des soins en lien avec les équipes ;
- Et dans certaines structures, des coordinateurs non soignants, issus du travail social ou de l'administration.

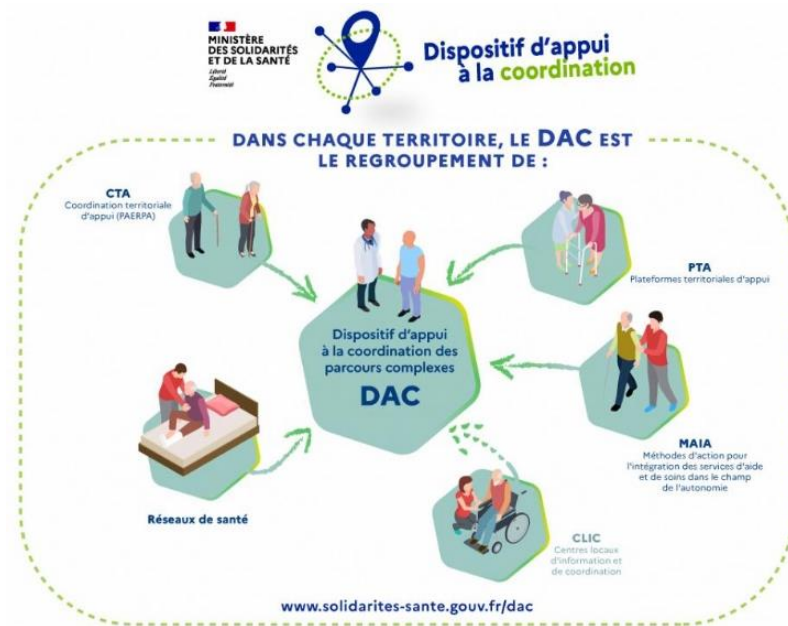


Figure 2: Cartographie des partenaires du DAC

Cette diversité reflète la complexité des parcours de soins, qui mobilisent des compétences sanitaires, sociales et organisationnelles. Elle montre aussi une certaine instabilité de la fonction, souvent dépendante du portage institutionnel, du financement et de la culture locale.

## 2. Missions principales, difficultés et leviers d'action

Les missions des professionnels de la coordination sont généralement orientées vers trois grands objectifs :

1. Assurer la continuité des soins, notamment lors des transitions (entrée/sortie d'hospitalisation) ;
2. Fluidifier les parcours, en mobilisant les bons interlocuteurs et en assurant la cohérence entre les interventions ;
3. Anticiper les ruptures, en évaluant les risques, en organisant les relais, et en maintenant le lien avec le patient et ses proches.

Pour ce faire, ils doivent :

- Réaliser des évaluations globales des situations ;
- Élaborer ou suivre des plans personnalisés de soins ;
- Animer des réunions de coordination ou de synthèse ;

- Informer et orienter les patients ;
- Assurer la transmission des informations entre acteurs.

Ces missions, bien qu'essentielles, s'exercent souvent dans un contexte contraint : temps limité, outils inadaptés, légitimité floue, isolement fonctionnel, etc. Le soutien de l'institution, la reconnaissance statutaire, l'accès à l'information et la formation continue apparaissent comme des leviers indispensables pour sécuriser cette fonction.

### 3. Un rôle encore invisible et inégalement valorisé

Malgré leur utilité reconnue, les professionnels de la coordination souffrent d'une forme d'invisibilité organisationnelle. Leur rôle est souvent perçu comme « allant de soi », non prioritaire, ou peu visible dans les logiques managériales.

Demailly (2008) [20] qualifie cette situation de « coordination invisible », renvoyant à toutes ces tâches de médiation, d'ajustement ou de mise en lien, essentielles au fonctionnement des parcours, mais rarement reconnues dans les fiches de poste ou valorisées dans les indicateurs de performance.

Cette invisibilité est source de fragilité : en cas de départ, de surcharge ou de restructuration, la coordination repose sur des équilibres informels difficiles à reproduire. Elle expose aussi les professionnels à une forme d'épuisement, faute de reconnaissance ou de relais.

Enfin, la valorisation inégale de cette fonction selon les territoires ou les établissements accentue les inégalités d'accès à une coordination de qualité. Là où certains bénéficient d'un poste identifié, d'outils dédiés et d'un temps reconnu, d'autres doivent composer avec des moyens très limités, une légitimité contestée et des injonctions contradictoires.

Renforcer la visibilité, la reconnaissance et la structuration des fonctions de coordination constitue donc un enjeu majeur pour pérenniser leur rôle et améliorer la qualité des parcours de soins.

## **2. Apports et impacts de la coordination dans les parcours de soins**

### **2.1. Une amélioration de la qualité et de la continuité des soins**

La coordination des soins a pour objectif principal de garantir la continuité des prises en charge, en particulier lors des transitions entre les différents niveaux du système de santé (hospitalisation, soins de ville, médico-social). Plusieurs études montrent qu'un bon niveau de coordination est associé à une amélioration de la qualité des soins, notamment en termes de sécurité, de satisfaction des patients et de réduction des ruptures de parcours. La Haute Autorité de Santé (HAS) souligne dans ses recommandations que « la coordination des soins contribue à la qualité et à la sécurité du parcours du patient, tout en facilitant le travail des professionnels de santé » (HAS, 2018) [12].

Les patients bénéficiant d'un suivi coordonné se déclarent plus satisfaits de leur parcours, avec un sentiment d'accompagnement accru et une meilleure compréhension de leur traitement. Une coordination bien structurée permet également de limiter les redondances (examens en double, prescriptions inutiles) et les erreurs liées au défaut de transmission d'informations. Selon Levesque et al. (2013) [37], une prise en charge intégrée améliore la continuité relationnelle et informationnelle, deux dimensions essentielles de la qualité des soins.

### **2.2. Une réduction des hospitalisations évitables et des coûts associés**

Plusieurs travaux soulignent que la coordination peut contribuer à réduire les hospitalisations évitables, en anticipant les besoins du patient et en facilitant les interventions en amont (prévention des décompensations, appui au maintien à domicile, etc.). Selon une étude de la Cour des comptes (2017) [23], l'insuffisance de coordination est responsable de nombreuses ré-hospitalisations évitables, en particulier chez les personnes âgées ou atteintes de pathologies chroniques.

De même, les Programmes d'Accompagnement au Retour à Domicile après Hospitalisation (PRADO), pilotés par l'Assurance Maladie, ont montré des résultats positifs en matière de fluidité du parcours et de réduction du taux de ré hospitalisation. Ces dispositifs illustrent comment une coordination proactive peut éviter des ruptures de soins coûteuses, tant sur le plan humain qu'économique.

## Les patients bénéficiaires du service Prado



Figure 3: Les patients bénéficiaires du service Prado

Par ailleurs, selon le rapport El Khoury et al. (IRDES, 2021) [24], la coordination territoriale permet de mieux mobiliser les ressources existantes et de limiter le recours inapproprié à l'hôpital, en favorisant une prise en charge plus adaptée aux besoins du patient.

### 2.3. Une meilleure organisation du travail et une valorisation des pratiques interprofessionnelles

La coordination contribue aussi à structurer les pratiques professionnelles, en renforçant les échanges entre les acteurs et en clarifiant les rôles et responsabilités de chacun. Dans une logique d'interdisciplinarité, elle permet de décloisonner les secteurs (sanitaire, social, médico-social) et d'instaurer une culture de collaboration autour du patient.

Selon San Martín-Rodríguez et al. (2005) [25], une collaboration interprofessionnelle efficace améliore la prise de décision, la satisfaction au travail des professionnels et la qualité perçue des soins. La mise en œuvre de dispositifs comme les réunions de concertation pluriprofessionnelles, les projets de soins partagés ou les dossiers patients

partagés favorise une dynamique collective et un sentiment d'appartenance à un parcours global.

La coordination peut ainsi être vue comme un vecteur d'organisation et de transformation du système de santé, en favorisant une approche centrée sur les besoins du patient plutôt que sur les logiques institutionnelles.

#### **2.4. L'engagement des ARS dans le développement de la coordination territoriale des soins**

Depuis leur création en 2010, les Agences Régionales de Santé (ARS) jouent un rôle central dans la structuration des parcours de santé et dans la mise en œuvre des politiques publiques liées à la coordination des soins. Leur mission est notamment de piloter les politiques régionales de santé, en assurant la cohérence entre les secteurs sanitaire, médico-social et social.

Dans le cadre des Projets Régionaux de Santé (PRS), les ARS ont progressivement intégré des objectifs de décloisonnement des prises en charge et de coordination renforcée, en particulier à destination des publics vulnérables (personnes âgées, patients atteints de maladies chroniques, personnes en situation de handicap). À travers le développement de dispositifs comme les Plateformes Territoriales d'Appui (PTA), les Dispositifs d'Appui à la Coordination (DAC), ou encore les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS), les ARS soutiennent des formes d'organisation favorisant une approche territoriale intégrée.

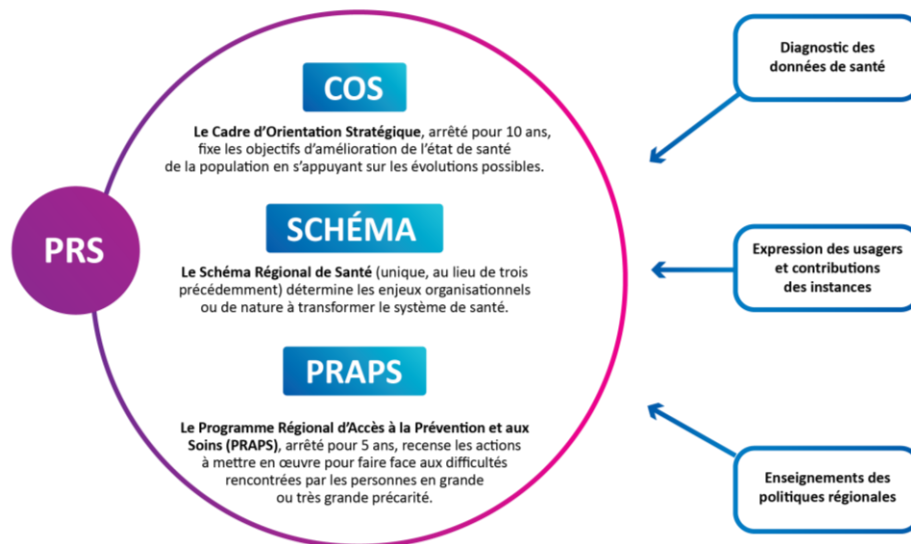


Figure 4: Présentation du PRS

Le cadre national d'orientation pour la coordination des parcours complexes publié par la DGOS et l'ANAP en lien avec les ARS (2019) souligne que « la coordination doit être pensée dans une logique de parcours et non d'établissement, et s'appuyer sur des dispositifs souples, capables de s'adapter à la réalité des territoires ».

De plus, les Orientations nationales des ARS 2022-2027 insistent sur l'importance de développer l'intégration des services de santé et d'accompagner les territoires dans une démarche de coopération renforcée, en appui aux professionnels de première ligne. Cette volonté s'inscrit aussi dans les politiques d'appui au virage ambulatoire, qui implique une coordination plus étroite entre les soins hospitaliers et ceux dispensés à domicile ou en ville.

Enfin, certaines ARS ont mis en place des dispositifs expérimentaux soutenus par le Fonds d'innovation du système de santé (FISS), afin de tester des modèles organisationnels de coordination de parcours, notamment autour de la gestion des cas complexes ou de la coordination post-hospitalisation.

## 2.5. Une coordination territoriale élargie : rôle des CCAS/CIAS, CLIC et services hospitaliers

La coordination des parcours de soins ne peut se limiter aux seuls professionnels de santé. Elle repose également sur l'implication d'acteurs sociaux et médico-sociaux, souvent essentiels dans la mise en œuvre d'une prise en charge globale. Parmi eux, les Centres Communaux ou Intercommunaux d'Action Sociale (CCAS/CIAS), les Centres Locaux d'Information et de Coordination (CLIC) et les services hospitaliers de coordination jouent un rôle complémentaire et structurant.

Les CCAS et CIAS, en tant que bras sociaux des collectivités territoriales, interviennent fréquemment dans l'organisation du retour à domicile, l'accès aux aides financières, le soutien aux proches aidants ou encore l'adaptation du logement. Leur connaissance fine des ressources locales et des situations sociales permet d'orienter rapidement les usagers vers les dispositifs adaptés, en lien avec les professionnels de santé. Leur participation active à des commissions gériatriques, réseaux de santé ou réunions de coordination facilite une approche plus décloisonnée de la prise en charge.

De leur côté, les CLIC ont été créés pour informer, évaluer et orienter les personnes âgées et leur entourage dans le cadre du parcours de vieillissement. S'ils sont aujourd'hui inégalement répartis et en partie remplacés ou absorbés par les Dispositifs d'Appui à la Coordination (DAC), leur logique de proximité et d'interconnaissance des acteurs reste un fondement important de la coordination territoriale. Le rapport IGAS de 2011 [26] soulignait déjà leur rôle dans « la lisibilité de l'offre médico-sociale de proximité et le repérage des situations à risque de rupture de parcours ».

Enfin, au sein des hôpitaux, les cellules de coordination (notamment les cellules de gestion des lits, les unités de liaison avec les services sociaux ou les cellules d'orientation post-hospitalière) assurent une fonction transversale de plus en plus stratégique. Dans de nombreux établissements, des infirmiers de coordination, des cadres de santé, voire des assistants sociaux hospitaliers sont spécifiquement dédiés à l'organisation des sorties et à l'interface avec les acteurs de ville. Ces équipes, souvent sous tension, sont pourtant un maillon essentiel pour anticiper les besoins, organiser les relais de prise en charge et éviter les retours précipités ou inadaptés.

L’Instruction DGOS du 8 juin 2022 sur l’organisation territoriale de la coordination insiste d’ailleurs sur la nécessité de mieux articuler les services hospitaliers avec les dispositifs territoriaux (DAC, CPTS, SSIAD, etc.), dans une logique d’intégration graduée et de réponse populationnelle.

### **3. Limites et freins rencontrés dans les pratiques de coordination**

#### **3.1. Des rôles encore flous et peu reconnus**

Malgré leur rôle crucial dans les parcours de soins, les professionnels de la coordination souffrent encore d’un manque de reconnaissance institutionnelle et d’une faible lisibilité de leurs missions. De nombreux rapports, dont celui de l’Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS, 2015) [27] , soulignent la difficulté à définir précisément les contours du métier de coordinateur. La multiplicité des appellations (coordinateur de parcours, gestionnaire de cas, infirmier de liaison, etc.) contribue à entretenir cette confusion, tant pour les usagers que pour les professionnels eux-mêmes.

Cette absence de statut clair peut générer un sentiment d’illégitimité et nuire à la capacité du coordinateur à impulser une dynamique interprofessionnelle. Elle limite également la possibilité de créer des parcours de formation spécifiques et reconnus, pourtant nécessaires pour garantir une montée en compétences durable.

#### **3.2. Des coopérations entre structures encore inégales et fragiles**

Les coopérations entre l’hôpital, les professionnels de ville, les acteurs sociaux et médico-sociaux se heurtent encore à des logiques de fonctionnement distinctes, souvent cloisonnées. Les différences de culture professionnelle, d’organisation interne et de temporalité rendent parfois difficile l’instauration d’un véritable travail en commun. Par exemple, les médecins hospitaliers peuvent avoir des difficultés à articuler leurs pratiques avec les contraintes des professionnels libéraux, tandis que les acteurs sociaux peinent à s’insérer dans les concertations cliniques faute d’outils partagés.

Le rapport El Khoury (IRDES, 2021) [24] met en lumière la faiblesse du dialogue interprofessionnel dans certains territoires et la persistance de réseaux d’acteurs en silos, qui ralentissent la fluidité des parcours. En l’absence d’une gouvernance territoriale forte, les coopérations restent souvent limitées à des initiatives locales et fragiles dans le temps.

### **3.3. Des outils numériques encore peu intégrés et souvent inadaptés**

L'un des freins majeurs à la coordination réside dans l'insuffisante interopérabilité des systèmes d'information. Le Dossier Médical Partagé (DMP), censé améliorer la circulation des informations entre professionnels, reste encore peu utilisé en pratique. En 2024, selon les données de l'Assurance Maladie, moins de 10 % des professionnels de santé renseignent activement les DMP. Le manque de formation, les problèmes d'accès, la complexité des interfaces ou encore les inquiétudes liées à la protection des données personnelles contribuent à limiter leur usage.

Par ailleurs, chaque structure utilise souvent son propre logiciel métier, ce qui rend les échanges d'informations lourds, redondants ou simplement impossibles. Le rapport de l'ANAP (2020) [28] souligne que le manque de compatibilité entre les outils constitue une source de désorganisation et de perte d'efficacité dans les parcours coordonnés.

### **3.4. Une culture du travail en réseau encore en construction**

Enfin, la coordination des soins repose sur une culture de la coopération interprofessionnelle qui reste encore inégalement développée. La formation initiale des professionnels de santé prépare peu au travail en réseau, et les occasions de formation continue sur les enjeux de coordination restent marginales. En outre, les logiques hiérarchiques ou corporatistes peuvent freiner la dynamique collaborative et la reconnaissance des compétences transversales.

Les dispositifs comme les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) ou les DAC visent justement à construire cette culture commune, mais leur déploiement est encore en cours et leur fonctionnement reste hétérogène selon les territoires (Cour des comptes, 2022) [29]. Il est donc essentiel de renforcer les temps de concertation, de formation et de gouvernance partagée, pour faire de la coordination non pas une contrainte, mais un levier d'amélioration de la qualité.

### **3.5. Un manque de formation ou de culture commune autour de la coordination**

L'un des freins structurels à une coordination efficace réside dans l'absence de formation systématisée à la coordination et au travail interprofessionnel, tant dans la formation initiale que continue des professionnels de santé, sociaux et médico-sociaux. La HAS

(2018) [12] soulignait déjà que la coordination « nécessite des compétences spécifiques encore insuffisamment intégrées dans les formations de base ». Les médecins, infirmiers, travailleurs sociaux ou gestionnaires de structures sont souvent formés séparément, selon des référentiels distincts, ce qui rend difficile la construction d'un langage commun et de pratiques partagées.

Cette absence de culture commune se traduit, sur le terrain, par une méconnaissance mutuelle des rôles, des contraintes professionnelles et des champs d'intervention des autres acteurs. Or, la coordination ne peut se limiter à une juxtaposition de compétences : elle suppose une réelle intelligence collective, basée sur la communication, la confiance et la reconnaissance des complémentarités. À défaut, les échanges restent limités, les responsabilités peuvent être floues, et les risques de redondance ou de rupture de parcours augmentent.

Selon une étude de l'EHESP (Rambaud & Lefeuvre, 2020) [21], le développement de modules de formation transversaux sur les parcours de soins, la communication interprofessionnelle ou l'éthique de la coordination favoriserait une montée en compétence des professionnels, tout en renforçant l'attractivité de ces fonctions encore peu valorisées.

Enfin, le manque de temps dédié à la formation continue et l'absence de reconnaissance formelle des fonctions de coordination dans les grilles de carrière (notamment dans le secteur public) limitent encore l'investissement des équipes dans une dynamique de transformation durable.

## **4. Quelles pistes pour améliorer la coordination entre l'hôpital et la ville ?**

### **4.1. Clarifier et valoriser les fonctions de coordination**

La première piste d'amélioration concerne la reconnaissance institutionnelle et la structuration du métier de coordinateur. Aujourd'hui, malgré l'importance de leur rôle, ces professionnels ne disposent ni d'un cadre métier national unifié, ni d'une grille de compétences clairement définie. La création d'un référentiel métier partagé entre secteurs

(sanitaire, médico-social, social) permettrait de renforcer leur légitimité et leur positionnement au sein des équipes pluridisciplinaires.

Selon la HAS (2018) [12], la valorisation de la coordination passe aussi par le développement de parcours de formation ciblés, avec des modules consacrés à la communication interprofessionnelle, à la gestion de projet, ou encore à l'organisation territoriale des soins. En parallèle, une meilleure intégration des fonctions de coordination dans les plans de financement des structures (via le FIR ou l'ONDAM médico-social) pourrait pérenniser ces postes, souvent financés sur des crédits expérimentaux ou temporaires.

#### **4.2. Développer les outils numériques partagés et interopérables**

L'un des leviers les plus attendus est le renforcement des outils numériques de coordination, en particulier autour du Dossier Médical Partagé (DMP), des logiciels métiers compatibles et des plateformes numériques territoriales. Le développement de solutions interopérables, sécurisées et faciles à utiliser est une condition essentielle pour fluidifier les échanges entre l'hôpital, la ville et le médico-social.

Le programme Ségur du numérique en santé, lancé par le ministère de la Santé en 2021, vise justement à accélérer l'usage de ces outils en finançant l'équipement des professionnels libéraux et des établissements. Il prévoit notamment l'accès généralisé à Mon espace santé, aux messageries sécurisées (MS santé), et à des référentiels de données partagés.

Cependant, comme le rappelle l'ANAP (2023) [30], l'outil seul ne suffit pas : il doit s'accompagner d'un véritable travail d'acculturation, de formation et de co-construction avec les utilisateurs finaux.

#### **4.3. Renforcer les temps de concertation et la culture du partenariat**

La coordination nécessite du temps dédié au travail en réseau, souvent difficile à dégager dans des organisations marquées par une forte activité clinique ou administrative. Il est donc crucial de structurer et de financer les temps de réunions de coordination, de visites conjointes, de synthèses pluriprofessionnelles ou encore de cellules de parcours. Ces

espaces permettent non seulement d'échanger des informations, mais aussi de construire une culture commune autour du patient.

Des outils comme les Projets de Santé Territoriaux (PST) portés par les CPTS, ou les projets personnalisés coordonnés, sont autant d'opportunités pour formaliser ces dynamiques. Ils permettent d'aligner les pratiques, de clarifier les responsabilités et d'impliquer les patients dans leur parcours de soins.

#### **4.4. Déployer une gouvernance territoriale intégrée et agile**

Enfin, la coordination ne peut reposer uniquement sur les initiatives locales ou les bonnes volontés individuelles. Elle suppose une gouvernance structurée, pilotée à l'échelle territoriale, capable de mobiliser l'ensemble des acteurs autour d'objectifs partagés. Les Dispositifs d'Appui à la Coordination (DAC) et les CPTS ont vocation à porter cette mission, mais leur efficacité dépend encore de leur capacité à s'ancrer durablement dans les territoires.

L'Instruction DGOS du 8 juin 2022 [31] appelle d'ailleurs les ARS à favoriser la convergence des dispositifs existants et à créer des référents coordination dans chaque établissement, en lien avec les acteurs du territoire. À terme, cette dynamique pourrait conduire à une meilleure articulation entre soins de ville, hôpital et accompagnement social, dans une logique de santé populationnelle et de parcours.

Ce chapitre a permis de mettre en lumière l'importance croissante de la coordination des soins dans un contexte de transformation du système de santé, marqué par le vieillissement de la population, la chronicisation des pathologies et la complexification des parcours de soins. Loin de se limiter à un simple échange d'informations, la coordination s'impose aujourd'hui comme une fonction stratégique, au croisement des champs sanitaire, social et médico-social, mobilisant une diversité d'acteurs aux compétences complémentaires.

Les professionnels en charge de cette mission – coordinateurs de parcours, infirmiers de liaison, assistants sociaux, acteurs territoriaux – jouent un rôle central pour assurer la fluidité, la continuité et la cohérence des prises en charge. Leurs interventions permettent d'améliorer la qualité des soins, de prévenir les ruptures de parcours, de favoriser le

maintien à domicile et d'optimiser les ressources disponibles. Les apports des ARS, des CCAS/CIAS, des CLIC et des services hospitaliers de coordination participent également à cette dynamique territoriale.

Cependant, de nombreux freins persistent : rôles mal définis, coopérations encore inégales, outils numériques peu intégrés, culture professionnelle cloisonnée et manque de formation dédiée. Ces limites montrent que la coordination ne peut reposer uniquement sur des dispositifs techniques ou des initiatives locales. Elle suppose un engagement collectif, une gouvernance structurée et un investissement durable dans la formation, le pilotage et la reconnaissance des fonctions transversales.

Dans cette perspective, des leviers existent : clarification des missions, développement des outils partagés, soutien aux dynamiques de concertation et gouvernance territoriale renforcée. L'enjeu est désormais de transformer ces pistes en actions concrètes, pour construire un système de santé plus intégré, centré sur les parcours et les besoins réels des patients.

## **5. Les apports des modèles étrangers : éclairages comparatifs**

Plusieurs pays ont anticipé les enjeux actuels de coordination en développant des modèles intégrés, susceptibles d'inspirer les dynamiques françaises. Le Québec, les Pays-Bas et le Royaume-Uni sont fréquemment cités comme références.

Au Québec, le modèle des Centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) repose sur une intégration verticale des soins, avec un fort pilotage territorial et des gestionnaires de cas clairement identifiés (Contandriopoulos et al., 2001) [32]. Le parcours du patient est ainsi pensé de manière continue, avec un interlocuteur unique chargé de la coordination.

Aux Pays-Bas, la coordination est assurée par des infirmiers de pratique avancée, intégrés dans les soins primaires, qui suivent les patients chroniques à domicile, en lien avec les généralistes. Cette organisation repose sur des outils numériques partagés, des plans de soins personnalisés, et un financement structuré par parcours.

Au Royaume-Uni, les Discharge Coordinators assurent les sorties hospitalières en lien avec les services sociaux. La coordination est renforcée par le dispositif « Discharge to assess », qui permet d'organiser rapidement les retours à domicile tout en assurant un suivi ajusté aux besoins.

Ces modèles ont inspiré les MAIA, les DAC ou les CPTS en France. Toutefois, les différences de contexte , en matière de financement, de gouvernance ou de culture professionnelle , rendent leur transposition partielle. L'enseignement principal réside dans la stabilisation des fonctions de coordination, leur reconnaissance statutaire, et l'importance d'un pilotage fort à l'échelle du territoire.

## **6. Les cadres théoriques pour analyser la coordination**

### **6.1. La théorie de l'agence : comprendre les rapports contractuels et les asymétries d'information**

La théorie de l'agence, issue des sciences économiques, propose une lecture des relations entre deux acteurs : un principal (celui qui délègue une tâche) et un agent (celui qui exécute). Cette théorie, appliquée au champ de la santé, met en lumière les problèmes liés à l'asymétrie d'information, à la divergence d'intérêts et à la difficulté d'observer le travail réel accompli, notamment entre financeurs, professionnels de santé et patients (Sebai, 2016) [9].

Dans le domaine de la coordination, cette approche permet d'interroger les mécanismes de délégation entre établissements, services ou professionnels. Par exemple, lorsqu'un hôpital confie à une structure de ville la poursuite du suivi d'un patient, la question de la confiance, des moyens, et des engagements mutuels devient centrale. La théorie de l'agence met ainsi l'accent sur la nécessité de dispositifs incitatifs, de systèmes de reporting et d'outils de traçabilité pour limiter les risques d'opportunisme ou de discontinuité.

Toutefois, cette lecture est parfois jugée réductrice : elle peine à rendre compte des dynamiques collectives, des logiques professionnelles, et des relations de coopération informelle entre acteurs. C'est pourquoi d'autres approches, plus sociologiques, sont mobilisées pour compléter l'analyse.

## 6.2. La théorie des conventions : la coordination par les règles partagées

La théorie des conventions s'intéresse aux règles, valeurs et représentations qui structurent les comportements dans les organisations. Elle considère que la coordination n'est pas seulement un problème technique ou contractuel, mais aussi une question de sens partagé, de confiance et de normes collectives (Sebai, 2016) [9].

Dans les pratiques de coordination, cette approche permet de comprendre comment les professionnels arrivent à coopérer sans nécessairement passer par des contrats formels. Par exemple, le fait qu'une infirmière de coordination appelle systématiquement un médecin traitant avant une sortie peut relever d'une habitude instituée, d'une norme professionnelle, ou d'une attente implicite. Ces "routines" créent un cadre conventionnel qui facilite la fluidité du travail, même en l'absence d'outils formels.

Cette approche est particulièrement pertinente dans les structures où la coordination repose sur des liens informels, comme les équipes pluridisciplinaires, les réseaux locaux, ou les relations de confiance entre professionnels. Elle souligne que la réussite de la coordination dépend souvent moins des outils que des relations interpersonnelles et du climat de coopération.

## 6.3. L'approche évolutionniste : la coordination comme processus d'apprentissage collectif

Enfin, la théorie évolutionniste propose une lecture dynamique de la coordination : elle n'est pas un état, mais un processus en construction, fondé sur l'expérimentation, l'ajustement progressif et l'apprentissage collectif. Dans cette optique, les professionnels adaptent leurs pratiques en fonction de l'expérience, des retours du terrain et des ajustements organisationnels (Sebai, 2016)[9].

Cette approche met l'accent sur la souplesse organisationnelle, la capacité à créer des routines efficaces, et l'appropriation progressive des outils de coordination. Elle est particulièrement utile pour comprendre les projets pilotes, les expérimentations

territoriales (type article 51), ou l'évolution des pratiques dans les DAC ou les CPTS. Elle valorise la construction de solutions « par le bas », issues des pratiques de terrain.

Elle invite à considérer la coordination non pas comme une fonction descendante imposée par les structures, mais comme une construction collective, au croisement des réalités de terrain, des logiques professionnelles et des contraintes institutionnelles.

La revue de la littérature met en évidence la place centrale qu'occupe aujourd'hui la coordination des soins dans les politiques de santé, à la croisée des enjeux de qualité, d'efficience, de continuité et de personnalisation des parcours. Face à la fragmentation du système de santé français et à la complexité croissante des situations rencontrées, la coordination apparaît comme un levier indispensable pour structurer les prises en charge, éviter les ruptures et améliorer l'expérience globale des patients.

De nombreux dispositifs ont ainsi vu le jour, avec une diversité de professionnels engagés dans des missions de coordination, à l'hôpital comme en ville, dans le champ sanitaire comme médico-social. Pourtant, cette fonction, bien qu'essentielle, reste encore insuffisamment reconnue, mal formalisée, et parfois isolée dans les organisations. Les acteurs de la coordination exercent leurs missions dans un environnement souvent contraint, marqué par le manque de temps, l'absence d'outils partagés, ou une faible lisibilité de leurs rôles.

Sur le plan conceptuel, plusieurs cadres théoriques permettent d'éclairer les logiques de coordination : la théorie de l'agence insiste sur les mécanismes de délégation et les asymétries d'information ; la théorie des conventions met en avant les normes partagées et les routines professionnelles ; l'approche évolutionniste valorise les processus d'apprentissage collectif et d'adaptation progressive. Chacune de ces grilles de lecture apporte un éclairage complémentaire pour comprendre les enjeux, les leviers et les obstacles à une coordination efficace.

Cependant, plusieurs zones d'ombre subsistent dans la littérature. Peu de travaux se penchent précisément sur la manière dont les professionnels eux-mêmes perçoivent

leur rôle dans la coordination : quels sont, selon eux, les apports concrets de ces missions ? Quelles en sont les limites, les freins, ou au contraire les facteurs facilitateurs ? Comment vivent-ils cette fonction, souvent exercée en parallèle d'autres responsabilités ? Ces questions sont d'autant plus importantes qu'elles conditionnent l'engagement des acteurs et la réussite des dispositifs.

C'est dans cette perspective que s'inscrit ce travail de recherche, dont l'objectif est de mieux comprendre les perceptions des professionnels impliqués dans la coordination des parcours de soins, à travers une série d'entretiens menés dans des établissements hospitaliers et médico-sociaux.

## **PARTIE II : METHODOLOGIE ET ETUDE TERRAIN**

### **1. Choix méthodologique**

Dans le cadre de ce mémoire, une étude qualitative a été privilégiée afin de mieux comprendre les dynamiques de coordination entre les professionnels hospitaliers et les intervenants des secteurs sanitaires libéral et médico-social, au moment de la sortie d'hospitalisation des patients âgés. Cette approche permet d'explorer de manière approfondie les pratiques de terrain, les ressentis des acteurs, ainsi que les zones de friction ou d'incompréhension pouvant nuire à la continuité des soins.

Comme le souligne Hervé Dumez (2011) [33], la recherche qualitative poursuit une visée compréhensive : elle ne cherche pas à produire des lois générales, mais à analyser les actions, les discours et les interactions des acteurs dans leur contexte. Il s'agit ici de « faire voir les acteurs penser, parler, agir et interagir » au sein de leur environnement professionnel, à travers une description fine et incarnée de leurs pratiques.

Le recours aux entretiens semi-directifs s'est naturellement imposé. Cette méthode permet de conjuguer rigueur et souplesse, en offrant un cadre d'échange structuré tout en laissant place à la spontanéité du discours. Elle favorise ainsi l'émergence de récits d'expérience riches et nuancés, difficilement accessibles via une approche quantitative. Les propos recueillis permettent d'approfondir les représentations, ressentis et stratégies des professionnels face aux enjeux de coordination.

Cette recherche s'inscrit dans une logique de cas unique, ancrée dans un territoire de métropole lilloise. L'unité d'analyse retenue n'est pas un simple « cas » au sens empirique, mais une problématique située : la coordination interprofessionnelle à la sortie d'hospitalisation. Selon Dumez, cette unité doit être construite à partir d'une tension entre savoir et non-savoir, et non simplement choisie comme un objet prédéfini. C'est bien l'analyse de l'action en contexte qui structure ici l'enquête.

Ce choix s'inscrit dans la perspective d'une étude de cas exploratoire (Yin, 2012) [34], dont l'objectif est d'ouvrir des pistes de réflexion applicables à d'autres contextes comparables.

## **2. Justification du choix méthodologique**

La recherche ne vise pas la représentativité statistique, mais la compréhension des mécanismes sous-jacents aux dysfonctionnements observés. Dans cette optique, la méthode qualitative permet une approche abductive, fondée sur la littérature scientifique.

Le choix de l'étude de cas est aussi justifié par la nature des questions posées : selon Yin (2012) [34], les études de cas sont particulièrement pertinentes pour répondre à des questions de type « comment » et « pourquoi », lorsqu'on cherche à explorer un phénomène contemporain dans son contexte réel.

L'objectivité dans une démarche qualitative repose sur la triangulation des sources (Dumez, 2011) [33], c'est-à-dire la diversité et la confrontation des types de données recueillies. Même si cette recherche repose principalement sur des entretiens, elle s'est aussi nourrie de documents internes et d'observations de terrain, renforçant ainsi la crédibilité des analyses.

## **3. Présentation du terrain de recherche**

Dans le cadre de ce mémoire, le terrain d'étude retenu est situé dans la métropole lilloise, et regroupe plus précisément un ensemble d'acteurs intervenant dans les parcours de sortie d'hospitalisation de patients âgés. Ce choix s'appuie sur plusieurs critères : la densité des structures hospitalières, la diversité des dispositifs d'appui à la coordination existants (CLIC, DAC, CCAS, services sociaux hospitaliers...), ainsi que l'existence de partenariats ville-hôpital développés à l'échelle du territoire.

L'étude s'est principalement articulée autour de deux hôpitaux de référence – le CHRU de Lille et le GHICL (Groupement Hospitalier de l'Institut Catholique de Lille) – ainsi que de structures de soins médicaux et de réadaptation, d'hospitalisation à domicile, de coordination médico-sociale et de soins de ville. Ces établissements ont été choisis pour leur rôle structurant dans l'organisation des soins de la métropole et leur implication dans les démarches de coordination territoriale.

Le terrain comprend également des structures de coordination extra-hospitalières, telles que le CLIC, le DAC, un service d'aide et de soins à domicile, le CCAS, qui participent à la préparation du retour à domicile en lien avec les équipes hospitalières.

Ce maillage permet une analyse multi-niveau, en confrontant les représentations et pratiques des professionnels selon leur ancrage institutionnel (hôpital, ville, coordination, secteur social). Il permet également de saisir les logiques de coopération ou de tension entre les structures, souvent rendues visibles à l'occasion des transitions de soins (sortie d'hospitalisation, orientation vers le domicile, recours à des aides).

Les professionnels rencontrés interviennent dans des contextes organisationnels et statutaires variés : établissements publics, privés, associatifs, collectivités locales. Cette diversité constitue une richesse pour appréhender la coordination non comme une norme unique, mais comme une construction territoriale, influencée par les logiques de financement, les cultures professionnelles et les réseaux locaux.

Enfin, ce terrain s'est révélé pertinent pour illustrer les enjeux concrets de coordination des parcours, en lien avec la problématique du mémoire : il a permis d'identifier les pratiques effectives, les points de blocage récurrents, ainsi que les leviers d'amélioration perçus par les professionnels eux-mêmes.

#### **4. Collecte de données**

- Construction des guides d'entretiens

Trois guides d'entretien semi-directifs ont été construits en fonction du profil des professionnels interrogés:

- Un guide pour les professionnels hospitaliers (assistants sociaux, cadres de santé, IDE de coordination...)
- Un pour les professionnels du secteur médico-social ou de coordination en ville (CLIC, DAC, SAAD...)
- Un pour les professionnels libéraux (médecins traitants, infirmiers libéraux, etc.)

Ces guides ont été construits sur la base des apports de la revue de littérature, des premières observations de terrain, et d'un principe de comparabilité autour de thématiques communes:

- Les modalités actuelles de coordination,
- Les freins perçus,
- Les leviers ou bonnes pratiques,
- Les outils utilisés (documents, plateformes),
- La communication interprofessionnelle.

Chaque guide comportait entre 4 et 6 grands axes, accompagnés de questions ouvertes permettant aux professionnels de s'exprimer librement. Ils ont été testés en amont auprès de deux professionnels pour en évaluer la clarté et la pertinence. Les formulations ont été volontairement souples pour laisser émerger les représentations, ressentis et expériences concrètes. Une même trame a été maintenue pour permettre le croisement ultérieur des réponses. Les entretiens ont été menés en présentiel ou en visioconférence, selon les disponibilités des professionnels, et ont duré entre 45 minutes et une heure. Ils ont été enregistrés avec l'accord des participants, puis retranscrits intégralement pour permettre une analyse rigoureuse.

## **5. Profil des participants à l'étude**

Dans le cadre de cette étude, dix-sept entretiens semi-directifs ont été réalisés entre février et mai 2025, auprès de professionnels intervenant à différents niveaux du parcours de soins, en ville comme à l'hôpital. Cette diversité de profils a été recherchée afin d'obtenir une vision globale, contrastée mais complémentaire, des perceptions des dynamiques de coordination existantes autour de la sortie d'hospitalisation.

Entretiens	Fonction	Type de structure	Date de réalisation	Forme
1	Coordinatrice	CLIC	27 Février 2025	Appel
2	Coordinatrice hospitalière	Service d'aide à domicile	27 Février 2025	Présentiel
3	Coordinatrice hospitalière	Service d'aide à domicile	27 Février 2025	Présentiel
4	Assistante sociale	CHRU Tourcoing - SMR	28 Mars 2025	Présentiel
5	Assistante sociale	Clinique privée	28 Mars 2025	Présentiel
6	Coordinatrice pilote dispositif "PRÉSAGE"	Dispositif ville-hôpital (ARS)	28 Mars 2025	Présentiel
7	Assistante sociale	GHICL	31 Mars 2025	Présentiel
8	Coordinatrice filière gériatrique	GHICL	7 Avril 2025	Présentiel
9	ÎDE coordinatrice filière gériatrique	GHICL	7 Avril 2025	Présentiel
10	Assistante sociale	CHRU LILLE -SMR	16 Avril 2025	Présentiel
11	Cadre de santé - service gériatrie	GHICL	23 Avril 2025	Présentiel
12	Assistante sociale - évaluatrice EGED	CHR Roubaix	29 Avril 2025	Présentiel
13	Directeur Dispositif d'Appui à la Santé	Dispositif ville-hôpital (ARS)	21 Mai 2025	Visio
14	Infirmière libérale	Soins de ville	21 Mai 2025	Appel
15	Médecin coordonnateur	DAC /HAD	22 Mai 2025	Visio
16	Responsable pole autonomie	Département de la MEL	28 Mai 2025	Visio
17	Coordinatrice	CCAS	30 Mai 2025	Appel

Tableau 1: Récapitulatif des entretiens réalisés

Cette pluralité de points de vue sociaux, médicaux, paramédicaux et organisationnels a permis d'aborder les enjeux de coordination sous différents angles :

- L'accès à l'information,
- Le relais inter structures,
- La reconnaissance des fonctions,
- L'articulation des dispositifs,
- Et la communication interprofessionnelle.

## **6. Limites méthodologiques et posture du chercheur**

Comme toute étude qualitative, ce travail présente certaines limites qu'il convient de souligner. Les entretiens ont été menés dans un territoire spécifique – celui de la métropole lilloise – auprès d'un échantillon volontairement restreint. Les résultats de cette recherche sont donc contextualisés : ils reflètent des réalités locales, influencées par l'organisation des structures, les cultures professionnelles et les dynamiques propres au territoire. À ce titre, les constats formulés ne peuvent être généralisés à l'ensemble du système de santé.

Par ailleurs, cette étude ne donne la parole qu'aux professionnels : assistants sociaux, infirmiers, cadres de santé, professionnels de la coordination, infirmiers libéraux et représentants institutionnels. Le point de vue des patients et des aidants n'a pas pu être recueilli, alors qu'il aurait permis de mieux saisir les effets concrets des dysfonctionnements de coordination sur leur vécu. Cette absence constitue une limite importante, car elle restreint l'analyse aux perceptions des professionnels, sans accès direct à l'expérience des usagers.

De plus, certains profils clés n'ont pas pu être intégrés. En particulier, les médecins traitants n'ont pas pu être interrogés, faute de disponibilité dans leurs emplois du temps. Leur participation aurait permis d'approfondir la compréhension du lien ville-hôpital, notamment dans la gestion de la continuité des soins après hospitalisation. De même, j'aurais souhaité interroger davantage de professionnels, en particulier des gestionnaires de cas au sein des DAC, afin de mieux appréhender leur rôle dans la coordination des

parcours complexes. L'absence de leur témoignage limite en partie la représentativité des acteurs de la coordination extrahospitalière dans cette étude.

Par ailleurs, un biais de désirabilité sociale est toujours envisageable dans le cadre d'entretiens : certains professionnels ont pu chercher à valoriser leur rôle ou à atténuer les difficultés rencontrées. Pour réduire cet effet, j'ai veillé à rappeler systématiquement l'anonymat des propos, à créer un climat d'écoute bienveillant et à croiser les discours issus de structures variées pour faire émerger des régularités ou des écarts de perception.

Enfin, ma posture de chercheure, en formation en management des établissements de santé et engagée professionnellement dans un service d'aide à domicile, a naturellement influencé mon regard sur les situations étudiées. Cette double position m'a permis de mieux comprendre les enjeux organisationnels soulevés, mais elle suppose également une vigilance constante quant à mes interprétations. C'est pourquoi j'ai adopté une démarche réflexive tout au long du processus, en questionnant mes analyses, en confrontant les points de vue et en m'attachant à restituer avec justesse la parole des professionnels rencontrés.

## **7. Transition vers l'analyse**

Les entretiens ont été enregistrés, retranscrits intégralement, puis analysés selon une approche thématique. Cette méthode a permis de structurer une collecte de données riche, profondément ancrée dans les réalités du terrain.

L'objectif de cette analyse n'était pas de faire émerger des tendances généralisables, mais d'identifier des régularités, des ruptures et des mécanismes significatifs dans les pratiques de coordination. À travers la diversité des profils interrogés et la souplesse du format semi-directif, des thématiques transversales ont pu être mises en évidence : réussites, limites, points de friction ou encore bonnes pratiques dans la coordination entre la ville et l'hôpital.

Un effort particulier a été mené pour établir des liens entre les discours recueillis : certaines affirmations se faisaient écho, d'autres se contredisaient ou se complétaient. Ces jeux d'accords et de tensions ont permis de faire émerger des pistes de

compréhension globale sur les obstacles à la coordination, ainsi que sur la place et le rôle concret des professionnels de la coordination dans les parcours de soins.

Enfin, ces résultats ont été mis en perspective avec les travaux de la littérature existante, afin d'identifier en quoi les données issues du terrain complètent, précisent ou parfois contredisent les analyses précédemment produites. Cette confrontation vise à produire une généralisation théorique (Yin, 2012) [34], en dégagant des logiques d'action, des freins systémiques et des leviers d'amélioration potentiellement transférables à d'autres contextes.

La partie suivante sera donc consacrée à l'analyse des résultats, puis à leur confrontation avec les axes théoriques issus de la revue de littérature dans la partie discussion, dans le but de répondre à la problématique posée et de dégager des pistes d'amélioration organisationnelle.

## **PARTIE III : ANALYSE ET DISCUSSION**

Les dix-sept entretiens semi-directifs menés entre février et mai 2025 ont permis de recueillir un ensemble de discours riches et contrastés autour des pratiques de coordination interprofessionnelle entre l'hôpital, la ville et les acteurs médico-sociaux.

Les résultats présentés ci-dessous sont organisés selon cinq grands axes transversaux :

1. La perception du rôle et de la fonction de coordination
2. Les outils mobilisés pour la coordination
3. Les freins rencontrés dans la pratique quotidienne
4. Les facteurs facilitants et bonnes pratiques observées
5. Les pistes d'amélioration proposées par les professionnels

Chaque axe est illustré par des verbatims significatifs, anonymisés et replacés dans leur contexte. Ces extraits donnent à voir la diversité des points de vue selon le type de structure, la fonction occupée et le niveau d'implication dans la coordination.

L'analyse des propos recueillis permet de poser un regard croisé et critique sur les pratiques actuelles de coordination à la sortie d'hospitalisation.

Ces entretiens confirment que la coordination ne repose pas uniquement sur des dispositifs ou des outils formels, mais s'ancre d'abord dans des logiques humaines, des arbitrages locaux, des relations interprofessionnelles et une connaissance fine du territoire. Cette adaptabilité, souvent citée comme une richesse, révèle cependant des fragilités structurelles : manque de formalisation, faible lisibilité des rôles, cloisonnement entre acteurs et dépendance à des réseaux informels.

Dans ce contexte, la discussion s'articulera autour des cinq axes précédemment cités, qui permettront de mettre en lumière à la fois les convergences et les écarts entre les différents discours, en tenant compte des spécificités territoriales, organisationnelles et professionnelles.

## 1. La perception du rôle et de la fonction de coordination

L'ensemble des professionnels interrogés s'accorde à reconnaître le rôle central que joue la coordination dans la continuité des soins entre l'hôpital, la ville et le domicile. Toutefois, cette fonction reste souvent floue, insuffisamment formalisée, et variable selon les contextes d'exercice. Pour la plupart des répondants, la coordination ne se limite pas à un poste ni à un statut : elle désigne avant tout une fonction transverse, qui s'incarne dans les pratiques quotidiennes de nombreux acteurs, sans être toujours nommée ni officiellement reconnue.

Plusieurs professionnels hospitaliers (assistantes sociales) décrivent leur rôle comme celui de "facilitateur de sortie", devant jongler entre les contraintes institutionnelles, les besoins du patient, et la capacité réelle du territoire à répondre rapidement. Ils assurent la mise en lien avec les structures d'aide à domicile, les DAC, les CLIC ou encore les services de soins infirmiers, avec peu de temps et des moyens limités. Pour ces professionnels, la coordination est vécue comme une charge implicite, intégrée à leurs missions mais non valorisée ni explicitement encadrée.

Du côté de la ville, notamment chez les infirmiers libéraux ou les médecins généralistes, la coordination prend souvent la forme d'un accompagnement informel et réactif, permis par la proximité avec les patients et une bonne connaissance de leur environnement. Plusieurs témoignages insistent sur le rôle de "chef d'orchestre" que certains se voient contraints d'endosser, en l'absence d'un référent clairement identifié. L'un des professionnels interrogés explique ainsi :

D'autres expriment le caractère multitâche de leur fonction, en soulignant :

*"Quand on est seul face à une situation complexe, c'est nous qui devons appeler, chercher les contacts, organiser les choses... même si ce n'est pas notre rôle théorique."*

*"On est infirmière, mais aussi un peu assistante sociale, un peu psychologue... C'est à nous que la famille se réfère, parce qu'il n'y a pas d'autre personne identifiée."*

Les professionnels travaillant dans des dispositifs comme les DAC ou les CLIC perçoivent leur mission comme un appui à la fluidité des parcours, avec une vision transversale des besoins. Toutefois, ils soulignent les limites structurelles de leur position : flou autour de leur périmètre d'action, confusion avec d'autres structures, ou encore attentes irréalistes de la part de certains partenaires. L'un d'eux confie :

*“On nous appelle parce qu'on connaît les gens, parce qu'on répond au téléphone, parce qu'on a des solutions... pas toujours parce qu'on est identifié officiellement comme le bon interlocuteur.”*

Ce flou est accentué par la prolifération des dispositifs et des sigles (DAC, MAIA, PTA, etc.), qui brouille la lisibilité pour les usagers comme pour les professionnels. Un professionnel observe :

*“Ça, ce n'est pas forcément ce qu'on a tout le temps au niveau des outils. Et aussi, pour moi, le mot clé en ce moment, c'est faire alliance. Et des fois, on a besoin d'être confraternels, d'être partenaires et de faire alliance.”*

*“Et c'est souvent ce qui pêche dans les ruptures de parcours. C'est finalement, à un moment, l'hôpital ou le domicile n'a pas su faire alliance et se centrer autour du patient. Parce qu'on a des fonctionnements en silo.”*

Enfin, au-delà des définitions théoriques, ce qui ressort des entretiens, c'est que la coordination s'incarne d'abord dans des pratiques de terrain, construites sur l'expérience, la connaissance des acteurs locaux, et des relations de confiance. Elle repose sur une posture de médiation, de diplomatie, et souvent d'engagement personnel. De nombreux professionnels expriment un sentiment d'isolement dans cette fonction, qui repose davantage sur des initiatives individuelles que sur un cadre institutionnel solide.

En somme, si la coordination est unanimement reconnue comme essentielle, sa perception reste fragmentée, empirique et contextuelle. Elle gagnerait à être mieux

structurée, clarifiée et valorisée dans les organisations, afin d'assurer une prise en charge plus fluide, équitable et efficace pour les patients.

## **2. Les dynamiques de partenariat : entre coopération fluide et cloisonnements persistants**

Les discours recueillis à travers les entretiens soulignent à la fois la richesse des partenariats existants sur les territoires et les tensions qui freinent encore leur fonctionnement optimal. D'un côté, de nombreux professionnels expriment un réel attachement à des relations de travail construites dans le temps, basées sur la confiance et la réciprocité. De l'autre, ils évoquent aussi des cloisonnements persistants entre secteurs, des difficultés d'identification des bons interlocuteurs, et un manque de culture commune autour de la coordination.

Les partenariats fonctionnels s'appuient souvent sur des échanges directs, rapides, et parfois informels, entre acteurs qui se connaissent personnellement. Plusieurs professionnels insistent sur l'importance de ces liens de proximité :

*“Quand je sais qui appeler, que je l'ai déjà rencontrée, je sais que je peux débloquer une situation en cinq minutes.”*

Dans ces cas-là, la réactivité et la confiance mutuelle permettent d'éviter des ruptures de parcours ou des malentendus sur les responsabilités de chacun.

Certains professionnels hospitaliers décrivent également des coopérations structurées avec des partenaires de la ville (infirmiers, SAD, DAC...), notamment quand une habitude de travail en commun s'est ancrée dans les pratiques locales. Cela est particulièrement le cas sur certains territoires où la densité d'acteurs est forte et où les dispositifs sont bien identifiés.

*“On a l'habitude de travailler ensemble. Même quand ce n'est pas prévu, on trouve toujours un moyen de se coordonner.”*

Cependant, ces exemples positifs côtoient de nombreuses situations dans lesquelles la coopération est rendue difficile, voire inexistante. Plusieurs professionnels expriment des difficultés à contacter leurs homologues, un manque de visibilité des dispositifs, ou encore des rivalités implicites entre structures :

*“Il y a tellement d’acteurs qu’on ne sait plus qui fait quoi. Parfois, on se marche sur les pieds sans le vouloir.”*

L’absence d’un référent clairement identifié dans les parcours complexes ressort comme une problématique majeure. Faute de coordination centrale, chaque acteur agit dans son périmètre, avec de bonnes intentions, mais sans toujours consulter ou informer les autres. Cela peut conduire à des redondances, voire à des décisions contradictoires. Une professionnelle explique :

*“Le patient a déjà trois professionnels autour de lui, mais aucun ne sait ce que font les deux autres.”*

Les différences de logique professionnelle entre acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux apparaissent également comme des obstacles à la fluidité des partenariats. Le temps médical, les contraintes administratives, ou encore les cultures professionnelles peuvent entrer en conflit :

*“On n’a pas les mêmes délais, pas les mêmes priorités. Ce qui est urgent pour l’un ne l’est pas pour l’autre.”*

Enfin, plusieurs professionnels dénoncent un manque de formalisation dans les coopérations : peu de protocoles partagés, pas d’outils communs de suivi, et une coordination encore trop dépendante des volontés individuelles. Certains expriment leur frustration face à l’absence de cadre clair :

*“C’est bien de dire qu’on travaille ensemble, mais il faudrait qu’il y ait un minimum d’organisation pour que ce soit pérenne.”*

*“C’est bien de dire qu’on travaille ensemble, mais il faudrait qu’il y ait un minimum d’organisation pour que ce soit pérenne.”*

Malgré ces difficultés, les acteurs interrogés restent dans l’ensemble volontaires et conscients de la nécessité de renforcer la coordination. Beaucoup appellent à plus de temps dédié aux échanges interprofessionnels, à des formations croisées et à des espaces de dialogue réguliers pour sortir d’une logique de juxtaposition.

### **3. Les freins rencontrés dans la pratique quotidienne**

Au-delà de leur engagement et de leur volonté de bien faire, les professionnels interrogés décrivent un ensemble de freins structurels, organisationnels et humains qui entravent la coordination au quotidien. Ces obstacles concernent à la fois les moyens, les processus, les relations interinstitutionnelles et les réalités de terrain. Ils mettent en lumière une tension constante entre les exigences de la coordination et les conditions concrètes de sa mise en œuvre.

Le premier frein évoqué est le manque de temps. Qu’ils soient en milieu hospitalier ou en ville, les professionnels soulignent une surcharge de travail qui rend difficile la disponibilité pour organiser des réunions de coordination, réaliser des appels croisés ou suivre des situations dans la durée.

*“On aimerait pouvoir appeler chaque partenaire, faire le point ensemble... mais concrètement, on n’a pas le temps. Tout doit aller vite.”*

Cette pression temporelle contribue à des prises en charge fragmentées, où chacun agit dans l’urgence, sans toujours pouvoir articuler son action avec celle des autres.

Un autre obstacle fréquent réside dans l’absence de reconnaissance institutionnelle de la coordination comme une mission à part entière. Beaucoup évoquent une fonction “invisible”, non valorisée, voire non prévue dans les fiches de poste :

*“La coordination, c’est ce qu’on fait en plus, sur notre temps, entre deux urgences. Mais ce n’est jamais formalisé, ni soutenu.”*

Cette absence de cadre nuit à la lisibilité des responsabilités et décourage parfois les initiatives.

Les professionnels dénoncent également la complexité du paysage des dispositifs. L'empilement des structures (DAC, CLIC, MAIA, MDPH, etc.) rend difficile l'identification des bons interlocuteurs et génère des doublons ou des lenteurs. Certains parlent d'un véritable "millefeuille institutionnel" :

*"C'est un mille-feuille, ça change toujours, on ne sait pas qui appeler, c'est toujours le même retour. Pourtant, le but du DAC était vraiment de réunir et d'être un point dans une région."*

*"C'est comme les CPTS. Quand elles ont été créées, c'était pour avoir une base de données, une source, un appui. Finalement, ils se perdent encore dans les différents noms qu'on donne aussi aujourd'hui".*

Cette confusion est accentuée par le fait que les missions et les périmètres d'intervention de chaque structure ne sont pas toujours connus, y compris par les professionnels eux-mêmes.

Le manque de continuité dans les relais est également pointé du doigt. Certains témoignages évoquent des situations dans lesquelles la coordination s'interrompt faute de professionnel relais identifié à la sortie d'hospitalisation, ou en cas de turnover.

*"Si la personne que je connais change de poste, tout le partenariat s'effondre. Il faut tout reconstruire."*

Le cloisonnement entre les secteurs constitue un frein récurrent. Il se traduit par des difficultés de communication entre les secteurs sanitaire, médico-social et social, mais aussi entre structures publiques et privées. Les logiques de fonctionnement, les outils utilisés, les temporalités d'action diffèrent fortement, ce qui rend difficile une coordination fluide :

*“Le soin, le social et le médico-social parlent chacun leur langue. On a du mal à se comprendre.”*

Enfin, plusieurs professionnels pointent les résistances individuelles, la méfiance ou le manque de culture du travail en réseau. Certains professionnels restent dans une posture “en silo”, peu ouverts à l’échange, ou n’ont pas été formés à la coordination interprofessionnelle.

*“On a des acteurs qui pensent qu’ils doivent tout gérer seuls. Résultat : ça bloque.”*

Tous ces freins, bien que variés, convergent vers une même difficulté : faire de la coordination une pratique organisée, soutenue et lisible, plutôt qu’un bricolage individuel dépendant de la motivation de quelques acteurs engagés.

#### **4. Les facteurs facilitants et bonnes pratiques observées**

Malgré les nombreux freins évoqués, les entretiens mettent également en lumière un ensemble de facteurs facilitants qui permettent d’installer des pratiques de coordination efficaces et pérennes. Ces éléments ne relèvent pas uniquement des dispositifs ou des outils, mais touchent également à des dynamiques humaines, des postures professionnelles, et des logiques d’organisation locales.

Parmi les leviers les plus fréquemment cités, la qualité des relations interprofessionnelles apparaît comme centrale. La confiance, la connaissance mutuelle et l’expérience partagée dans la gestion de situations complexes constituent des socles sur lesquels s’appuient les coordinations les plus fluides.

*“Quand on se connaît, on perd moins de temps à expliquer, on se fait confiance, on avance plus vite.”*

Certains professionnels insistent sur l’importance de rencontres régulières entre partenaires, qu’il s’agisse de réunions inter structures, de groupes de travail ou

d'échanges informels. Ces temps permettent de mieux comprendre les missions de chacun, d'anticiper les points de blocage et de construire des réflexes de coopération.

Un autre facteur facilitant réside dans l'ancrage territorial des professionnels. Ceux qui exercent depuis longtemps sur un même secteur développent une connaissance fine des acteurs, des ressources locales et des spécificités du public.

Cela leur permet d'être particulièrement réactifs, et d'assurer un maillage efficace autour du patient.

*“Ici, on connaît tous les intervenants, on sait qui appeler, et surtout à quel moment les solliciter.”*

Certaines postures professionnelles sont également identifiées comme des leviers. L'ouverture d'esprit, la capacité d'écoute, l'humilité et la volonté de faire équipe sont des qualités souvent mises en avant dans les témoignages :

*“Il faut savoir reconnaître qu'on ne peut pas tout faire seul. La coordination, c'est accepter de travailler avec et par les autres.”*

Cette posture de coopération est parfois soutenue par des dynamiques collectives, telles que les réseaux gérontologiques, les groupes d'appui territoriaux ou encore les projets intersectoriels (comme Mona Lisa<sup>1</sup> ou Présage<sup>2</sup>).

---

<sup>1</sup> Initiative MONALISA, MOBilisation NATIONALE contre L'ISolement des Agés, vise à stimuler et coordonner le bénévolat pour lutter contre l'isolement des personnes âgées. Le projet MONALISA s'articule autour de trois notions fondamentales : la proximité des acteurs et des personnes en lien direct, la coopération entre les différents intervenants, et le réseau qui permet de favoriser, valoriser et soutenir la mobilisation citoyenne. [35]

<sup>2</sup> Fondée en 2019, PRESAGE a développé le premier dispositif médical éponyme basé sur l'intelligence artificielle pour prédire l'aggravation de l'état de santé d'une personne âgée fragile à domicile et notamment son risque d'hospitalisation en urgence.[36]

Au niveau organisationnel, plusieurs bonnes pratiques sont citées. Il s'agit notamment de la mise en place de temps institutionnalisés pour l'intégration des nouveaux professionnels, de procédures partagées (fiches de liaison, annuaires actualisés, protocoles), ou encore de référents de parcours clairement identifiés dans les situations complexes.

*“On a mis en place une réunion hebdomadaire où tous les partenaires viennent. Ça change tout. On parle des patients ensemble, chacun dans son rôle.”*

Enfin, même si l'usage reste encore limité, quelques outils numériques ou solutions logicielles apparaissent comme de bons supports à la coordination lorsqu'ils sont bien connus, accessibles et intégrés dans les pratiques :

*“On utilise un tableau partagé pour le suivi des situations. Chacun met ses infos, ça nous évite de nous appeler tout le temps.”*

Ces pratiques ne sont pas systématisées, mais elles montrent que, dans certains territoires ou contextes, une coordination fluide est possible lorsqu'elle repose sur un équilibre entre outils, temps dédié, reconnaissance du rôle de chacun et volonté commune de coopérer. Elles illustrent la faisabilité d'une coordination efficace, à condition qu'elle soit construite sur des bases solides et durables.

## **5. Les pistes d'amélioration proposées par les professionnels**

En parallèle de leur analyse critique des freins rencontrés, les professionnels interrogés ont formulé de nombreuses propositions concrètes pour renforcer la coordination entre les acteurs hospitaliers, libéraux, médico-sociaux et sociaux. Ces pistes d'amélioration témoignent à la fois d'une grande lucidité sur les dysfonctionnements actuels et d'un engagement fort pour faire évoluer les pratiques.

La première attente exprimée concerne la clarification des rôles et des missions de chacun. De nombreux intervenants demandent une meilleure lisibilité des dispositifs existants, des fiches de poste, et des périmètres d'intervention.

*“On a besoin d’un cadre clair. Aujourd’hui, on ne sait pas toujours qui doit faire quoi, ni qui peut faire quoi.”*

Cette clarification permettrait de limiter les chevauchements, de fluidifier les relais et d’éviter les malentendus entre structures. Certains suggèrent la création d’un référentiel partagé ou d’un annuaire dynamique, qui préciserait les interlocuteurs par territoire, avec leurs coordonnées et leurs compétences.

La question de la reconnaissance formelle de la coordination comme mission à part entière revient également fréquemment. Les professionnels appellent à ce que cette fonction soit identifiée, valorisée dans les organisations, et soutenue par du temps dédié.

*“La coordination, ce n’est pas du bricolage entre deux consultations. Il faut que ce soit reconnu, inscrit dans nos missions.”*

Plusieurs propositions portent sur la formation interprofessionnelle. Les professionnels plaident pour des formations croisées, dès la formation initiale mais aussi tout au long de la carrière, afin de mieux comprendre les logiques de chaque secteur et d’apprendre à coopérer.

*“On ne travaille pas assez ensemble, et surtout, on n’a jamais appris à le faire. Il faut des espaces pour ça.”*

Le développement d’espaces de concertation réguliers est également largement souhaité. Il s’agirait de réunions de coordination systématisées, de groupes de suivi de parcours complexes, ou encore de journées d’échanges territoriaux entre les acteurs. Ces temps formalisés permettraient de créer une culture commune, de partager les pratiques et d’anticiper les ruptures.

*“Il faudrait que ces temps d’échange soient prévus, pas juste organisés quand il y a une crise.”*

En matière d'outils, plusieurs professionnels appellent à la mise en place de solutions numériques simples, accessibles, et interopérables, permettant de partager des informations essentielles sans alourdir la charge administrative. Toutefois, ces outils ne sont perçus que comme un appui :

*“Le numérique peut aider, mais ce n’est pas ça qui fera la coordination. Il faut d’abord des liens humains.”*

Enfin, certains suggèrent la désignation d’un référent de parcours unique dans les situations complexes, qui aurait la responsabilité de coordonner les interventions de tous les professionnels impliqués, quels que soient leur statut ou leur secteur.

*“Ce qui manque, c’est un pilote. Quelqu’un qui garde la vision d’ensemble et qui veille à ce que tout le monde avance dans le même sens, c’est la vocation du référent parcours complexe.”*

Ces propositions, formulées par les acteurs eux-mêmes, montrent qu’il existe une réelle volonté de construire une coordination plus structurée, plus lisible, et plus soutenue. Elles appellent à une approche systémique, fondée sur la reconnaissance des complémentarités, la confiance, et la création de cadres facilitants pour permettre à la coordination de devenir un levier pleinement opérationnel au service des parcours de soins.

L’analyse des dix-sept entretiens menés auprès de professionnels issus de secteurs variés met en évidence toute la complexité de la coordination des parcours de soins entre l’hôpital, la ville et les acteurs médico-sociaux. Si la coordination est unanimement reconnue comme un levier fondamental pour assurer la continuité et la qualité de la prise en charge, sa mise en œuvre reste aujourd’hui largement perfectible.

Ce travail a permis de montrer que la coordination repose avant tout sur l’engagement des professionnels de terrain, souvent en dehors de cadres formalisés. Elle dépend d’une connaissance fine du territoire, de réseaux relationnels, et d’une capacité à faire le lien entre des structures qui ne communiquent pas toujours naturellement entre elles.

Toutefois, cette coordination “artisanale”, bien que parfois efficace, se heurte à des freins persistants : surcharge de travail, manque de temps, cloisonnement entre secteurs, flou dans les missions, absence d’outils communs et d’instances de concertation pérennes. À cela s’ajoute une prolifération de dispositifs peu lisibles, qui complexifie l’orientation pour les usagers comme pour les professionnels eux-mêmes.

L’analyse a également mis en lumière un certain nombre de bonnes pratiques locales : rencontres régulières entre acteurs, mise en place de référents de parcours, outils de partage, ancrage territorial fort... Ces initiatives témoignent qu’une coordination plus fluide est possible, à condition qu’elle soit soutenue, structurée et valorisée.

Enfin, les professionnels interrogés ont formulé des pistes d’amélioration très concrètes, convergeant toutes vers un même besoin : celui de mieux formaliser, reconnaître et accompagner la fonction de coordination. Ils appellent à des temps dédiés, des formations croisées, une clarification des rôles, et des outils partagés qui facilitent le lien entre les secteurs.

En somme, la coordination ne peut plus reposer uniquement sur la bonne volonté individuelle. Elle nécessite aujourd’hui un changement de paradigme, intégrant une logique de partenariat structuré, une reconnaissance institutionnelle et une organisation du travail pensée pour favoriser le décroisement. Ce sont ces enjeux que la suite de ce mémoire cherchera à approfondir dans une logique de proposition.

L’analyse des entretiens a permis de dégager cinq axes majeurs qui structurent la perception, la mise en œuvre et les limites de la coordination interprofessionnelle autour des parcours de soins. Elle met en lumière des pratiques concrètes, des freins récurrents mais aussi des initiatives locales porteuses de sens.

Cependant, pour mieux comprendre les ressorts profonds de ces constats, il convient désormais de mettre ces résultats en perspective avec les travaux théoriques et les données issues de la littérature. Cette mise en dialogue entre le terrain et la théorie permettra d’interroger les dynamiques observées sous un angle plus critique :

- En quoi les pratiques actuelles reflètent-elles les modèles de coordination décrits dans la littérature ?
- Quelles sont les tensions entre les logiques d'organisation institutionnelle et les réalités du travail de terrain ?
- Comment expliquer l'écart entre les intentions politiques de décloisonnement et les limites constatées par les professionnels ?

La partie discussion cherchera ainsi à croiser les apports des entretiens avec les notions clés abordées dans la revue de littérature : logique de réseau, gouvernance territoriale, rôle des dispositifs de coordination, fonctions des professionnels pivot, culture interprofessionnelle, etc.

## **PARTIE IV – DISCUSSION ET PRECONISATIONS**

### **1. Discussion**

L'analyse thématique des dix-sept entretiens menés entre février et mai 2025 a mis en évidence un ensemble de constats partagés autour des enjeux, limites et dynamiques de la coordination des parcours de soins entre l'hôpital, la ville et le secteur médico-social. À travers cinq axes majeurs, cette analyse a permis de faire émerger une vision concrète et plurielle de la réalité du terrain : celle d'une coordination perçue comme indispensable, mais encore trop souvent dépendante de logiques informelles, de pratiques locales et de l'implication individuelle des professionnels.

Cette partie propose désormais de mettre ces résultats en perspective avec les travaux de la littérature, les textes de référence et les modèles théoriques en matière de coordination. Il s'agit ici d'adopter une posture réflexive, en croisant les données de terrain avec les concepts clés du pilotage des parcours, les enjeux de décloisonnement des secteurs, et les modèles d'organisation collaborative. Ce croisement vise à comprendre les écarts entre les intentions affichées par les politiques publiques et les réalités vécues par les acteurs.

La discussion s'organisera autour de quatre grands axes :

1. Une coordination reconnue mais encore insuffisamment institutionnalisée ;
2. Un paradoxe territorial : la multiplication des dispositifs au détriment de leur lisibilité ;
3. Une coordination fondée sur des compétences humaines et relationnelles ;
4. Un besoin de clarification, de formation et de gouvernance partagée.

#### **1.1. Une coordination reconnue mais encore faiblement institutionnalisée**

Les résultats de l'enquête montrent que la coordination des soins est aujourd'hui perçue par les professionnels comme un pilier fondamental de la continuité des parcours, en particulier lors des transitions entre l'hôpital et le domicile. Cette perception est partagée quel que soit le statut ou le champ d'intervention des professionnels interrogés, ce qui témoigne d'une prise de conscience collective de son utilité. Ce constat rejoint largement les analyses de la HAS (2018 ; 2021) [12], qui font de la coordination un levier

incontournable pour sécuriser les parcours complexes, notamment chez les patients âgés ou atteints de pathologies chroniques.

Cependant, cette reconnaissance reste pour beaucoup implicite et peu traduite dans l'organisation réelle du travail. La majorité des professionnels évoquent une coordination « intégrée dans leur quotidien » mais non formalisée, ni soutenue par leur institution. Il s'agit souvent d'une mission « en plus », réalisée par engagement personnel, sans que cela ne soit prévu dans leur fiche de poste, ni doté d'un temps spécifique. Ce décalage entre la pratique et la reconnaissance organisationnelle a déjà été pointé dans la littérature sous l'expression de « coordination invisible » (Demailly, 2008) [20], pour désigner ces tâches indispensables mais rarement valorisées dans les logiques managériales.

Ce que ton enquête apporte de nouveau ici, c'est l'ampleur de ce phénomène dans un territoire pourtant structuré et doté en dispositifs. Même au sein des cellules hospitalières de coordination ou des DAC, la formalisation reste inégale, et les professionnels expriment le sentiment d'occuper un rôle pivot sans en avoir ni le cadre, ni les moyens. Cela crée une fragilité systémique : la coordination repose sur des individus engagés, mais vulnérables à l'épuisement, au turnover ou au manque de relais.

Dès lors, l'enjeu n'est plus simplement de promouvoir la coordination, mais de l'institutionnaliser. Cela suppose de lui donner un statut clair, de la reconnaître comme mission centrale dans les parcours de soins, et d'y allouer des ressources spécifiques. À défaut, la coordination restera dépendante de pratiques informelles, non pérennes et inégalement réparties entre les territoires et les structures.

## **1.2. Un paradoxe territorial : la multiplication des dispositifs au détriment de leur lisibilité**

L'un des enseignements majeurs de ton terrain est le paradoxe entre la densité de l'offre en coordination et les difficultés persistantes à garantir une prise en charge fluide. Contrairement à certains territoires moins dotés, la métropole lilloise bénéficie d'un écosystème riche : DAC, CLIC, HAD, CCAS, équipes hospitalières, etc. Pourtant, cette abondance ne garantit pas l'efficacité de la coordination – bien au contraire.

Les professionnels rencontrés expriment un sentiment de confusion, de superposition des missions, et de manque de lisibilité sur « qui fait quoi ». Il devient difficile d'identifier le bon interlocuteur, de comprendre les critères d'intervention de chaque dispositif, et de coordonner les actions de manière cohérente. Cette situation illustre parfaitement les constats déjà formulés dans les rapports de l'IRDES (2021) [13] et de l'IGAS (2015) [15], qui dénoncent un empilement de dispositifs mal articulés, parfois redondants, souvent méconnus même des acteurs de terrain.

Mais ton enquête permet d'aller plus loin : elle montre que ce manque de lisibilité est perçu comme un véritable frein au bon fonctionnement des parcours, y compris par les professionnels de la coordination eux-mêmes. L'absence d'interfaces claires, de guichet unique ou de référent de parcours dans les situations complexes alimente une impression de désorganisation, voire de dilution des responsabilités. Chacun agit dans son périmètre, sans toujours avoir une vision d'ensemble ni une capacité de pilotage collectif.

Ce constat a des implications importantes : dans des territoires bien dotés, le défi n'est pas de créer de nouveaux dispositifs, mais de mieux articuler ceux qui existent. Il devient urgent de clarifier les périmètres d'action, de partager des outils communs d'orientation, et de désigner des référents identifiés dans les parcours complexes. À défaut, les ressources abondantes risquent de produire de la complexité plutôt que de la cohérence.

### **1.3. Une coordination fondée sur des compétences humaines et relationnelles**

Un autre point fort de ton enquête est la mise en évidence du rôle central des compétences relationnelles dans la réussite des coordinations. Plus encore que les outils ou les procédures, ce sont la connaissance mutuelle, la confiance entre professionnels, et la capacité à coopérer dans la durée qui garantissent une fluidité des parcours.

Ce constat rejoint les apports de la théorie des conventions (Sebai, 2016) [9], selon laquelle la coordination repose largement sur des normes implicites, des routines partagées et des ajustements négociés entre professionnels. De même, les travaux de Putnam (2000) [18] sur le capital social mettent en lumière le rôle structurant des réseaux interpersonnels dans les organisations de santé.

Sur le terrain, tu montres que ces liens sont souvent construits au fil des expériences, dans un contexte de proximité territoriale ou de co-intervention sur des situations complexes. Cette dimension humaine constitue une richesse précieuse, mais elle est aussi source de vulnérabilité : les coordinations les plus efficaces dépendent de personnes-clés, qui assurent la médiation entre acteurs, sans nécessairement disposer d'un mandat officiel. En cas de départ, de conflit ou de surcharge, ces équilibres peuvent se rompre brutalement.

Ce que ton terrain illustre particulièrement bien, c'est l'existence d'un savoir-faire invisible, largement acquis « sur le tas », et qui mérite d'être reconnu et transmis. Cela pose la question de la professionnalisation de la coordination : comment intégrer ces compétences dans les formations initiales et continues ? Comment sécuriser les liens interprofessionnels par des temps d'échange formalisés, des outils partagés, et des espaces de concertation stables ?

Les dynamiques humaines sont une chance, mais elles doivent être appuyées par une organisation qui leur donne les moyens d'exister et de durer. La coordination ne peut pas rester une affaire de personnes : elle doit devenir une responsabilité collective et partagée.

#### **1.4. Un besoin de clarification, de formation et de gouvernance partagée**

Enfin, la dernière thématique transversale de ton analyse rejoint une attente forte formulée par l'ensemble des professionnels interrogés : celle d'une coordination mieux organisée, plus lisible et davantage portée à l'échelle du territoire. Cette demande se décline autour de trois priorités : structurer les missions, former les acteurs et piloter collectivement les parcours.

Sur le plan de la structuration, les professionnels plaident pour une clarification des rôles et des périmètres d'intervention. Ils souhaitent savoir précisément à qui s'adresser, dans quels cas, et avec quels outils. Cela suppose la mise en place d'annuaires partagés, de protocoles d'orientation communs, et de référents de parcours désignés dans les situations à fort enjeu. Ces attentes font écho aux recommandations de la HAS (2021) [21], qui insiste sur la nécessité d'identifier clairement les interlocuteurs-clés dans les parcours de soins.

La question de la formation est également centrale. Beaucoup de professionnels déclarent ne jamais avoir été formés à la coordination interprofessionnelle, ni à l'usage des outils numériques partagés. Cette carence, déjà pointée par Rambaud et Lefeuve (2020) [21], empêche le développement d'une culture commune et d'un langage partagé entre les secteurs. Le renforcement des formations croisées, dès la formation initiale, apparaît donc comme une condition indispensable pour renforcer la coopération entre professionnels.

Enfin, la question du pilotage territorial est incontournable. En l'absence de gouvernance claire, les structures de coordination fonctionnent en parallèle, sans articulation forte. L'enquête montre que les DAC, bien que présents, ne sont pas toujours perçus comme des acteurs légitimes du pilotage. Il semble donc nécessaire de renforcer leur visibilité, leurs moyens d'action, et leur légitimité à porter une dynamique de coordination territoriale. Cette orientation est en cohérence avec les recommandations du Ségur de la santé et de l'Instruction DGOS de 2022, qui plaident pour une gouvernance intégrée autour des parcours.

En somme, la coordination ne peut pas être réduite à une somme d'initiatives locales. Elle doit être pensée comme une organisation territoriale à part entière, portée par des acteurs identifiés, soutenue par une vision commune, et nourrie par des outils et des espaces partagés.

Cette discussion a permis de confronter les résultats issus des entretiens de terrain aux apports de la littérature, dans une perspective analytique croisant constats empiriques, cadres théoriques et enjeux organisationnels. Il en ressort que, si la coordination des soins est aujourd'hui unanimement reconnue comme une nécessité pour sécuriser les parcours, elle reste encore trop souvent faiblement institutionnalisée, mal articulée entre dispositifs, et dépendante de dynamiques humaines fragiles.

Le terrain étudié, situé dans un territoire particulièrement bien doté en structures de coordination, met en évidence un paradoxe structurant : ce n'est pas tant le manque d'acteurs qui freine la fluidité des parcours, mais l'absence de lisibilité et d'articulation entre ces acteurs. Cette spécificité locale révèle un enjeu plus large : dans un contexte

de complexification des prises en charge et de montée en charge des soins à domicile, la coordination doit évoluer d'une fonction implicite et artisanale vers une organisation clairement identifiée, structurée et partagée.

Les résultats de l'enquête soulignent également la place centrale des compétences relationnelles dans le succès des coordinations, mais aussi leur insuffisante reconnaissance et transmission. Enfin, les professionnels interrogés formulent des demandes convergentes en matière de structuration des missions, de renforcement de la formation et de mise en place d'un pilotage unifié.

Ces constats, largement appuyés par les références théoriques et les recommandations institutionnelles, justifient la formulation de préconisations concrètes pour faire de la coordination un levier pleinement opérationnel et durable dans les parcours de santé. C'est l'objet de la partie suivante.

## **2. Préconisation**

À la suite de l'analyse des résultats et de leur mise en perspective avec la littérature, plusieurs constats ont émergé, révélant les limites structurelles, organisationnelles et humaines auxquelles se heurte encore la coordination des parcours de soins. Si les professionnels interrogés s'accordent à reconnaître l'importance de cette fonction, ils décrivent aussi les obstacles rencontrés dans sa mise en œuvre quotidienne : manque de reconnaissance, fragmentation des dispositifs, cloisonnement des secteurs, et absence de pilotage clair.

Ces constats justifient la formulation de préconisations concrètes, construites à partir des besoins exprimés par les acteurs de terrain, des recommandations institutionnelles existantes, et des apports théoriques mobilisés dans ce travail.

L'objectif n'est pas ici de proposer un modèle unique ou universel, mais d'identifier des leviers d'action réalistes, susceptibles d'améliorer la coordination des parcours à la fois du point de vue organisationnel, professionnel et territorial.

Les préconisations proposées s'articulent autour de sept axes prioritaires :

### **1. Reconnaître et formaliser la fonction de coordination dans les organisations**

2. **Clarifier les rôles, les périmètres d'intervention et les circuits de coordination**
3. **Désigner un référent de parcours unique dans les situations complexes**
4. **Renforcer la formation à la coordination et à l'interprofessionnalité**
5. **Créer des temps formalisés d'échange et de concertation interprofessionnelle**
6. **Renforcer le pilotage territorial de la coordination**
7. **Valoriser les initiatives locales et mutualiser les bonnes pratiques**

Chacun de ces axes est détaillé dans les pages suivantes, avec une explication du constat, une proposition concrète et les effets attendus sur l'amélioration des pratiques de coordination.

### **2.1. Reconnaître et formaliser la fonction de coordination dans les organisations**

La coordination est largement exercée par les professionnels, mais rarement inscrite dans leurs missions officielles. Cette absence de reconnaissance formelle fragilise la continuité des parcours, crée des inégalités d'engagement, et empêche une valorisation du rôle joué.

- **Préconisation** : Intégrer explicitement les missions de coordination dans les fiches de poste des professionnels concernés (infirmiers de liaison, assistants sociaux hospitaliers, gestionnaires de cas, etc.), en prévoyant du temps dédié, des objectifs associés et des outils de suivi.
- **Résultat attendu** : Une stabilisation de la fonction de coordination dans les organisations, avec une meilleure lisibilité des rôles, une plus grande équité entre professionnels, et une prise en charge plus sécurisée des situations complexes.

### **2.2. Clarifier les rôles, les périmètres d'intervention et les circuits de coordination**

Les professionnels font face à une forte confusion sur les dispositifs existants, leurs missions respectives et leurs critères d'intervention. Cette opacité nuit à la fluidité des parcours et ralentit les relais entre structures.

- **Préconisation** : Élaborer, à l'échelle de chaque territoire, un référentiel partagé répertoriant les structures impliquées dans la coordination (DAC, CLIC, SAD, HAD, etc.), leurs domaines d'action, leurs zones de couverture et leurs interlocuteurs

référents. Ce document pourrait prendre la forme d'un annuaire dynamique numérique, mis à jour régulièrement et accessible à l'ensemble des professionnels du secteur.

- **Résultat attendu** : Une meilleure orientation des professionnels et des patients dans le système de coordination, une réduction des doublons ou des ruptures, et une responsabilisation accrue des structures dans la prise en charge des parcours.

### 2.3. Désigner un référent de parcours unique dans les situations complexes

L'absence d'un interlocuteur clairement identifié dans les parcours complexes crée une dilution des responsabilités et expose les patients à des ruptures de continuité.

- **Préconisation** : Mettre en place un dispositif de référent de parcours – choisi parmi les professionnels de coordination existants – dans les situations nécessitant un accompagnement renforcé (sorties à risque, isolement social, hospitalisations répétées...). Ce référent aurait pour mission de centraliser l'information, d'organiser les relais entre secteurs, et de faire le lien entre le patient, ses proches et les intervenants.
- **Résultat attendu** : Une meilleure lisibilité des parcours, une réduction du nombre d'interlocuteurs pour le patient, et une responsabilisation accrue des professionnels dans la coordination.

### 2.4. Renforcer la formation à la coordination et à l'interprofessionnalité

La coordination repose sur des compétences spécifiques – écoute, médiation, animation de réseau, gestion de l'incertitude – qui sont rarement enseignées dans les formations initiales ou continues.

- **Préconisation** : Développer des modules de formation transversaux sur la coordination des parcours dans les formations initiales en santé, travail social, gestion ou médico-social. Proposer également des formations croisées continue entre secteurs (hospitalier, libéral, médico-social, social) pour renforcer la culture commune et la connaissance mutuelle.
- **Résultat attendu** : Une montée en compétence des professionnels sur les enjeux de coordination, une amélioration de la communication interprofessionnelle, et une plus grande fluidité dans le fonctionnement des équipes pluripartenariales.

## 2.5. Créer des temps formalisés d'échange et de concertation interprofessionnelle

La coordination repose souvent sur des relations informelles. Lorsqu'il n'existe pas de temps dédiés aux échanges interprofessionnels, la coopération reste fragile et dépendante des acteurs en place.

- **Préconisation** : Institutionnaliser, au sein des territoires, des réunions régulières de coordination (hebdomadaires, mensuelles ou à la demande), réunissant les acteurs impliqués autour de situations complexes. Ces temps peuvent être portés par les DAC, les établissements ou les collectivités, et viser à faire le point sur les parcours, anticiper les ruptures et ajuster les interventions.
- **Résultat attendu** : Une meilleure cohérence des actions menées, une montée en confiance entre acteurs, et une prévention plus efficace des désorganisations dans les parcours de soins.

## 2.6. Renforcer le pilotage territorial de la coordination

La coordination des parcours reste aujourd'hui fragmentée, sans gouvernance claire à l'échelle des territoires. Les structures comme les DAC ou les CPTS manquent parfois de légitimité ou de visibilité pour assumer ce rôle.

- **Préconisation** : Confier aux DAC – en lien avec les ARS – un rôle clair de pilotage opérationnel de la coordination, avec une mission d'animation territoriale, de soutien aux équipes de terrain, de recensement des situations à risque et d'évaluation des pratiques. Cela suppose également de leur allouer les moyens humains et techniques nécessaires à cette mission.
- **Résultat attendu** : Une gouvernance plus cohérente et proactive des parcours à l'échelle territoriale, capable de mobiliser l'ensemble des ressources locales autour d'objectifs partagés de fluidité et de qualité de prise en charge.

## 2.7. Valoriser les initiatives locales et mutualiser les bonnes pratiques

De nombreuses pratiques efficaces existent déjà sur le terrain, mais elles sont peu valorisées, peu capitalisées et rarement diffusées à plus large échelle.

- **Préconisation** : Mettre en place, à l'échelle régionale ou départementale, des dispositifs de capitalisation et de diffusion des bonnes pratiques en coordination : journées d'échanges, plateformes numériques, recueil de fiches pratiques... Ces

démarches permettraient de valoriser les expériences positives, de favoriser l'émulation entre territoires, et d'outiller concrètement les professionnels.

- **Résultat attendu** : Une montée en qualité progressive de la coordination, fondée sur le partage d'expériences concrètes, l'adaptation locale et la reconnaissance des innovations de terrain.

Les différentes pistes proposées ne prétendent pas constituer une réponse exhaustive aux défis de la coordination des soins, mais elles visent à engager une réflexion opérationnelle, ancrée dans les réalités de terrain. Elles s'appuient sur les constats exprimés par les professionnels rencontrés et font écho aux recommandations institutionnelles en matière de parcours de santé.

En structurant davantage les rôles, en favorisant la coopération interprofessionnelle, et en clarifiant le pilotage territorial, il devient possible de dépasser une coordination « subie » ou « informelle » pour construire une coordination durable, efficiente et véritablement centrée sur les besoins des patients.

Ces éléments viennent ainsi clôturer l'analyse et ouvrir la voie à une synthèse plus large, qui permet de revenir sur les apports de ce travail de recherche, ses limites, et les enseignements qu'il est possible d'en tirer pour l'avenir.

## CONCLUSION

Ce mémoire avait pour objectif de mieux comprendre comment les professionnels impliqués dans les parcours de soins perçoivent, mettent en œuvre et questionnent leurs pratiques de coordination, notamment au moment des sorties d'hospitalisation. En prenant appui sur une étude qualitative menée auprès de dix-sept acteurs issus de secteurs complémentaires – hospitalier, libéral, médico-social et social –, ce travail a permis de mettre en lumière les apports, les limites et les leviers de cette fonction stratégique dans l'organisation du système de santé.

La revue de littérature a montré que la coordination s'impose aujourd'hui comme un enjeu majeur des politiques publiques de santé, en réponse à la fragmentation du système et à la complexité croissante des situations rencontrées. Elle a mis en évidence l'importance d'une approche transversale, centrée sur la continuité, la qualité et la globalité de la prise en charge, tout en soulignant les freins persistants : rôles flous, manque de reconnaissance, empilement des dispositifs, outils peu interopérables et absence de culture commune.

L'enquête de terrain, menée dans un territoire bien doté en dispositifs de coordination, a confirmé ces constats tout en révélant des spécificités importantes. Les professionnels interrogés expriment une adhésion forte à l'idée de coordination, qu'ils considèrent comme essentielle au bon déroulement des parcours. Mais ils soulignent aussi une forme de décalage entre les discours et la réalité organisationnelle : la coordination reste souvent informelle, dépendante de relations interpersonnelles, et peu soutenue par des cadres institutionnels solides.

Ce paradoxe est particulièrement frappant dans le territoire étudié, où la densité des acteurs et des dispositifs, loin de simplifier la coordination, génère parfois de la confusion, des redondances et un manque de lisibilité. Le problème n'est donc pas tant le manque de ressources que leur articulation : dans un système déjà complexe, la coordination nécessite une gouvernance claire, une clarification des rôles, et une culture partagée entre les professionnels.

Les préconisations formulées à l'issue de ce travail visent ainsi à renforcer la structuration de cette fonction : reconnaissance officielle des missions de coordination, désignation de référents de parcours, développement de formations croisées, pilotage unifié à l'échelle territoriale, et valorisation des initiatives locales. L'enjeu est de passer d'une coordination portée individuellement à une coordination organisée collectivement.

Ce mémoire n'a pas vocation à généraliser ses résultats à l'ensemble du système de santé. Il s'inscrit dans une logique exploratoire, ancrée dans un territoire donné, et fondée sur une méthode qualitative. Ses limites tiennent notamment à la taille de l'échantillon, au contexte local spécifique, et à la subjectivité des perceptions recueillies. Pour autant, il apporte des éléments concrets sur les tensions vécues par les professionnels, sur les ajustements qu'ils opèrent au quotidien, et sur les conditions nécessaires à une coordination plus fluide et plus efficace.

À travers cette recherche, il apparaît que la coordination ne peut plus être considérée comme une simple option ou un supplément d'organisation. Elle constitue aujourd'hui une réponse indispensable aux défis de la prise en charge globale, de l'accompagnement à domicile, et de la sécurisation des parcours. À condition qu'elle soit soutenue, reconnue et pilotée, elle peut devenir un véritable levier d'amélioration de la qualité des soins et de satisfaction des patients comme des professionnels.

Ce mémoire m'a offert l'opportunité d'écouter ceux qui font vivre la coordination au quotidien. Leur engagement, leurs questionnements et leurs propositions ont donné à ce travail tout son sens, et nourriront durablement ma réflexion professionnelle.

## BIBLIOGRAPHIE

[1] Ministère des Solidarités et de la Santé. (2017). *Stratégie nationale de santé 2018-2022*.

[2] Bourgueil, Y., Marek, A., Mousquès, J., & Tajahmady, A. (2012). *La coordination des soins : une nécessité pour les parcours des patients, un défi pour les professionnels*. IRDES.

[3] Haute Autorité de Santé (HAS). (2018). *Organisation des parcours : principes généraux pour la coordination*. HAS.

[4] DREES (2022). *Les établissements de santé : activité, personnel, finances – édition 2022*. Paris : ministère des Solidarités et de la Santé.

[5] Touati, N., & Roberge, D. (2015). *Le travail de coordination dans les parcours de soins : entre injonction managériale et bricolage collectif*. *Revue française des affaires sociales*, (1), 117–135.

[6] DREES. (2023). *Les pathologies chroniques en France : données et enjeux*. Paris : ministère de la Santé.

[7] Paraponaris, A., Ventelou, B., & Pierre, A. (2018). *La gestion des parcours complexes de santé en population âgée*. *Économie et Statistique*, 505-506.

[8] OMS (2016). *Cadre stratégique pour des services de santé intégrés centrés sur la personne*. Organisation mondiale de la santé.

[9] Sebai, J. (2016). *Coopération et coordination en santé : dynamiques organisationnelles et enjeux professionnels*. *Les Tribunes de la santé*, 51, 67–75.

[10] Czernichow, P. (2015). *Les défis du parcours de santé dans le système français*. *Revue Hospitalière de France*.

[11] République Française (2009). *Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (dite loi HPST)*. *Journal Officiel de la République Française*, n°167, 22 juillet 2009.

**[12]** HAS (Haute Autorité de Santé). (2018). *Organisation de la coordination des soins autour du patient*. Guide méthodologique.

**[13]** IGAS (2017). *Les plateformes territoriales d'appui : un levier pour améliorer la coordination des soins*. Inspection Générale des Affaires Sociales.

**[14]** Ministère des Solidarités et de la Santé. (2019). *Présentation et enjeux des Dispositifs d'Appui à la Coordination (DAC)*.

**[15]** Waelli, M., Sicotte, C., & Beaulieu, M.-D. (2020). *Travailler ensemble dans les soins de santé primaires : conditions d'un décloisonnement réussi*. *Santé Publique*, 32(1), 105–112.

**[16]** Donabedian, A. (1980). *Explorations in Quality Assessment and Monitoring*. University of Michigan.

**[17]** Leutz, W. (1999). *Five laws for integrating medical and social services: Lessons from the United States and the United Kingdom*. *The Milbank Quarterly*, 77(1), 77–110.

**[18]** Putnam, R. D. (2000). *Bowling Alone: The Collapse and Revival of American Community*. Simon and Schuster.

**[19]** Evers, A. (2009). *Understanding the Role of Social Capital in European Welfare States*. In R. H. Anheier & G. L. Marc (Eds.), *Social Capital and Associations in European Democracies*. Routledge.

**[20]** Demailly, L. (2008). *La coordination invisible dans les institutions de soin*. *Revue française des affaires sociales*, 2(1), 99-112.

**[21]** Rambaud, C., & Lefeuvre, M.-P. (2020). *Former à la coordination des parcours de soins : un enjeu pour les professionnels de santé et du médico-social*. EHESP – Étude exploratoire.

**[22]** HAS (Haute Autorité de Santé). (2021). *Recommandations pour améliorer la coordination des parcours de santé*. Haute Autorité de Santé.

**[23]** Cour des comptes. (2017). *Le parcours de soins des personnes âgées dépendantes*. Rapport public annuel.

**[24]** El Khoury, A., et al. (2021). *Coordination territoriale des parcours de santé : état des lieux et perspectives*. IRDES – Document de travail.

**[25]** San Martín-Rodríguez, L., Beaulieu, M.-D., D'Amour, D., & Ferrada-Videla, M. (2005). *The determinants of successful collaboration: A review of theoretical and empirical studies*. *Journal of Interprofessional Care*, 19(S1), 132–147.

**[26]** IGAS (2011). *Les centres locaux d'information et de coordination (CLIC) : évaluation du dispositif*. Inspection générale des affaires sociales.

**[27]** IGAS (2015). *Les métiers de la coordination dans les parcours de santé*. Inspection générale des affaires sociales.

**[28]** ANAP (2020). *La coordination des parcours de santé : constats, enjeux et pistes d'action*. Agence nationale d'appui à la performance.

**[29]** Cour des comptes. (2022). *Les dispositifs de coordination des soins : des progrès encore limités*. Rapport thématique.

**[30]** ANAP – Agence Nationale d'Appui à la Performance. (2023). *Outils numériques et coordination des parcours de santé : leviers et conditions de réussite*. Paris

**[31]** Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS). (2022). *Instruction n° DGOS/R4/2022/129 du 8 juin 2022 relative à l'organisation territoriale de la coordination des parcours de santé*. Paris : Ministère des Solidarités et de la Santé.

**[32]** Contandriopoulos, A.-P., Denis, J.-L., & Touati, N. (2001). *L'intégration des soins : dimensions et mise en œuvre*. Groupe de recherche interdisciplinaire en santé (GRIS).

**[33]** Dumez, H. (2011). *Méthodologie de la recherche qualitative : les questions clés de la démarche compréhensive*. Paris : Vuibert.

**[34]** Yin, R. K. (2012). *Case study research: Design and methods* (5th ed.). Thousand Oaks, CA: SAGE Publications.

**[35]** Ministère des Affaires sociales et de la Santé. (2013). *Mobilisation Nationale contre l'isolement social des âgés (MONALISA)*. <https://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/personnes-agees/monalisa/>

**[36]** Gérontopôle des Pays de la Loire. (2022). *PRÉSAGE – Plateforme Régionale d'Évaluation pour une Santé Active et une Gestion Éclairée du vieillissement*. <https://www.gerontopole-paysdelaloire.fr/actions/presage/>

**[37]** Levesque, J.-F., Haggerty, J. L., & Burge, F. (2013). Canadian experts define the attributes of a patient-centred primary healthcare system, la *continuité relationnelle et informationnelle dans le cadre de la prise en charge intégré*. *Healthcare Policy*, 9(Special Issue), 8–21.

**[38]** Bourgueil, Y., Marek, A., Mousquès, J., & Tajahmady, A. (2009). *Soins de premier recours : une comparaison internationale*. Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES).

**[39]** Martin, J.-F. (2016). *Parcours de soins et coordination : la complexité d'une réforme de santé publique*. *Revue française des affaires sociales*.

**[40]** Minvielle, É. (2013). *Coordonner les parcours de soins : enjeux organisationnels et managériaux*. *Gestions Hospitalières*, 522, 392–400.

**[41]** Minvielle, É. (2017). *Gérer les parcours de soins : entre incertitudes, innovations et pratiques de terrain*. *Gestions Hospitalières*, 563.

## Table des matières

Table des figures.....	3
Table des tableaux.....	3
Remerciement.....	1
Abréviations.....	1
Introduction.....	2
<b>PARTIE I – REVUE DE LITTERATURE.....</b>	<b>4</b>
1. Le contexte et les fondements de la coordination entre l'hôpital et la ville.....	5
1.1. L'évolution des parcours de soins : vers une logique de continuité.....	5
1.2. Les enjeux actuels : maladies chroniques, vieillissement, complexité des situations.....	5
1.3. Les objectifs de la coordination : fluidifier les parcours, éviter les ruptures, assurer une prise en charge globale.....	7
1.4. Définitions et concepts clés : coordination, coordination des soins, partenariat, coopération et collaboration.....	8
2. Apports et impacts de la coordination dans les parcours de soins.....	14
2.1. Une amélioration de la qualité et de la continuité des soins.....	14
2.2. Une réduction des hospitalisations évitables et des coûts associés.....	14
2.3. Une meilleure organisation du travail et une valorisation des pratiques interprofessionnelles.....	15
2.4. L'engagement des ARS dans le développement de la coordination territoriale des soins.....	16
2.5. Une coordination territoriale élargie : rôle des CCAS/CIAS, CLIC et services hospitaliers.....	18
3. Limites et freins rencontrés dans les pratiques de coordination.....	19
3.1. Des rôles encore flous et peu reconnus.....	19
3.2. Des coopérations entre structures encore inégales et fragiles.....	19
3.3. Des outils numériques encore peu intégrés et souvent inadaptés.....	20
3.4. Une culture du travail en réseau encore en construction.....	20
3.5. Un manque de formation ou de culture commune autour de la coordination.....	20
4. Quelles pistes pour améliorer la coordination entre l'hôpital et la ville ?.....	21
4.1. Clarifier et valoriser les fonctions de coordination.....	21
4.2. Développer les outils numériques partagés et interopérables.....	22
4.3. Renforcer les temps de concertation et la culture du partenariat.....	22
4.4. Déployer une gouvernance territoriale intégrée et agile.....	23

5.	Les apports des modèles étrangers : éclairages comparatifs.....	24
6.	Les cadres théoriques pour analyser la coordination .....	25
6.1.	La théorie de l'agence : comprendre les rapports contractuels et les asymétries d'information.....	25
6.2.	La théorie des conventions : la coordination par les règles partagées .....	26
6.3.	L'approche évolutionniste : la coordination comme processus d'apprentissage collectif .....	26
PARTIE II : METHODOLOGIE ET ETUDE TERRAIN.....		29
1.	Choix méthodologique .....	29
2.	Justification du choix méthodologique.....	30
3.	Présentation du terrain de recherche .....	30
4.	Collecte de données .....	31
5.	Profil des participants à l'étude .....	32
6.	Limites méthodologiques et posture du chercheur .....	34
7.	Transition vers l'analyse .....	35
PARTIE III : ANALYSE ET DISCUSSION.....		37
1.	La perception du rôle et de la fonction de coordination .....	38
2.	Les dynamiques de partenariat : entre coopération fluide et cloisonnements persistants .....	40
3.	Les freins rencontrés dans la pratique quotidienne .....	42
4.	Les facteurs facilitants et bonnes pratiques observées .....	44
5.	Les pistes d'amélioration proposées par les professionnels.....	46
PARTIE IV – DISCUSSION ET PRECONISATIONS.....		51
1.	Discussion .....	51
1.1.	Une coordination reconnue mais encore faiblement institutionnalisée .....	51
1.2.	Un paradoxe territorial : la multiplication des dispositifs au détriment de leur lisibilité ..	52
1.3.	Une coordination fondée sur des compétences humaines et relationnelles .....	53
1.4.	Un besoin de clarification, de formation et de gouvernance partagée .....	54
2.	Préconisation .....	56
2.1.	Reconnaitre et formaliser la fonction de coordination dans les organisations .....	57
2.2.	Clarifier les rôles, les périmètres d'intervention et les circuits de coordination .....	57
2.3.	Désigner un référent de parcours unique dans les situations complexes.....	58
2.4.	Renforcer la formation à la coordination et à l'interprofessionnalité .....	58
2.5.	Créer des temps formalisés d'échange et de concertation interprofessionnelle .....	59

2.6. Renforcer le pilotage territorial de la coordination .....	59
2.7. Valoriser les initiatives locales et mutualiser les bonnes pratiques .....	59
CONCLUSION .....	61
BIBLIOGRAPHIE.....	1
ANNEXES .....	IV
Guide d’entretien 1: pour les professionnels de santé.....	IV
Guide d’entretien 2 : pour les professionnels de la coordination des soins.....	VI
Guide d’entretien 3: pour les professionnels institutionnels .....	VIII

# ANNEXES

## Guide d'entretien 1: pour les professionnels de santé

### 1. Présentation du professionnel

- Pouvez-vous vous présenter et décrire votre rôle au sein de votre structure ou établissement ?
- Depuis combien de temps exercez-vous cette fonction ?
- Quel est votre niveau d'implication dans la coordination des soins notamment au moment des sorties d'hospitalisation ?

### 2. Connaissance et perception des acteurs de la coordination

- Connaissez-vous les différents professionnels impliqués dans la coordination des soins ?
- Les identifiez-vous facilement dans votre pratique quotidienne ?
- Dans quels cas de figure les sollicitez-vous ?
- Avec qui travaillez-vous le plus souvent ? pourquoi eux ? Sont-ils les seuls que vous connaissez ?
- Lorsque vous travaillez avec ces professionnels, comment la communication et la collaboration sont-elles mises en place ?
- Selon vous, quels sont les freins et facilitateurs pour mieux connecter les professionnels de la santé en général entre eux ?

### 3. Apports, impact et intérêt des professionnels de la coordination

- Quel impact ces professionnels ont-ils sur votre travail quotidien ?
- Leur intervention est-elle bénéfique ou contraignante ?
- Pouvez-vous donner un exemple où leur action a amélioré la prise en charge d'un patient en particulier au moment des sorties d'hospitalisations ?
- Pouvez-vous donner un exemple où leur action a rendu compliqué la prise en charge d'un patient ?
- Pensez-vous que ces professionnels sont indispensables dans la coordination des soins ? Pourquoi ?
- À votre avis, en quoi leur rôle pourrait être amélioré pour renforcer leur efficacité et leur utilité dans votre pratique ?
- En quoi leur présence facilite-t-elle (ou non) la gestion des parcours de soins ?

#### **4. Sortie d'hospitalisation : coordination et continuité des soins**

- Quels sont les problèmes spécifiques de coordination que pose la sortie d'hospitalisation ?
- Avez-vous souvent recours à des professionnels de la coordination pour gérer ces situations ? Avec quels résultats ?
- Avez-vous observé des différences de coordination selon les structures ou les profils de patients ?
- Quelles seraient, selon vous, les conditions idéales pour une sortie d'hospitalisation bien coordonnée ?

#### **5. Enjeux et perspectives d'amélioration**

- Quels sont, selon vous, les principaux bénéfices d'une meilleure coordination entre l'hôpital et la ville ?
- Quelles sont les principales difficultés qui persistent aujourd'hui dans cette coordination ?
- Avez-vous des suggestions concrètes pour améliorer la communication et la coopération entre les différents acteurs ?
- Pensez-vous qu'un renforcement des outils numériques (dossier médical partagé, plateformes collaboratives) faciliterait cette coordination ? Pourquoi ?

## **Guide d'entretien 2 : pour les professionnels de la coordination des soins**

### **1. Présentation du professionnel**

- Pouvez-vous vous présenter et expliquer votre fonction ainsi que votre structure d'appartenance ?
- Depuis combien de temps travaillez-vous dans le champ de la coordination des soins ?
- Sur quel type de population ou de situations intervenez-vous le plus souvent ?

### **2. Rôle et actions concrètes**

- Quelles sont vos principales missions au quotidien en matière de coordination ?
- Comment intervenez-vous concrètement lors des sorties d'hospitalisation ?
- Quelles sont les étapes clés d'un accompagnement réussi selon vous ?

### **3. Relations avec les autres acteurs**

- Avec quels professionnels êtes-vous amené à travailler régulièrement (médecins, IDEL, structures hospitalières, services sociaux, etc.) ?
- Comment s'organisent la communication et la collaboration avec ces acteurs ?
- Est-ce que vous avez parfois le sentiment que certains professionnels ignorent votre rôle ou vous sollicitent peu ? Pourquoi, selon vous ?

### **4. Vision des interactions entre professionnels de la coordination**

- Avez-vous des échanges ou des partenariats avec d'autres professionnels de la coordination ? (Ex : entre DAC, CLIC, IDEL coordinatrices)
- Ces liens sont-ils fluides ou cloisonnés ? Comment les améliorer ?
- Existe-t-il une coordination entre coordinateurs ? Si oui, comment s'opère-t-elle ?

### **5. Impact perçu sur la continuité des soins**

- À votre avis, en quoi votre intervention améliore-t-elle concrètement la continuité des soins après hospitalisation ?
- Pouvez-vous partager un exemple positif de coordination réussie ? Et un cas où cela n'a pas bien fonctionné ?
- Quelles sont les limites que vous rencontrez dans votre action (freins organisationnels, temporels, humains...) ?

### **6. Reconnaissance, place et visibilité**

- Pensez-vous que votre rôle est suffisamment reconnu et compris par les autres professionnels du parcours de soins ?
- Quels sont les freins à une meilleure reconnaissance de votre mission ?
- Quelles améliorations seraient selon vous nécessaires pour renforcer votre efficacité ou votre intégration dans les parcours de soins ?

## **7. Perspectives et outils**

- Quels leviers permettraient d'améliorer la coordination des soins à la sortie d'hospitalisation ?
- Les outils numériques (DMP, messageries sécurisées, logiciels de coordination) vous aident-ils dans votre travail ? Quelles améliorations souhaiteriez-vous ?

## Guide d'entretien 3: pour les professionnels institutionnels

### Objectifs :

Comprendre le point de vue des acteurs institutionnels sur :la coordination des soins, le rôle des professionnels de la coordination, les freins et leviers à l'amélioration du parcours de soins et plus particulièrement les enjeux autour des sorties d'hospitalisation.

### 1. Présentation

- Pouvez-vous vous présenter brièvement et décrire votre rôle dans votre structure ?
- Dans quel type de situations intervenez-vous auprès des usagers ?

### 2. Coordination des soins : perception générale

- Comment percevez-vous aujourd'hui la coordination entre professionnels de santé, médico-sociaux et institutions ?
- Êtes-vous amené à travailler avec des professionnels de la coordination (ex. : DAC, IDE de liaison, CLIC...) ? Si oui, dans quels cas ?
- Observez-vous une évolution dans cette coordination ces dernières années ?

### 3. Sorties d'hospitalisation : votre expérience

- Selon vous, les sorties d'hospitalisation sont-elles bien préparées ? Quels problèmes reviennent le plus souvent ?
- À quelles difficultés êtes-vous confronté pour organiser ou mettre en place les aides à domicile après l'hôpital ?
- Avez-vous identifié des bonnes pratiques ou des acteurs facilitant ces sorties ?

### 4. Rôle et utilité des professionnels de la coordination

- En quoi les professionnels de la coordination vous semblent-ils utiles dans votre quotidien ?
- Leur rôle est-il bien compris et intégré dans les démarches d'évaluation ou de financement ?
- Que pourrait-on améliorer pour renforcer leur efficacité et leur lien avec les acteurs institutionnels comme vous ?

### 5. Perspectives et outils

- Selon vous, quels leviers concrets pourraient améliorer la coordination ville-hôpital-institution ?

- Les outils numériques (ex. : messageries sécurisées, DMP, plateformes) sont-ils utiles dans votre travail ? Que manque-t-il ?
- Avez-vous un message ou une recommandation que vous souhaiteriez faire passer sur ce sujet ?

## Retranscription entretien

**Nom :** Madame D.

**Fonction :** Médecin coordonnateur DAC / HAD

**Heure début de l'entretien :** 17H30

**Heure fin de l'entretien :** 18H30

**Asma :** Bonjour, vous allez bien ? vous allez bien. Vous m'entendez. Attendez, il y a la connexion qui reprend.

**Madame D. :** ça va, je vous entends bien. Ça va...

**Asma :** merci beaucoup en tout cas du temps que vous allez m'accorder. Du coup, moi je voulais vous avoir en entretien parce que dans le cadre de mon Master 2 que j'effectue à la faculté d'ILIS, dans le management des établissements de santé, cette année je suis en train d'écrire mon mémoire sur...

**Madame D. :** Deux minutes y'a mon chef. Pardon. Je reviens le voir après. C'est bon madame.

**Asma :** Super, merci beaucoup. Du coup, comme je disais, mon sujet de mémoire se concentre sur la coordination des soins, des aides qu'on peut mettre en place à la suite d'une hospitalisation et donc l'intérêt c'est de voir le lien qui est fait entre la ville et l'hôpital pour la continuité des soins. Ce qui est intéressant pour moi, c'est d'interroger des professionnels de la ville, des professionnels de l'hôpital et des professionnels de dispositifs qui participent à la coordination. C'est pour ça que j'ai voulu avoir le DAC, que j'ai pu discuter avec monsieur Vitry sur le versant direction, stratégie des DAC. Je voulais avoir l'aspect médical d'un médecin qui va travailler dans ce type de structure et aussi avoir votre expertise sur la ville, l'hôpital, votre ressenti sur la continuité des soins. Je suis sur la fin de mes entretiens, j'ai déjà réalisé plusieurs entretiens. En ville, j'ai interrogé plutôt des infirmiers libéraux, médecins traitants, CLIC, CCAS et structures comme les DAC. J'ai eu aussi l'occasion d'avoir une personne travaillant sur l'EGED, l'équipe d'expertise mobile gériatrique. En milieu hospitalier, j'ai interrogé différentes assistantes sociales de différents hôpitaux qui gèrent la sortie d'hospitalisation. J'ai eu aussi l'occasion de rencontrer une cadre de santé du service gériatrique et la coordonnatrice de la filière

gériatrique. Et en institutionnel, j'aurais aimé avoir des évaluateurs à pas, mais j'ai eu l'occasion d'avoir une personne du département responsable du pôle autonomie.

**Madame D. :** J'ai une casquette d'hospitalisation à domicile et une casquette de DAC. Je réponds avec ma casquette DAC, c'est ça ?

**Asma :** Oui, mais j'aimerais bien aussi avoir votre aspect, s'il est différent. Je réponds avec les deux casquettes. Je suis médecin en DAC et médecin en HAD. Du coup mon questionnaire, se compose de trois grandes parties une première partie où on présente : vos fonctions, votre mission, votre parcours professionnel. On peut commencer par ce que vous pouvez vous présenter rapidement. Votre parcours professionnel, vos différentes étapes, vos différentes casquettes. Et ensuite, vos missions plus tard.

**Madame D. :** Je m'appelle ..., j'ai 44 ans, je suis de formation médecin généraliste. J'ai fait un DESS de gériatrie avec un clinicat en gériatrie au CHRU de ..., dans le service du professeur ... où j'ai travaillé pendant trois ans. J'ai été chef de service de gériatrie sur l'hôpital S... et par intérim sur l'hôpital S...En parallèle, ça fait depuis 14 ans, je suis médecin coordonnateur des réseaux de santé gériatriques. Et depuis un an et demi, j'ai quitté mes fonctions sur la gériatrie du groupement pour prendre mes fonctions en tant que praticien HAD au niveau du groupement hospitalier d'un institut ....

**Asma :** OK, super. Du coup, aujourd'hui, vos missions au quotidien, qu'elles sont aujourd'hui ?

**Madame D. :** Sur le DAC, mes missions, c'est d'apporter l'expertise de soins palliatifs à domicile et de porter la coordination en tant que médecin coordonnateur du DAC. Et sur l'hospitalisation à domicile, mes missions, c'est de valider les entrées et les sorties des hospitalisations à domicile et d'être un appui aux professionnels de santé de ville dans les hospitalisations à domicile.

**Asma :** D'accord, OK, super.

**Madame D. :** Dans le cadre des réseaux de santé gériatriques, j'ai beaucoup fait pendant plusieurs années de l'expertise gériatrique à domicile.

**Asma :** D'accord, vous vous déplacez à domicile et vous donnez un avis gériatrique, du coup ?

**Madame D. :** On fait partie des rares professionnels salariés, hospitaliers, mais ayant une connaissance de la ville, parce qu'ayant fait beaucoup de visites à domicile, et donc, du coup, on a une expertise du domicile qui est assez conséquente.

**Asma :** D'accord. Ça fait combien de temps, du coup, que vous êtes dans la coordination ? 14 ans.

**Madame D. :** 14 ans. L'âge de mon fils, c'est pour ça que c'est aussi facile.

**Asma :** (rires), Oui, ce sont des moments clés dans la vie.

**Madame D. :** J'étais vraiment hospitalière. Et bêtement, je suis enceinte de mon deuxième, et le professeur P. me dit, est-ce que ça ne t'embête pas de dépanner ? Et puis, en fait, ça fait 14 ans que j'en fais. Spontanément, quand on est à l'hôpital, on veut faire de la médecine aiguë gériatrique, et on ne peut pas faire du réseau, de l'équipe mobile, voilà. Et c'était un peu pour dire d'aller voir, et pour le coup, ça fait 14 ans.

**Asma :** Mais du coup, qu'est-ce qui vous a fait rester ? Du coup, c'est une autre approche avec le patient, du coup, que vous avez, ou c'est vraiment...

**Madame D. :** C'est complémentaire, parce qu'à l'hôpital, finalement, on traite les épisodes aigus. Mais tout ce qui est suivi est effectué en ville, notamment en gériatrie, puisque souvent, en gériatrie, on dit que la personne âgée, sa place, c'est d'être à son domicile et pas à l'hôpital. Et en soins palliatifs, on dit aussi que les gens souhaitent mourir à domicile et pas à l'hôpital, ce qui n'est pas forcément toujours le mieux pour le malade. Et donc, à la fois d'avoir ce pied à l'intérieur de l'hôpital et le pied aussi en ville, c'est une grande chance, parce qu'on peut suivre le malade et sécuriser son retour à domicile. Donc, c'est vraiment important. Et puis de connaître aussi comment fonctionne la médecine de ville, d'être un appui aux médecins traitants, aux infirmières libérales et aux pharmaciens, qui font le suivi de leur patientèle sur les situations complexes. D'être un appui, c'est intéressant. Et c'est ce qui me plaisait.

**Asma :** Et du coup, pour vous, quelles sont les étapes clés d'un accompagnement réussi, d'une sortie d'hospitalisation, pour vous, un peu l'idéal pour avoir cette continuité des soins ?

**Madame D. :** Pour avoir une continuité des soins entre le domicile et l'hôpital, ce qu'il faut, c'est la communication. Donc, c'est qu'on ait des moyens pour communiquer entre la ville et l'hôpital, prenant en partie le secret médical. Donc, pouvoir se joindre facilement entre médecins, pouvoir échanger sur des créneaux sécurisés entre médecins ou professionnels. Ça, ce n'est pas forcément ce qu'on a tout le temps au niveau des outils. Et aussi, pour moi, le mot clé en ce moment, c'est faire alliance. Et des fois, on a besoin d'être confraternels, d'être partenaires et de faire alliance. Et c'est souvent ce qui pêche dans les ruptures de parcours. C'est finalement, à un moment, l'hôpital ou le domicile n'a pas su faire alliance et se centrer autour du patient. Parce qu'on a des fonctionnements en silo. Donc, par exemple, je vais illustrer. On a un patient en soins palliatifs qui veut être à domicile. Il est pris en charge par une hospitalisation à domicile et il est connu d'un service hospitalier et connu d'un service de soins palliatifs. Ce n'est pas un soin palliatif terminal. C'est un soin palliatif, mais qui a une proportion de soins qui est actée. Et donc, le patient ne veut pas mourir à la maison. Et si son état de santé se dégrade, a bien dit qu'il voulait être hospitalisé. Quand on fait alliance, c'est qu'on a un parcours idéal. C'est-à-dire que quand la ville identifie que le patient doit aller à l'hôpital, ce sont les entrées directes. Ce n'est pas forcément un petit passage par les urgences et une hospitalisation programmée dans des délais raisonnables.

Quand on ne fait pas alliance, ça peut être du coup un appel au SAMU où le SAMU dit je ne vois pas pourquoi je me déplacerai parce que c'est du soin palliatif. Quand on ne fait pas alliance, ça peut être un passage aux urgences où l'urgentiste dit au patient mais pourquoi je vous garderai. Je n'ai rien à proposer pour vous, rentrez à domicile et il faut que vous restiez à domicile parce que vous êtes en soins palliatifs. Quand on ne fait pas alliance, c'est de ne pas forcément respecter les engagements qui ont été pris. Notamment au niveau organisationnel, quand il n'y a pas de place de disponible, on ne fait pas alliance. Des fois, il nous manque des moyens. Ça veut dire que tout le monde est d'accord pour dire sur le papier que si la situation se dégrade, il faut qu'il retourne à

l'hôpital. Mais quand le service des urgences est plein, quand il n'y a pas de place en unité de soins palliatifs, là c'est beaucoup plus compliqué.

Les professionnels de ces services-là ont des choix à faire. Au niveau de la médecine de ville, leur difficulté, je pense, c'est la continuité des soins puisqu'ils ne peuvent pas être là soir et week-end continuellement quand on a un exercice isolé. Donc, ils travaillent en partenariat avec des HAD ou des DAC ou des exercices coordonnés.

Et là, c'est chouette. D'accord. Je ne sais pas si j'ai répondu à votre question.

**Asma :** Non, si, si, si. Très, très bien. En plus, vous m'avez donné l'aspect hospitalier et ville.

**Madame D. :** La communication et l'alliance. L'alliance et le partenariat. Les situations où ça se passe mal, c'est quand on n'a pas une cohésion entre professionnels de santé. On appelle ça souvent la confraternité, mais c'est aussi de parler d'une seule voix. Et des fois, on n'est pas d'accord. Et cette voix, elle est compliquée parce qu'on n'a pas le même avis sur la situation ou parce qu'on aurait fait différemment. Et ça, le patient, il ne le loupe pas. Et ça peut générer des grandes difficultés ou grosses souffrances, notamment des petits mots. Votre médecin traitant, quand on dit à l'hôpital, votre médecin traitant, il n'a pas vu assez vite votre cancer.

Ces petits mots-là, on ne fait pas alliance. Parce que le patient, qu'est-ce qu'il dit ? Voilà, mon médecin traitant, il a commis une erreur. Ou à l'inverse, quand on est à domicile et qu'on dit à l'hôpital, il aurait dû vous garder et il ne vous a pas gardé.

Ou l'hôpital, vous avez attrapé une infection à l'hôpital. C'est comment on essaye de faire que ce soit constructif pour le patient qu'on accompagne.

**Asma :** D'accord, vous trouvez que c'est quelque chose de récurrent ? Du coup, ce problème de faire alliance, c'est quelque chose que vous rencontrez souvent dans les situations ? Autant à l'HAD qu'au DAC ?

**Madame D. :** Parfois, je ne vais pas dire que c'est facile. Et on fait alliance facilement parce qu'on est partenaire et qu'on se connaît. Ou parce qu'on respecte le travail de

l'autre, c'est sûr, tout ça. Après, c'est des fois beaucoup plus compliquées. Finalement, quand on creuse, c'est toujours une problématique d'organisation de moyens qui n'ont pas été donnés. Globalement, la ville et l'hôpital veulent s'entendre. C'est indéniable. Les soignants ont besoin l'un de l'autre. Il y a des fois aussi, peut-être, manque de moyens et puis manque de connaissances de ce qui est capable de faire l'autre. Et c'est là où je parle aussi beaucoup de respect. On connaît, nous, ce qu'on fait, on connaît notre dispositif. Mais on ne connaît pas forcément l'organisation fine d'un service d'urgence. C'est toujours facile de dire que l'autre devrait faire différemment.

Alors qu'au final, on ne connaît pas le fonctionnement et les difficultés des autres. L'idée aussi, c'est de se respecter. Ce n'est pas toujours facile, ce d'autant un patient qui ne va pas bien.

**Asma :** C'est tout l'enjeu qu'on a aujourd'hui. Parce qu'on a aussi cet aspect sociétal où on veut maintenir le matériel à domicile. Il faut se connaître pour savoir ce qu'on peut mettre en place à domicile. Pour vous, est-ce que vous trouvez qu'il y a beaucoup de choses en ville ? Est-ce que les moyens existent ? Est-ce qu'il y a assez de moyens pour vous aujourd'hui ? Ou est-ce qu'il n'y en a pas assez ? Ou c'est juste parce qu'on ne les connaît pas, ils ne sont pas diffusés ? Est-ce qu'il existe assez de passerelles ? Quel est le manquement aujourd'hui que l'on voit ?

**Madame D. :** Pour moi, en ville... (elle réfléchit). Je travaille sur le territoire de Lille. Depuis 15 ans, le manquement qui apparaît ces derniers temps, c'est un manque de médecins traitants. Même si on est sur Lille. Il y a 15 ans, tout le monde avait un médecin traitant. Et tout le monde avait la possibilité d'avoir un médecin traitant qui se déplace à domicile. Maintenant, j'ai beaucoup de patients qui n'ont pas ou plus de médecin traitant. Parce qu'il est décédé, parce qu'il est malade, parce qu'il n'est pas remplacé. Ou qui ont un médecin traitant qui ne se déplace pas à domicile. Parce que ce n'est pas réalisable. Faute de moyens de réaliser les visites à domicile. Parce qu'on a aussi un stationnement qui est payant sur Lille. Donc ça, ça manque. On a une vraie richesse des infirmières libérales qui font beaucoup de choses. Et une vraie richesse des pharmacies. Où finalement, on peut rentrer dans un endroit et avoir un conseil médical. Pour moi, c'est une vraie richesse.

Moi, je vois des médecins traitants hyper impliqués. Et donnés beaucoup de temps. Je n'ai pas du tout le regard de la médecine de ville. Où on dit les gens, c'était mieux avant. Moi, les médecins généralistes que je vois en ville, c'est des gens qui sont engagés auprès de leurs patients. Mais qui sont débordés par le nombre. Et qui n'arrivent pas à répondre à toutes les demandes. Et des demandes qui sont, mais parce que notre système de santé s'améliore aussi, d'une réponse assez rapide pour des fois des problèmes qui pourraient attendre. Ou des fois aussi des demandes qui sont sur du dépistage ou de la prévention. Mais vraiment, la médecine de ville, ce n'est pas qu'elle ne veut pas aller faire des visites à domicile. Ce n'est pas qu'elle ne veut pas prendre de nouveaux patients. C'est qu'elle a déjà une charge importante. Et je vois des médecins généralistes laisser leur téléphone portable pour des constats de décès le soir et le week-end. Ceux qui ne vont pas faire leurs constats de décès des gens qu'ils connaissent, c'est parce qu'ils sont partis loin qu'ils ne peuvent pas les constater. On a une belle médecine de ville, on a des gens engagés. Ils sont de moins en moins, je ne vais pas dire nombreux, mais en tout cas, la population a aussi plus de demandes et plus de besoins.

**Asma:** Plus de besoins. D'accord. Et pour l'hospitalier, est-ce que vous trouvez, en votre regard, est-ce que l'hospitalier va assez vers la ville ? Ou est-ce que les deux sont cloisonnés, la ville, l'hôpital, et chacun reste dans son domaine ? Ou on essaye à un moment donné de se rencontrer dans les parcours ? La volonté est peut-être là ? Quel est votre regard sur ça ?

**Madame D. :** Sur l'hospitalier, je vais être un peu plus critique. Mais parce que vraiment, pourtant je suis hospitalière, je vois beaucoup de services qui ont des obligations de tarification et donc qui ne peuvent pas garder des malades parce qu'ils ne sont plus rentables, entre guillemets, et qu'il faut que le patient sorte. Et l'autre peut être critique, moi ce qui m'a toujours heurtée, c'est que quand un médecin adresse un patient aux urgences pour qu'il soit gardé, moi on m'a toujours dit on le garde. Et ces derniers temps, je vois des urgentistes qui n'ont plus la place de garder ou qui n'ont pas non plus des fois le réflexe d'être confraternels. Et donc il y a des sorties qui ne sont peut-être pas faites en rapport et en accord avec le médecin traitant. Et on a aussi des populations plus vulnérables, plus fragiles, sur lesquelles c'est peut-être moins prioritaire.

La personne âgée en soins palliatifs... Ce n'est pas la priorité. Est-ce qu'elle est prioritaire ? Oui. La personne âgée qui vient parce qu'elle ne peut plus rester à domicile, parce qu'elle a des troubles cognitifs, on va nous dire qu'elle n'a rien à faire aux urgences, si elle est isolée à domicile.

Sur l'hôpital, j'ai l'impression vraiment d'un fonctionnement en silo avec une nécessité de rentabilité des services qui font que ça ne relève pas de mon service, ça doit être un autre service. Oui, on se renvoie un peu le patient. Et une volonté de faire sortir des gens qui ne devraient pas sortir, mais parce que ça fait six mois qu'ils sont hospitalisés. J'exagère un peu. Oui.

**Asma :** Du coup, il y a la rentabilité. Il y a peut-être aussi le manque de place. Est-ce que vous trouvez, aujourd'hui, quand vous devez par exemple organiser une...

**Madame D. :** Même si l'hôpital vraiment... Je trouve que ces dernières années, c'est réinventé pour trouver des solutions.

Parce que quand j'ai commencé ma carrière, quand il n'y avait pas de place dans les étages aux urgences, il restait sur les brancards. Et on avait beaucoup de patients en attente. Et depuis, il y a beaucoup de choses qui se sont mises en place et organisées pour faire que les lits disponibles dans l'hôpital, même si ce n'est pas du même service, soient ouverts. Donc, on peut héberger un patient en traumatologie pour un autre service. Il y a plein de choses qui se sont mises en place. Cependant, ça ne reste pas forcément... Sur des parcours, en tout cas de gériatrie ou de soins palliatifs, on a encore trop de patients vulnérables qui se retrouvent à domicile dans des conditions indignes sur des retours d'hôpitaux. Pas forcément... Pas forcément préparés, on va dire.

**Asma :** D'accord. Du coup, c'est un petit constat aussi qu'on a eu. Mais on a une dynamique aussi. Aujourd'hui, on observe qu'il y a de plus en plus de nouveaux métiers, les coordonnateurs, les coordinateurs, pour faciliter ce problème-là qu'on a peut-être de communication. Aujourd'hui, quels sont les partenaires avec qui vous travaillez le plus pour organiser cette continuité des soins ? Peut-être dans le DAC, vous avez plus de partenaires que...

**Madame D. :** Oui, principalement, au niveau du DAC, nos partenaires, c'est en premier les établissements hospitaliers, donc les services sociaux des établissements hospitaliers, en accord avec les équipes médicales qui nous adressent, puis les professionnels de santé de ville. En hospitalisation à domicile, c'est la même chose. Il faut toujours un médecin traitant. Pour coordonner, il faut coordonner une équipe. Et ce qu'on voit beaucoup, c'est des fois des... Si demain, il n'y a pas d'infirmiers libéraux, si demain, il n'y a pas de kinés, si demain, il n'y a pas de médecins traitants, on ne pourra pas coordonner. Et l'idée, c'est d'avoir le bon équilibre. Après, peut-être le constat, c'est que, pour regarder nous dans notre dispositif, on a quand même pas mal de gens qui sont allés à la coordination parce qu'ils n'avaient plus envie d'être opérationnels et parce qu'ils étaient usés par le côté opérationnel. Et des fois, beaucoup de nos référentes, par exemple au niveau du DAC, on a quelques-unes qui sont des anciennes infirmières libérales qui ont mis la clé sous la porte parce qu'elles étaient usées et elles ont préféré faire de la coordination. Est-ce que c'est le bon parcours ? Pas forcément. Pour coordonner les équipes, il faut apprécier les équipes. Moi, je suis de formation médecin généraliste et j'estime beaucoup les médecins généralistes. Et donc forcément, pour venir en appui, il faut connaître et respecter l'autre. Nos difficultés, des fois, pour coordonner convenablement, c'est justement de ne pas avoir de jugement et de prendre la situation telle qu'elle est et de voir comment on peut aider, appuyer et pas forcément trouver une solution préfète qui n'est pas adaptée aux besoins de l'équipe de terrain. Je ne sais pas si je suis bien.

**Asma :** Non, si, si. Par rapport au DAC, est-ce qu'aujourd'hui, vous avez le sentiment d'être assez connu, d'être assez visible, qu'on comprend vos missions ? Peut-être vous aussi, en tant que médecin coordonnateur, quand vous parlez aux médecins généralistes ou médecins traitants, est-ce qu'ils vous connaissent ? Est-ce qu'ils savent qu'il y a cet appui-là ?

**Madame D. :** En fait, ils sont complètement perdus parce qu'on était réseau de soins gérontologiques, réseau de soins gériatriques, puis on a fusionné avec les réseaux de soins PAL, puis après, on a intégré les MAIA, puis on devait être PTA, puis, on a été DAC. Donc, ils ne savent plus. Quand on les a au téléphone... Bon, alors après, moi, l'avantage,

c'est que ça fait 14 ans, donc ils me disent Madame D. Oui, ils vous connaissent par le nom, du coup. Mais finalement, des fois, quand on leur demande est-ce que vous savez ce que c'est le DAC ? Non ? Mais si vous savez ! C'est Marie, c'est Cindy... Ah, c'est ça le DAC ? Ah ouais, d'accord, OK. Et souvent, les médecins généralistes, aussi, quand on les a au téléphone, ils disent mais moi, je suis partant pour tout, pour qu'on m'aide, moi, je dis oui à tout. Enfin, le galère, je dis oui. Mais je ne suis pas sûre qu'ils sachent vraiment nos missions. Ouais, les missions. Mission 1, mission 3, enfin, voilà, non. Je pense qui ? C'est... Pour autant, ça fait des années qu'on fait de la com. On va peut-être changer les différents dispositifs, mais là, pour le coup, ces dernières années, on a tricoté, détricoté, les missions restent les mêmes. On a changé un peu les noms. Voilà.

**Asma :** C'est une difficulté, vous ? Du coup, est-ce que vous avez du mal à les solliciter ? Ou eux ont du mal à vous solliciter ? Est-ce que ça a un impact, aujourd'hui ? Ou c'est juste parce que c'est quand vous n'allez plus...

**Madame D. :** Non, je veux dire, vraiment, c'est plus dans les termes que l'on met pour échanger. Le travail, il a été... On nous a demandé de changer beaucoup au niveau des dispositifs de coordination. Mais, pour le coup, les professionnels savent répondre aux besoins. C'est juste les noms qui changent. C'est les noms qui changent. Et après, d'année en année, les indicateurs ont aussi augmenté. Ça, c'est chiant. Il faut qu'on remplisse des tableaux pour dire qu'on travaille avec plusieurs cases, des sous-groupes. Notre cœur de métier doit être auprès des malades et à domicile. Donc, des indicateurs, oui. Parce qu'il faut qu'on fasse un retour de notre activité, ce qu'on fait. Là, il y en a peut-être un peu trop.

**Asma :** D'accord. Donc, en soi, le travail reste le même, c'est juste qu'on a...

**Madame D. :** Vraiment, on vient mettre un nouveau nom. Non, je pense qu'ils sont perdus. La réponse... Pour avoir fait des FMC, où tout ça, à chaque fois, pour eux, c'est une mille-feuille, ça change toujours, on ne sait pas qui appeler, c'est toujours le même retour.

**Asma :** Pourtant, le but du DAC était vraiment de réunir et d'être un point dans une région. C'est comme les CPTS. Quand elles ont été créées, c'était pour avoir une base de données, une source, un appui. Finalement, ils se perdent encore dans les différents

noms qu'on donne aussi aujourd'hui. Il y a aussi cet aspect où ça marche beaucoup de nom en nom, de professionnel à un professionnel. Si je vous connais, je sais que je vais vous appeler vous, mais si je ne vous connais pas, parce que je viens d'arriver, par exemple, en ville. Donc, d'accord. C'est le plan. Et vous, comment on pourrait améliorer ça pour vous aujourd'hui ? Est-ce que vous avez déjà relevé quelques leviers pour enlever un peu cette image de mille feuilles qu'on retrouve aujourd'hui ?

**Madame D. :** (Réflexion), un numéro unique. Ce serait important. La possibilité. Oui, je pense qu'une porte d'entrée unique, c'est intéressant. Après, on parle toujours aussi du déchet intégré. Ça veut dire que, finalement, quelle que soit la porte où on fait la demande, les professionnels, ce qu'ils veulent, c'est qu'ils aient un souci sur une situation, qu'ils s'en fichent du dispositif qui va le prendre en charge. Ce qu'ils veulent, c'est qu'on apporte une solution. Donc, un numéro unique, c'est important. Mais on est aussi sur un guichet intégré. Ça veut dire que, si le professionnel appelle à la mairie, charge à la mairie d'interpeller le meilleur dispositif qui donnera une réponse. Mais il peut aussi appeler au service social de l'hôpital et que la réponse soit apportée. Ça, ça s'appelle un guichet intégré. Le professionnel, lui, ce qu'il veut, c'est que ce soit rapide et qu'il y ait un numéro. Et qu'on ait une réponse qui est apportée rapidement.

**Asma :** De savoir que c'est le DAC, le CPTS, le CLIC, le CCS, peu importe. Parce que c'est vrai que... Après, c'était un petit peu la vocation des DAC, non ? D'avoir ce rôle de mission de réorientation.

**Madame D. :** Pour les professionnels. Pour les professionnels. Après c'est les relai autonomie pour les usagers. Pour les usagers. Oui, oui, oui. Et antérieurement, les MAIA. Après, notre territoire... Oui. Notre territoire, la spécificité, c'est qu'on est un territoire riche. Finalement, des fois, les gens, ils savent plus qui appeler. Parce que finalement, on leur dit « Ah, pour la SEP, c'est Park sep. Pour les soins-balles, vous avez 4 unités de soins pal. » Vous pouvez appeler. Donc, des fois, c'est un peu... Finalement, la personne, elle a son petit réseau. Et puis, elle fonctionne comme ça.

**Asma :** D'accord. Vous trouvez que, du coup, c'est assez cloisonner ou assez fluide, la communication, aujourd'hui, dans ce type de... On reste cloisonné. Le DAC fait le DAC.

Le CLIC fait le CLIC. Le CCAS fait le CCAS. Est-ce que là, il y a vraiment cette... Parce que c'est des partenariats avec qui vous travaillez, sûrement, dans les situations. Mais est-ce que chacun reste sur ses missions et moi, je ne vais pas plus loin que ma mission ? Ou est-ce qu'on est... Est-ce que c'est assez cloisonné ou c'est plus fluide, finalement, quand...

**Madame D. :** Euh.... moi, j'aurais tendance à dire que oui, c'est encore cloisonné. Encore cloisonné ? Surtout entre... C'est compliqué. Parce qu'on parle du lien domicile-hôpital, mais on ne parle pas du lien entre le sanitaire et le médico-social, sur lequel la problématique, c'est le secret médical. Et donc, pour décroisonner ça, il faut qu'on puisse donner des informations. Et donc, moi, en tant que médecin, je ne peux pas donner des informations à une assistante sociale du CLIC. Et donc, forcément, il va y avoir des conflits de voisinage, forcément. Forcément, on va rester dans son cœur de mission parce qu'on ne peut pas non plus communiquer des infos sans... Il y a le secret médical et il y a aussi le consentement de la personne. Voilà. Du coup, j'aurais dit cloisonner. Et ces dernières années, ça se trouve de plus en plus.

**Asma :** D'accord. Vous observez du coup un...

**Madame D. :** Ils ont fait, mais parce qu'on s'améliore. Parce qu'on n'a pas le droit de donner, de divulguer des données. C'est RGPD, c'est le... C'est bien, parce qu'on s'améliore aussi, parce que le patient, il a le droit de dire ce qu'il souhaite. Et finalement, avant, la communication était peut-être plus simple parce qu'on ne se posait pas toutes ces questions. On donnait de l'info, on essayait d'avancer, puis après, au fur et à mesure, on s'est amélioré. Mais du coup, pour faire de la qualité, des fois, on est un peu embêté parce qu'il y a des choses où, par exemple, les outils ou les moyens, ils n'ont pas encore avancé. Et puis aussi parce que de plus en plus, les patients, et c'est super, ils veulent, ils vont aller regarder sur ChatGPT, sur Internet, et j'ai le droit de ça, et je veux ça. Et vous n'avez pas le droit de communiquer mes données. Donc oui, j'aurais dit plus.

**Asma :** Oui, cloisonné aujourd'hui, d'accord. Je revois un petit peu au niveau des questions, mais du coup, pour vous, quelles sont les limites du coup, aujourd'hui, qu'on va avoir dans l'action de la continuité des soins ? C'est quoi le moment où... On va réussir

à aller plus loin parce qu'il y a un frein organisationnel, ou manque de personnel, manque de temps ?

**Madame D. :** Alors, effectivement, ça, oui, mais... Enfin, voilà. Je ne vais pas dire... On pourra toujours demander plus, après, globalement (réfléchis), sur notre territoire, on est bien doté de dispositifs de coordination. Et... C'est les moyens de communication numérique. Finalement, à l'hôpital, on est quand même très... Le dossier est informatisé, mais il ne communique pas avec l'avis. Donc les freins, ce serait vraiment un dossier patient-communicant. Les autres freins, je pense, c'est... Oui, si les moyens... Je pense qu'on est en train de trouver des solutions, aussi, avec tout ce qui est IPA et délégation de tâches, par exemple, au niveau des pharmacies. Mais n'empêche qu'il faut centraliser tout ça, il faut coordonner tout ça. Est-ce qu'on ne joue pas un autre rôle à évoluer là-dessus, aussi ? Et le frein, mais le frein indéniable, c'est la complexité des patients. Ça, je ne l'ai pas abordé.

**Asma :** Oui. Chaque situation est différente. Il n'y a pas de parcours... Moi, je trouve qu'ils sont de plus en plus complexes.

**Madame D. :** Il y a 15 ans, on avait des patients qui avaient des enfants qui étaient dans la région... Enfin, j'exagère. Beaucoup d'enfants qui étaient dans la région et qui avaient une complexité unique. C'est-à-dire qu'ils étaient propriétaires de leur maison et ils avaient de la famille autour d'eux. Là, ces derniers temps, qu'est-ce qu'on voit ? On voit des patients qui logent des enfants qui sont en galère parce qu'ils n'ont pas de... Il y a aussi une complexité à la fois psychologique parce qu'avec le Covid, on sent que ça a été marquant. On est aussi sur des gens qui ne sont plus forcément... Ils n'ont plus autant de finances et autant de patrimoine qu'avant. On est sur des familles qui... Voilà. On voyage facilement. Oui, il y a des enfants, mais ils ne sont pas là et ils sont loin et ils ne peuvent pas aider facilement. Et puis après, il y a une complexité d'addictions aussi qui se majorent avec beaucoup, finalement, de drogues, d'alcool. Et finalement, moi, je trouve que ces derniers temps, les patients sont aussi beaucoup plus complexes à soigner avec peut-être moins d'étayage familial parce que la société, elle évolue. Elle évolue. Voilà. On a d'autres dimensions en fait. Oui, l'autre frein, c'est aussi de s'adapter à l'évolution de la société. Donc, quand on dit les enfants, par exemple, je vais dire en gériatrie, les enfants

doivent s'occuper de leurs parents. En fait, il y a 20 ans, on avait 4 enfants pour 2 parents. Maintenant, on n'en a plus qu'un pour 2 et encore, quand on n'est pas l'aidant d'un oncle ou d'une tante... Les enfants, ce n'est pas qu'ils ne veulent pas aider. C'est qu'ils ont trop de monde à aider. Oui, oui. Ils ont, eux, assez de sou. Ils disent, moi, j'aimerais bien m'occuper de mon papa, mais il faut que je travaille parce que si je ne travaille pas, je ne peux pas payer mon loyer ou mes études. Alors qu'avant, finalement, on était des fois sur des enfants dont un des enfants ne travaillait pas parce que c'est un peu cliché, là maintenant, souvent, les 2 personnes travaillent parce qu'il faut 2 personnes pour entretenir le loyer. Alors qu'avant, finalement, la femme travaillait à temps partiel et elle pouvait facilement aller s'occuper de la maman. Il y a eu une évolution de société aussi, mais je ne sais pas si on peut y jouer. Est-ce que c'est un... Grosse complexité. Des complexités dans de multiples domaines. Ou avant, il y avait... Finalement, le problème sanitaire, ce n'est pas le problème. Il va falloir régler le problème qui va être mettre des professionnels, mettre une mesure de protection, faire un plein de courses et après, on va pouvoir soigner la santé.

**Asma :** Oui, c'est vrai. Maintenant, on a vraiment la dimension... Après, c'est aussi le fait d'avoir la dimension globale du patient. On n'est pas que là sur la pathologie. On vient regarder tout l'environnement du patient qui influe du coup sur la pathologie. Et donc, du coup, situation complexe importante. Mais comme vous le dites, je pense qu'aussi c'est un des freins aujourd'hui qu'on a ou une limite. En tout cas, quelque chose sur lequel il faut se pencher. Je ne sais pas s'il faut mettre plus de personnes pour améliorer, pour fluidifier tout ça. Après, les réponses ne sont pas encore claires. Comment améliorer ? Déjà, peut-être l'analyser et après voir. Mais c'est un peu les dispositifs d'aujourd'hui, les DAC et tout ça. Ils ont cet aspect-là d'analyse, d'avoir ce... d'être en deuxième intention aussi pour pouvoir régler les problèmes.

**Madame D. :** La référence du DAC, elle prend ce rôle avant-là qu'on pouvait prendre peut-être les enfants, d'être finalement, de centraliser toute la complexité et d'être en appui.

**Asma :** Oui. D'accord. Pour vous, tout ce qui est DAC, tout dispositif de coordination, peu importe les noms, ils apportent plus qu'il n'en a ? quel est votre... Aujourd'hui, on entend

beaucoup l'ARS faire des appels à projets et puis après, les hôpitaux vont répondre ou les structures vont répondre aux appels à projets et on a aussi ce truc à un nouveau dispositif et souvent, on voit que l'émission ne change de très peu ou c'est juste un critère qui change à un autre. Pour vous, c'est important de tous les avoir ou aujourd'hui, il y en a trop ?

**Madame D. :** Euh... Nous, au niveau du DAC, on va vous dire qu'il n'y en a pas assez parce qu'on voit les ruptures. D'accord. Il y a des dispositifs sur le papier, il y a certains dispositifs où ce sont des coquilles vides, ça veut dire qu'il n'y a pas suffisamment de moyens pour apporter la réponse. Nous, demain, le référent du DAC, il est là pour aider les situations complexes, ressentis complexes, là où il y a des trous dans la raquette. Donc demain, on ne devrait plus exister si finalement le système de santé, il était dans un système de santé utopique. Les DAC n'ont pas vocation à être là. Et pour le coup, on a l'impression qu'au contraire, on nous donne de plus en plus de missions. C'est un peu comme les restos du cœur (rires). Au début, c'était là. C'était vocation juste à aller, on va donner un petit coup de main, puis après, on s'arrête et au fait, ça fait 15 ans qu'il y en a et il y a encore plus de besoins. C'est vrai, c'est une bonne métaphore. Je vois les référentes, elles sont hyper utiles dans leur accompagnement, c'est l'accompagnement dentel. Mais pour le coup, on espère, mon but c'est d'être au chômage (rires).

**Asma :** Oui, mais du coup, comment vous définissez une situation... Je suis un peu dans une situation à domicile, parce que là, c'est sûr que je n'y serai pas. Là, vous allez y rester, je pense. Mais du coup, comment vous définissez une situation complexe, parce que c'est quand là, il y a plusieurs facteurs qui...

**Madame D. :** Une situation complexe, c'est vraiment quand il y a une rupture de parcours et une rupture de parcours qui ne peut pas être résolue facilement avec l'équipe de base. Et pour être complexe, souvent, il y a du multi-domaine. Il n'y a pas que le sanitaire, il y a le financier, il y a l'environnemental, il y a le psychologique, et c'est vraiment multi-domaine. Les référentes, je les trouve géniales, parce que je ne connais que l'aspect médical, elles sont capables de faire un dossier administratif pour une demande d'aide administrative, elles sont capables de changer une prise de courant, de changer le fric (rires), c'est des...

**Asma :** Oui, de gérer un débarrassage de maison.

**Madame D. :** C'est ça. Elles s'adaptent et c'est de l'accompagnement vraiment dentelle. Je vois alors qu'il tourne, parce que j'ai une réunion dans 4 minutes.

**Asma :** Ok, mais c'est super parce qu'on arrive à la fin de toute façon. Là, je voulais... On a évoqué un peu... Vous m'avez évoqué à la communication numérique, et moi, je voulais un peu avoir votre point de vue, notamment sur ça. Est-ce que vous pensez que renforcer, peut-être mettre comme vous disiez, une plateforme qui va... unique, ça serait intéressant, comme le dossier partagé, on a à l'OMS l'hospitalier ?

**Madame D. :** Moi, je fais ce dont j'ai besoin. Ok. Ce qu'il faut, c'est que ce soit un outil national et obligatoire pour tous, sur lequel on paiera beaucoup, mais il y aura beaucoup de bascule, mais tout le monde l'aura, et ce sera le même. Parce que chacun, il va de son petit outil, et du coup, c'est pas du tout communicant. D'autres administrations l'ont fait, et donc, il faut vraiment que ce soit national. Les gens, ils bougent.

**Asma :** C'est comme les impôts, on sait où aller, les impôts, on sait, tout le monde sait quoi faire. Dans la santé, on n'a pas ce truc encore...

**Madame D. :** Non. Là, je vois, on a changé plusieurs fois de logiciel, et à chaque fois, ça reste notre logiciel métier à nous. Il faut que ce soit le logiciel métier qui s'articule avec un logiciel, je ne veux pas dire national, mais partout, pareil. En fait, finalement, il y a beaucoup d'argent qui sont mis région par région, mais pour structurer et architecturer un système d'information aussi gros que le système de santé, on peut le penser qu'à un niveau national, et qu'avec des gros moyens, et pour moi, la communication, elle se fera qu'en Belgique, c'est ce qu'ils ont. En Belgique, c'est ce qu'ils ont, ça fonctionne. Ça fonctionne

**Asma :** Ok. Donc peut-être s'inspirer...

**Madame D. :** C'est que les Belges me disent, mais je me méfie. Il faut aller voir en Belgique (rires).

**Asma :** Oui, c'est vrai. Non, mais après, à creuser, à creuser, aller voir... Et l'adapter à la française (rires), du coup. D'accord. Pour moi, c'était la dernière question que j'avais. On a abordé tous les thèmes.

**Madame D. :** Vous nous transmettez... Je m'en vais.

**Asma :** M. Vitry, oui, je transmettrai, et vous mettrai en copie. Merci beaucoup. Merci à vous.

**Madame D. :** Au revoir.

## Coordination des soins après hospitalisation : enjeux et perspectives

### **Résumé :**

Ce mémoire s'intéresse aux enjeux de coordination dans le parcours de soins à la sortie d'hospitalisation, en particulier entre les professionnels hospitaliers, médico-sociaux, sociaux et libéraux. À travers une étude qualitative menée dans la métropole lilloise, il explore la manière dont les professionnels perçoivent leurs missions de coordination, les obstacles rencontrés et les leviers mobilisables pour améliorer la continuité des soins. Dix-sept entretiens semi-directifs ont été réalisés auprès d'acteurs impliqués dans la coordination, permettant de faire émerger une typologie des pratiques, des dysfonctionnements et des besoins identifiés. Les résultats montrent une coordination encore inégale selon les territoires, un manque de reconnaissance de certaines fonctions clés, ainsi que des outils parfois inadaptés ou sous-utilisés. Le mémoire propose des recommandations concrètes, à la fois organisationnelles et managériales, pour renforcer l'efficacité des dispositifs existants, mieux valoriser les métiers de la coordination, et favoriser une approche globale et continue du parcours patient. Il met également en lumière l'importance d'un pilotage territorial clair, de formations adaptées et d'une meilleure intégration des familles et des aidants dans la démarche de coordination.

**Mots clés :** Coordination des soins, parcours de santé, sortie d'hospitalisation, acteurs médico-sociaux, continuité des prises en charge.

## Care Coordination After Hospitalization: Challenges and Perspectives

### **Abstract :**

This thesis examines the challenges of care coordination in post-hospital discharge pathways, particularly among hospital professionals, medico-social workers, social workers, and private practitioners. Through a qualitative study conducted in the Lille metropolitan area, it explores how professionals perceive their coordination roles, the obstacles they encounter, and the leverage points that could improve care continuity. Seventeen semi-structured interviews were conducted with stakeholders involved in coordination, revealing a typology of practices, dysfunctions, and identified needs. The results highlight uneven coordination across different regions, a lack of recognition for key coordination roles, and tools that are sometimes inadequate or underutilized. The thesis proposes concrete organizational and managerial recommendations to enhance the effectiveness of existing systems, better valorize coordination roles, and promote a holistic, continuous approach to patient pathways. It also underscores the importance of clear territorial governance, tailored training, and better integration of families and caregivers into the coordination process.

**Keywords:** Care coordination, Healthcare pathways, Hospital discharge, Medico-social actors, Continuity of care.