



**HAL**  
open science

# Territorial professional health communities and advanced practice nurses: levers for building care pathways from a city-hospital perspective

Noura Zaghmouri, Didier Poivret, Emeline, Mudric

## ► To cite this version:

Noura Zaghmouri, Didier Poivret, Emeline, Mudric. Territorial professional health communities and advanced practice nurses: levers for building care pathways from a city-hospital perspective. Congrès ALASS-GISEH, Jul 2024, Liège (Belgium), Belgium. hal-04635806

**HAL Id: hal-04635806**

**<https://hal.science/hal-04635806>**

Submitted on 4 Jul 2024

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

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

# **Les communautés professionnelles territoriales de santé et l'infirmière en pratique avancée, leviers de la construction du parcours de soins dans une perspective ville-hôpital**

Noura ZAGHMOURI<sup>1</sup>, Emeline MUDRIC<sup>2</sup>, Didier POIVRET<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Université de Reims Champagne-Ardenne, 57 Rue Pierre Taittinger 51100 Reims, 0662701579, noura.zaghmouri@univ-reims.fr

<sup>2</sup> Communauté Professionnelle Territoriale de Santé de Briey, 10 Jean Jaurès, 54640 Tucquegnieux, e.mudric@hotmail.fr

<sup>3</sup> Centre hospitalier de Briey Hôpital Maillot, 31 Av. Albert de Briey 54150 Val de Briey, didierpoivret@wanadoo.fr

---

## Résumé

L'étude présentée vise à évaluer l'impact des Communautés Professionnelles Territoriales de santé, structures de coordination, et des infirmiers en pratique avancée sur la coordination inter professionnelle et inter organisationnelle. En effet, si le parcours de soins constitue un enjeu majeur des politiques de santé au regard de l'évolution des besoins des patients et de la complexité de la prise en charge liée à la pluralité des acteurs impliqués [Minvielle & Kimberly, 2020], sa mise en œuvre demeure difficile et il devient impératif de trouver des moyens soutenant cette organisation. Dans cet objectif, une recherche-intervention est menée pendant une année au sein d'un territoire, autour de la mise en place du parcours ostéoporose. Les résultats mettent en lumière le rôle de coordination porté par l'infirmière en pratique avancée facilité par sa proximité avec les professionnels et les organisations de santé et l'instauration d'une communication informelle.

**Mots clés:** Travail en réseau, parcours de soins, communauté professionnelle territoriale de santé, infirmière en pratique avancée, coopération ville-hôpital

## Resumido

El objetivo de este estudio es evaluar el impacto de las Comunidades Profesionales Territoriales de Salud, las estructuras de coordinación y las enfermeras de práctica avanzada en la coordinación interprofesional e interorganizacional. Aunque la vía asistencial es un reto importante para las políticas sanitarias, dadas las necesidades cambiantes de los pacientes y la complejidad de la prestación asistencial, debido al gran número de actores implicados [Minvielle & Kimberly, 2020], sigue siendo difícil de implementar, y se hace imperativo encontrar formas de apoyar esta organización. Teniendo esto en cuenta, se llevó a cabo una investigación-intervención durante un año en un área, centrada en la implementación de una vía de osteoporosis. Los resultados ponen de relieve el papel de coordinación desempeñado por las enfermeras de práctica avanzada, facilitado por su proximidad a los profesionales y las organizaciones sanitarias y la comunicación informal.

**Palabras clave:** Redes, vía asistencial, comunidad sanitaria profesional territorial, enfermera de práctica avanzada, cooperación ciudad-hospital

## 1. Les défis de la coordination dans le système de soins

La complexification des prises en charges, articulées autour d'une pluralité de professionnels, impose une coordination des activités adaptée aux besoins de santé du patient [Cargnello-Charles & Franchistéguy-Couloume, 2019]. Le parcours de soins, instauré en France par la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, constitue un enjeu majeur des politiques de santé et s'inscrit dans cette perspective [Minvielle & Kimberly, 2020]. Cependant, en 2013, la Cour des comptes pointait déjà les déficits de coordination des parcours de soins autour du médecin traitant. En effet, le système de

soins est caractérisé par une pluralité de culture, des intérêts divergents [Denis *et al.*, 2007] et le côtoiement de communautés de pratiques définies comme des « des lieux où se construisent en permanence des modèles locaux, des représentations partagées, des jargon » [Cohendet *et al.*, 2003]. Le parcours de soins, modifiant le fonctionnement des activités, s'appuie sur un mécanisme d'adhésion et d'acceptation. Le « travail aux frontières interprofessionnelles et inter organisationnelles met en mouvement tout un réseau d'acteurs ayant des schèmes cognitifs, des valeurs et des intérêts multiples et souvent contradictoires » [Tremblay, 2008, p. 14].

Aussi, la non-coordination est une source de gaspillage [Berwick *et al.*, 2012], son traitement permettrait une économie de 5 à 10% des dépenses de santé. Elle est également une source d'évènements indésirables avec 10% d'hospitalisation concernées et génère une qualité de travail dégradée avec 25% du temps quotidien dédié à rattraper les défauts d'organisation.

Ainsi, le parcours impose donc une « coordination » du parcours tout le long du parcours entre professionnels et avec les patients. L'émergence de nouvelles structures organisationnelles, telles que les Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) et l'arrivée de nouveaux métiers, notamment l'infirmier de pratique avancée (IPA) constituent des pistes prometteuses dans l'amélioration de la coordination qui restent à démontrer. L'étude présentée vise à évaluer l'impact des CPTS et de l'IPA sur la coordination inter professionnelle et inter organisationnelle dans une perspective ville-hôpital.

## **2. Cadre méthodologique et empirique**

Malgré les nombreux efforts menés afin de favoriser la mise en place du parcours de soins, celui-ci demeure difficile à mettre en place. L'étude menée vise à identifier les modalités d'influence des CPTS et des IPA sur la coordination inter professionnelle et inter organisationnelle dans une perspective de parcours de soins. Afin de répondre à cette problématique, nous mobilisons une recherche-intervention nous amenant au plus près du processus d'élaboration et de mise en œuvre du parcours de soins.

Nos investigations s'inscrivent dans une application des principes épistémologiques de l'observation scientifique de l'approche qualimétrique présentés par Buono *et al.* [2018] :

- L'interactivité cognitive, les données collectées sont issues des interactions entre le chercheur et les acteurs de l'organisation ;
- L'intersubjectivité contradictoire, les données collectées sont validées par consensus grâce à la technique de l' « effet miroir » [Krief et Zardet, 2013, p. 217]. Cette méthode permet de confronter nos interprétations des données collectées à l'avis des acteurs et soutient la pratique de réflexivité permettant une validité de l'analyse réalisée. Elle permet également l'obtention d'informations supplémentaires en renvoyant nos analyses aux acteurs qui peuvent alors les commenter, les préciser ou

les discuter. Le chercheur se positionne en tant qu'expert sur les données collectées ;

- La contingence générique, le chercheur prend une certaine distance vis-à-vis des données collectées et validées à partir de la littérature existante sur le thème de la recherche. La diversité des sources de données permet un caractère générique des données produites malgré les spécificités du contexte de la recherche. « C'est ce qui traduit le principe de contingence générique des résultats d'une recherche-intervention » [Buono *et al.*, 2018, p. 106].

Tout au long de notre intervention, nous mobilisons un raisonnement abductif visant à « générer des questions et hypothèses nouvelles à partir de l'observation de situations concrètes » Aggeri [2016, p. 5]. Nos observations et réflexions sont constamment discutées avec les acteurs de l'organisation et des pistes de réflexion sont émises. La validation des connaissances se fait chemin faisant par les acteurs au cours du processus de création de connaissances. Cette pratique permet de dépasser de potentielles hypothèses et ainsi, de nous ouvrir à des explications qui ne correspondraient pas forcément à nos attentes.

### **3. Les premiers résultats, la construction d'un parcours ostéoporose**

Les résultats présentés ici portent sur la construction du parcours ostéoporose au sein d'un territoire français. L'ostéoporose est associée à des taux de morbidité et mortalité élevés [Leboucher *et al.*, 2024]. Elle provoque une fracture chez 1 femme sur 3 et 1 homme sur 5 de plus de 50 ans, suivie dans les deux ans, d'une deuxième fracture, notamment du col fémoral dans 50% des cas. Cette dernière engage le pronostic vital avec la survenue du décès dans 30 % des cas et une perte d'autonomie chez 50 % des survivants. Cependant, seuls 15 % des patients ostéoporotiques sont traités alors que les traitements actuels réduisent jusqu'à 80 % le risque de récurrence et améliorent la qualité et l'espérance de vie. Aussi, 50 % des patients pris en charge abandonnent leur traitement à 1 an.

Dans ce contexte, un parcours de soins des patients atteints d'ostéoporose a été construit conjointement par les médecins rhumatologues du service d'hospitalisation de jour d'un établissement hospitalier et les professionnels de la CPTS avec l'accompagnement de l'Agence Régionale de Santé. Ce parcours s'inscrit dans une prise en charge interdisciplinaire ville-hôpital de l'ostéoporose et est coordonné par une infirmière en pratique avancée exerçant au sein du CPTS. Le parcours de soins est accessible au patient atteint d'ostéoporose selon deux voies possibles : la voie hospitalière, après une hospitalisation, et la voie de la médecine de ville. En effet, les professionnels de santé de ville peuvent, après accord du patient, prendre contact avec la

coordinatrice du parcours, l'infirmière en pratique avancée. L'objectif principal du parcours est :

« une meilleure adhésion des patients aux traitement médicamenteux et non-médicamenteux avec un objectif de 50% d'adhésion à 2 ans » (médecin rhumatologue) ;

« une plus grande participation des professionnels au suivi des patients atteints d'ostéoporose » (50% des médecins généralistes du territoire participent au parcours) (médecin rhumatologue).

Le parcours de soins apparait ainsi centré autour de l'infirmière en pratique avancée et le médecin traitant (cf. figure 1).

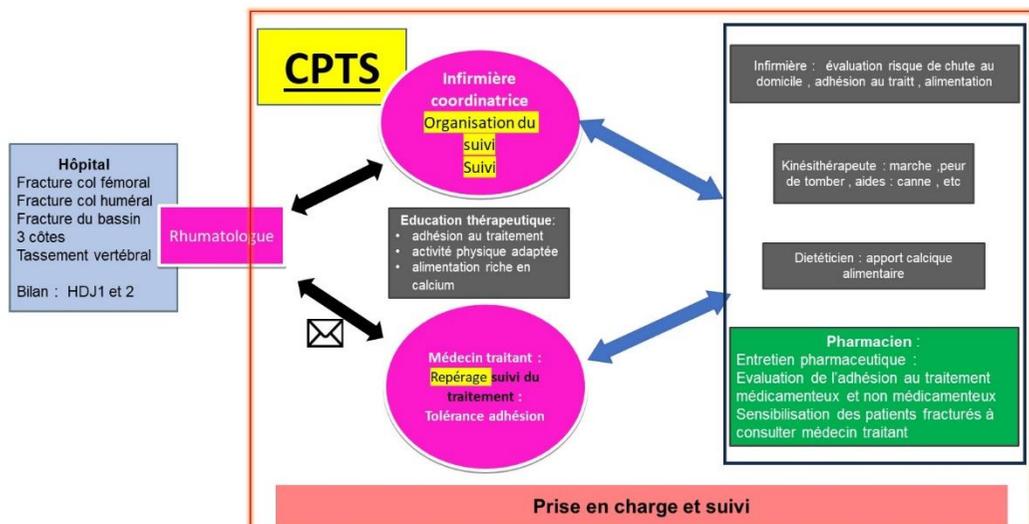


Figure 1. Formalisation du parcours de soins ostéoporose

Aussi, les résultats permettent d'identifier les mécanismes de coordination articulés autour d'outils informatiques et l'instauration de moments d'échange informels initiés principalement par l'infirmière en pratique avancée. Cette dernière organise de manière régulière des repas avec les acteurs de santé du territoire. Les professionnels de santé reconnaissent leur souhait de davantage travailler en partenariat avec d'autres professionnels, le parcours de soins ouvre ainsi cette opportunité :

« c'est difficile d'être seul » (médecin généraliste)

Le travail de recherche mené met en évidence l'importance de construire un système social régulé par des temps informels.

## Références bibliographiques

- Aggeri, F. (2016). 4. In : *À la pointe du management: Ce que la recherche apporte au manager* (J. Barthélemy, ed), pp. 79-100. Dunod, Paris.
- Berwick, D. M., & Hackbarth, A. D. (2012). *Eliminating waste in US health care*. *Jama*, 307, 1513-1516.
- Cargnello-Charles, E., & Franchistéguy-Couloume, I. (2019). Le parcours de soins, un levier vers une intégration des soins?. *Gestion 2000*, 36, 69-89.
- Cohendet, P., Créplet, F., & Dupouët, O. (2003). Innovation organisationnelle, communautés de pratique et communautés épistémiques: le cas de Linux. *Revue française de gestion*, 5, 99-121.
- Buono, A. F., Savall, H., & Cappelletti, L. (2018). *La recherche-intervention dans les entreprises et les organisations*. IAP, Charlotte NC.
- Denis, J. L., Langley, A., & Rouleau, L. (2007). Strategizing in pluralistic contexts: Rethinking theoretical frames. *Human relations*, 60, 179-215.
- Krief, N., & Zardet, V. (2013). Analyse de données qualitatives et recherche-intervention. *Recherches en sciences de gestion*, 2, 211-237.
- Leboucher, C., Morin, M., & Barbier, S. (2024). Combiner des bases de données en libre accès pour évaluer l'épidémiologie de l'ostéoporose en France. *Journal of Epidemiology and Population Health*, 72, 202-316.
- Minvielle, É., & Kimberly, J. (2020). Rémunération à la qualité. Récompenser les efforts organisationnels le long du parcours du patient. *Journal de gestion et d'économie de la santé*, 38, 242-252.
- Tremblay, D. (2008). *La traduction d'une innovation organisationnelle dans les pratiques professionnelles de réseau : l'infirmière pivot en oncologie*. [Ph.D. thesis]. Montréal: Université de Montréal; 2008.