



HAL
open science

Évaluation des moyens nécessaires à la coordination des professionnels de santé pour la prise en charge des patients à domicile, sur la commune de Frontignan

Alexandre Albaric

► To cite this version:

Alexandre Albaric. Évaluation des moyens nécessaires à la coordination des professionnels de santé pour la prise en charge des patients à domicile, sur la commune de Frontignan. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-02950760

HAL Id: dumas-02950760

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02950760v1>

Submitted on 28 Sep 2020

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

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



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

UNIVERSITE DE MONTPELLIER
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par

Alexandre ALBARIC

Le 22 MARS 2018

**Evaluation des moyens nécessaires à la coordination
des professionnels de santé pour la prise en charge des patients à domicile,
sur la commune de Frontignan**

Directeur de thèse : *Monsieur le Docteur Jean-Christophe CALMES*

JURY

Président : *Monsieur le Professeur Michel AMOUYAL*

Assesseurs: *Monsieur le Professeur Nicolas NAGOT,*

Monsieur le Docteur Marc GARCIA

Et

Monsieur le Docteur Jean-Christophe CALMES

UNIVERSITE DE MONTPELLIER
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par

Alexandre ALBARIC

Le 22 MARS 2018

**Evaluation des moyens nécessaires à la coordination
des professionnels de santé pour la prise en charge des patients à domicile,
sur la commune de Frontignan**

Directeur de thèse : *Monsieur le Docteur Jean-Christophe CALMES*

JURY

Président : *Monsieur le Professeur Michel AMOUYAL*

Assesseurs: *Monsieur le Professeur Nicolas NAGOT,*

Monsieur le Docteur Marc GARCIA

Et

Monsieur le Docteur Jean-Christophe CALMES

ANNEE UNIVERSITAIRE 2017 - 2018

PERSONNEL ENSEIGNANT

I. Professeurs Honoraires

ALLIEU Yves
ALRIC Robert
ARNAUD Bernard
ASTRUC Jacques
AUSSILLOUX Charles
AVEROUS Michel
AYRAL Guy
BAILLAT Xavier
BALDET Pierre
BALDY-MOULINIER Michel
BALMES Jean-Louis
BALMES Pierre
BANSARD Nicole
BAYLET René
BILLIARD Michel
BLARD Jean-Marie
BLAYAC Jean Pierre
BLOTMAN Francis
BONNEL François
BOUDET Charles
BOURGEOIS Jean-Marie
BRUEL Jean Michel
BUREAU Jean-Paul
BRUNEL Michel
CALLIS Albert
CANAUD Bernard
CASTELNAU Didier
CHAPTAL Paul-André
CIURANA Albert-Jean
CLOT Jacques
D'ATHIS Françoise
DEMAILLE Jacques
DESCOMPS Bernard

DIMEGLIO Alain
DU CAILAR Jacques
DUBOIS Jean Bernard
DUMAS Robert
DUMAZER Romain
ECHENNE Bernard
FABRE Serge
FREREBEAU Philippe
GALIFER René Benoît
GODLEWSKI Guilhem
GRASSET Daniel
GROLLEAU-RAOUX Robert
GUILHOU Jean-Jacques
HERTAULT Jean
HUMEAU Claude
JAFFIOL Claude
JANBON Charles
JANBON François
JARRY Daniel
JOYEUX Henri
LAFFARGUE François
LALLEMANT Jean Gabriel
LAMARQUE Jean-Louis
LAPEYRIE Henri
LESBROS Daniel
LOPEZ François Michel
LORIOT Jean
LOUBATIERES Marie Madeleine
MAGNAN DE BORNIER Bernard
MARY Henri
MATHIEU-DAUDE Pierre

MEYNADIER Jean
MICHEL François-Bernard
MICHEL Henri
MION Charles
MION Henri
MIRO Luis
NAVARRO Maurice
NAVRATIL Henri
OTHONIEL Jacques
PAGES Michel
PEGURET Claude
POUGET Régis
PUECH Paul
PUJOL Henri
PUJOL Henry
RABISCHONG Pierre
RAMUZ Michel
RIEU Daniel
RIOUX Jean-Antoine
ROCHFORT Henri
ROUANET DE VIGNE LAVIT Jean
Pierre
SAINT AUBERT Bernard
SANCHO-GARNIER Hélène
SANY Jacques
SENAC Jean-Paul
SERRE Arlette
SIMON Lucien
SOLASSOL Claude
THEVENET André
VIDAL Jacques
VISIER Jean Pierre

II.

III. Professeurs Emérites

ARTUS Jean-Claude
BLANC François
BOULENGER Jean-Philippe
BOURREL Gérard
BRINGER Jacques
CLAUSTRES Mireille
DAURES Jean-Pierre
DAUZAT Michel
DEDET Jean-Pierre
ELEDJAM Jean-Jacques
GUERRIER Bernard
JOURDAN Jacques
MAURY Michèle
MILLAT Bertrand
MARES Pierre
MONNIER Louis
PRAT Dominique
PRATLONG Francine
PREFAUT Christian
PUJOL Rémy

ROSSI Michel
SULTAN Charles
TOUCHON Jacques
VOISIN Michel
ZANCA Michel

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

IV. PU-PH de classe exceptionnelle

ALBAT Bernard - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
ALRIC Pierre - Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
BACCINO Eric - Médecine légale et droit de la santé
BASTIEN Patrick - Parasitologie et mycologie
BONAFE Alain - Radiologie et imagerie médicale
CAPDEVILA Xavier - Anesthésiologie-réanimation
COMBE Bernard - Rhumatologie
COSTA Pierre - Urologie
COTTALORDA Jérôme - Chirurgie infantile
COUBES Philippe - Neurochirurgie
CRAMPETTE Louis - Oto-rhino-laryngologie
CRISTOL Jean Paul - Biochimie et biologie moléculaire
DAVY Jean Marc - Cardiologie
DE LA COUSSAYE Jean Emmanuel - Anesthésiologie-réanimation
DELAPORTE Eric - Maladies infectieuses ; maladies tropicales
DE WAZIERES Benoît - Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
DOMERGUE Jacques - Chirurgie générale
DUFFAU Hugues - Neurochirurgie
DUJOLS Pierre - Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
ELIAOU Jean François - Immunologie
FABRE Jean Michel - Chirurgie générale
GUILLOT Bernard - Dermato-vénéréologie
HAMAMAH Samir-Biologie et Médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
HEDON Bernard-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
HERISSON Christian-Médecine physique et de réadaptation
JABER Samir-Anesthésiologie-réanimation
JEANDEL Claude-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
JONQUET Olivier-Réanimation ; médecine d'urgence
JORGENSEN Christian-Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
KOTZKI Pierre Olivier-Biophysique et médecine nucléaire
LANDAIS Paul-Epidémiologie, Economie de la santé et Prévention
LARREY Dominique-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
LEFRANT Jean-Yves-Anesthésiologie-réanimation
LE QUELLEC Alain-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
MARTY-ANE Charles - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
MAUDELONDE Thierry - Biologie cellulaire
MERCIER Jacques - Physiologie
MESSNER Patrick - Cardiologie
MOURAD Georges-Néphrologie
PELISSIER Jacques-Médecine physique et de réadaptation
RENARD Eric-Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
REYNES Jacques-Maladies infectieuses, maladies tropicales
RIBSTEIN Jean-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
RIPART Jacques-Anesthésiologie-réanimation
ROUANET Philippe-Cancérologie ; radiothérapie
SCHVED Jean François-Hématologie; Transfusion
TAOUREL Patrice-Radiologie et imagerie médicale
UZIEL Alain -Oto-rhino-laryngologie
VANDE PERRE Philippe-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
YCHOU Marc-Cancérologie ; radiothérapie

PU-PH de 1^{re} classe

AGUILAR MARTINEZ Patricia-Hématologie ; transfusion

AVIGNON Antoine-Nutrition
 AZRIA David -Cancérologie ; radiothérapie
 BAGHDADLI Amaria-Pédopsychiatrie ; addictologie
 BEREGI Jean-Paul-Radiologie et imagerie médicale
 BLAIN Hubert-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
 BLANC Pierre-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
 BORIE Frédéric-Chirurgie digestive
 BOULOT Pierre-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
 CAMBONIE Gilles -Pédiatrie
 CAMU William-Neurologie
 CANOVAS François-Anatomie
 CARTRON Guillaume-Hématologie ; transfusion
 CHAMMAS Michel-Chirurgie orthopédique et traumatologique
 COLSON Pascal-Anesthésiologie-réanimation
 CORBEAU Pierre-Immunologie
 COSTES Valérie-Anatomie et cytologie pathologiques
 COURTET Philippe-Psychiatrie d'adultes ; addictologie
 CYTEVAL Catherine-Radiologie et imagerie médicale
 DADURE Christophe-Anesthésiologie-réanimation
 DAUVILLIERS Yves-Physiologie
 DE TAYRAC Renaud-Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale
 DEMARIA Roland-Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
 DEMOLY Pascal-Pneumologie ; addictologie
 DEREURE Olivier-Dermatologie - vénéréologie
 DROUPY Stéphane -Urologie
 DUCROS Anne-Neurologie -
 FRAPIER Jean-Marc-Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
 KLOUCHE Kada-Réanimation ; médecine d'urgence
 KOENIG Michel-Génétique moléculaire
 LABAUGE Pierre- Neurologie
 LAFFONT Isabelle-Médecine physique et de réadaptation
 LAVABRE-BERTRAND Thierry-Cytologie et histologie
 LECLERCQ Florence-Cardiologie
 LEHMANN Sylvain-Biochimie et biologie moléculaire
 LUMBROSO Serge-Biochimie et Biologie moléculaire
 MARIANO-GOULART Denis-Biophysique et médecine nucléaire
 MATECKI Stéfan -Physiologie
 MEUNIER Laurent-Dermato-vénéréologie
 MONDAIN Michel-Oto-rhino-laryngologie
 MORIN Denis-Pédiatrie
 NAVARRO Francis-Chirurgie générale
 PAGEAUX Georges-Philippe-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
 PETIT Pierre-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
 PERNEY Pascal-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
 PUJOL Jean Louis-Pneumologie ; addictologie
 PUJOL Pascal-Biologie cellulaire
 PURPER-OUAKIL Diane-Pédopsychiatrie ; addictologie
 QUERE Isabelle-Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
 SOTTO Albert-Maladies infectieuses ; maladies tropicales
 TOUITOU Isabelle-Génétique
 TRAN Tu-Anh-Pédiatrie
 VERNHET Hélène-Radiologie et imagerie médicale

V. PU-PH de 2ème classe

ASSEMAT Éric-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
 BERTHET Jean-Philippe-Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
 BOURDIN Arnaud-Pneumologie ; addictologie
 CANAUD Ludovic-Chirurgie vasculaire ; Médecine Vasculaire
 CAPDEVIELLE Delphine-Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
 CAPTIER Guillaume-Anatomie

CAYLA Guillaume-Cardiologie
 CHANQUES Gérald-Anesthésiologie-réanimation
 COLOMBO Pierre-Emmanuel-Cancérologie ; radiothérapie
 COSTALAT Vincent-Radiologie et imagerie médicale
 COULET Bertrand-Chirurgie orthopédique et traumatologique
 CUVILLON Philippe-Anesthésiologie-réanimation
 DAIEN Vincent-Ophtalmologie
 DE VOS John-Cytologie et histologie
 DORANDEU Anne-Médecine légale -
 DUPEYRON Arnaud-Médecine physique et de réadaptation
 FESLER Pierre-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
 GARREL Renaud -Oto-rhino-laryngologie
 GAUJOUX Viala Cécile-Rhumatologie
 GENEVIEVE David-Génétique
 GODREUIL Sylvain-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
 GUILLAUME Sébastien-Urgences et Post urgences psychiatriques -
 GUILPAIN Philippe-Médecine Interne, gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie
 GUIU Boris-Radiologie et imagerie médicale
 HAYOT Maurice-Physiologie
 HOUEDE Nadine-Cancérologie ; radiothérapie
 JACOT William-Cancérologie ; Radiothérapie
 JUNG Boris-Réanimation ; médecine d'urgence
 KALFA Nicolas-Chirurgie infantile
 KOUYOUMDJIAN Pascal-Chirurgie orthopédique et traumatologique
 LACHAUD Laurence-Parasitologie et mycologie
 LALLEMANT Benjamin-Oto-rhino-laryngologie
 LAVIGNE Jean-Philippe-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
 LE MOING Vincent-Maladies infectieuses ; maladies tropicales
 LETOUZEY Vincent-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
 LOPEZ CASTROMAN Jorge-Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
 LUKAS Cédric-Rhumatologie
 MAURY Philippe-Chirurgie orthopédique et traumatologique
 MILLET Ingrid-Radiologie et imagerie médicale
 MORANNE Olivier-Néphrologie
 MOREL Jacques -Rhumatologie
 NAGOT Nicolas-Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
 NOCCA David-Chirurgie digestive
 PANARO Fabrizio-Chirurgie générale
 PARIS Françoise-Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
 PASQUIE Jean-Luc-Cardiologie
 PEREZ MARTIN Antonia-Physiologie
 POUDEROUX Philippe-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
 PRUDHOMME Michel-Anatomie
 RIGAU Valérie-Anatomie et cytologie pathologiques
 RIVIER François-Pédiatrie
 ROGER Pascal-Anatomie et cytologie pathologiques
 ROSSI Jean François-Hématologie ; transfusion
 ROUBILLE François-Cardiologie
 SEBBANE Mustapha-Anesthésiologie-réanimation
 SEGNARBIEUX François-Neurochirurgie
 SIRVENT Nicolas-Pédiatrie
 SOLASSOL Jérôme-Biologie cellulaire
 SULTAN Ariane-Nutrition
 THOUVENOT Éric-Neurologie
 THURET Rodolphe-Urologie
 VENAIL Frédéric-Oto-rhino-laryngologie
 VILLAIN Max-Ophtalmologie
 VINCENT Denis -Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
 VINCENT Thierry-Immunologie
 WOJTUSCISZYN Anne-Endocrinologie-diabétologie-nutrition

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

1^{re} classe :

COLINGE Jacques - Cancérologie, Signalisation cellulaire et systèmes complexes

2^{ème} classe :

LAOUDJ CHENIVESSE Dalila - Biochimie et biologie moléculaire

VISIER Laurent - Sociologie, démographie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - Médecine générale

1^{re} classe :

LAMBERT Philippe

2^{ème} classe :

AMOUYAL Michel

VI. PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine Générale

DAVID Michel

RAMBAUD Jacques

VII. PROFESSEUR ASSOCIE - Médecine

BESSIS Didier - Dermato-vénéréologie)

PERRIGAULT Pierre-François - Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence

ROUBERTIE Agathe – Pédiatrie

Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

MCU-PH Hors classe

CACHEUX-RATABOUL Valère-Génétique

CARRIERE Christian-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

CHARACHON Sylvie-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

FABBRO-PERAY Pascale-Epidémiologie, économie de la santé et prévention

HILLAIRE-BUYS Dominique-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

PELLESTOR Franck-Cytologie et histologie

PUJOL Joseph-Anatomie

RAMOS Jeanne-Anatomie et cytologie pathologiques

RICHARD Bruno-Thérapeutique ; addictologie

RISPAIL Philippe-Parasitologie et mycologie

SEGONDY Michel-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

STOEBNER Pierre -Dermato-vénéréologie

MCU-PH de 1^{re} classe

ALLARDET-SERVENT Annick-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

BADIOU Stéphanie-Biochimie et biologie moléculaire

BOUDOUSQ Vincent-Biophysique et médecine nucléaire

BOULLE Nathalie-Biologie cellulaire

BOURGIER Céline-Cancérologie ; Radiothérapie

BRET Caroline -Hématologie biologique

COSSEE Mireille-Génétique Moléculaire

GABELLE DELOUSTAL Audrey-Neurologie

GIANSILY-BLAIZOT Muriel-Hématologie ; transfusion

GIRARDET-BESSIS Anne-Biochimie et biologie moléculaire

LAVIGNE Géraldine-Hématologie ; transfusion

LE QUINTREC Moglie-Néphrologie

MATHIEU Olivier-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

MENJOT de CHAMPFLEUR Nicolas-Neuroradiologie

MOUZAT Kevin-Biochimie et biologie moléculaire

PANABIERES Catherine-Biologie cellulaire

PHILIBERT Pascal-Biologie et médecine du développement et de la reproduction

RAVEL Christophe - Parasitologie et mycologie

SCHUSTER-BECK Iris-Physiologie
STERKERS Yvon-Parasitologie et mycologie
TUAILLON Edouard-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
YACHOUH Jacques-Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
MCU-PH de 2^{ème} classe
BERTRAND Martin-Anatomie
BRUN Michel-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
DU THANH Aurélie-Dermato-vénérologie
GALANAUD Jean Philippe-Médecine Vasculaire
GOUZI Farès-Physiologie
JEZIORSKI Éric-Pédiatrie
KUSTER Nils-Biochimie et biologie moléculaire
LESAGE François-Xavier-Médecine et Santé au Travail
MAKINSON Alain-Maladies infectieuses, Maladies tropicales
MURA Thibault-Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
OLIE Emilie-Psychiatrie d'adultes ; addictologie
THEVENIN-RENE Céline-Immunologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - Médecine Générale

COSTA David
FOLCO-LOGNOS Béatrice

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES - Médecine Générale

CLARY Bernard
GARCIA Marc
MILLION Elodie
PAVAGEAU Sylvain
REBOUL Marie-Catherine
SEGURET Pierre

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

VIII. Maîtres de Conférences hors classe

BADIA Eric - Sciences biologiques fondamentales et cliniques

IX. Maîtres de Conférences de classe normale

BECAMEL Carine - Neurosciences
BERNEX Florence - Physiologie
CHAUMONT-DUBEL Séverine - Sciences du médicament et des autres produits de santé
CHAZAL Nathalie - Biologie cellulaire
DELABY Constance - Biochimie et biologie moléculaire
GUGLIELMI Laurence - Sciences biologiques fondamentales et cliniques
HENRY Laurent - Sciences biologiques fondamentales et cliniques
LADRET Véronique - Mathématiques appliquées et applications des mathématiques
LAINE Sébastien - Sciences du Médicament et autres produits de santé
LE GALLIC Lionel - Sciences du médicament et autres produits de santé
LOZZA Catherine - Sciences physico-chimiques et technologies pharmaceutiques
MAIMOUN Laurent - Sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé
MOREAUX Jérôme - Science biologiques, fondamentales et cliniques
MORITZ-GASSER Sylvie - Neurosciences
MOUTOT Gilles - Philosophie
PASSERIEUX Emilie - Physiologie
RAMIREZ Jean-Marie - Histologie
TAULAN Magali - Biologie Cellulaire

X. PRATICIENS HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES

CLAIRE DAIEN-Rhumatologie
BASTIDE Sophie-Epidémiologie, économie de la santé et prévention
FAILLIE Jean-Luc-
Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
GATINOIS Vincent-Histologie, embryologie et cytogénétique

HERLIN Christian -Chirurgie plastique ; reconstructrice et esthétique ; brûlologie
HERRERO Astrid-Chirurgie générale
PANTEL Alix-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
PERS Yves-Marie-Thérapeutique, médecine d'urgence ; addictologie
PINETON DE CHAMBRUN Guillaume-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
TORRE Antoine-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

REMERCIEMENTS

A monsieur le Professeur Michel Amouyal, PU de médecine générale :

Merci de me faire l'honneur d'avoir accepté de présider ma thèse de médecine. Veuillez accepter ma sincère reconnaissance et ma profonde considération.

A monsieur le Professeur Nicolas Nagot, PU-PH de bio statistiques, informatique médicale et technologies de la communication :

Merci de me faire l'honneur de participer à ce jury et d'apporter votre avis de spécialiste à ce travail. Veuillez trouver ici le témoignage de ma sincère gratitude.

A monsieur le Docteur Garcia Marc, maitre de conférence associé de médecine générale :

Merci de me faire l'honneur de participer à ce jury et merci de votre intérêt pour ce travail. Veuillez trouver ici le témoignage de ma sincère gratitude.

A monsieur le Docteur Jean Christophe Calmes, maitre de stage de médecine générale :

Merci de me faire l'honneur de participer à ce jury et d'avoir été mon directeur de thèse. Merci pour ta disponibilité, ta gentillesse et de ton aide précieuse pendant toute la durée de ce travail. Merci de m'avoir reçu lors de mon dernier stage d'internat de médecine générale, à Frontignan. J'ai pu appréhender dans les meilleures conditions mon futur métier. J'ai découvert chez toi un médecin passionné, à l'écoute de ses patients, investi auprès de ses confrères, et des étudiants en médecine. Ce fut un plaisir de travailler avec toi. Reçoit toute mon amitié et ma sincère reconnaissance.

Merci à ma famille :

A mes parents, pour votre soutien inconditionnel, votre aide si précieuse, votre disponibilité et tout le temps que vous m'avez consacré tout au long de ces longues études mais aussi avant. Je vous dois beaucoup, vous êtes formidables. Merci du fond du coeur.

A ma mère, Soraya, pour ton dévouement à tout épreuve, tous ces allers retour, ces bons petits plats cuisinés et les milliers de petites attentions que tu me donnes chaque jour.

A mon père, Pierre, de m'avoir donné envie de faire ce métier, d'avoir été un exemple pour moi. Travailler à tes côtés est un plaisir, merci de m'offrir cette chance.

A ma sœur, Caroline, et merci à Florian, pour ces moments passés ensemble en famille. Merci pour votre aide lors des déménagements et de m'avoir hébergé de temps à autre. Je vous souhaite plein de bonheur dans votre vie bientôt à 3.

A ma grand-mère, mamie Zet, pour son soutien et ses précieux conseils. Merci de m'avoir autant gâté et de t'être toujours aussi bien occupé de moi.

A mon grand-père, papou, pour son soutien également, ses blagues et ses astuces, toujours là quand j'en ai besoin.

A ma grand-mère, mamie Nani et à mon grand-père, papi Mounzer, une pensée pour vous. J'aurais aimé que vous soyez parmi nous pour voir la fin de mes études, votre souvenir m'accompagne dans toutes les étapes de ma vie.

A mes tantes, Claire et Josiane. A mes oncles, Olivier et Jean François. A mes cousines et mon cousin, Elsa, Marion, et Quentin. Merci pour tous ces bons moments passés en famille.

Merci à mes amis

A la famille de Nîmes, pour ces années formidables d'externat vécues ensemble. Camille, Lyla, Caro, Ade, Sami, Adel, Andreas, Antoine, Nico Marty, Nico Navarro, Thomas, Lucas, Thibaut, Zaza, Karim. C'est toujours un plaisir de vous revoir et de passer des supers moments avec vous.

A mes co internes des différents stages de Béziers, Perpignan, du Grau du Roi.

A Anais, Oriane et Lorris, et Sébastien, « mon pote », à qui je souhaite tous mes vœux de bonheur avec sa jolie petite famille (Ben, Ambre et Louise).

A mes amis de Sète.

A Emilie, ma chatone, merci pour tous ces bons moments partagés ensemble. Ta générosité, ton enthousiasme, ton sourire, ont égaillé ces belles années à tes côtés. Merci de m'avoir aidé à réunir toutes les signatures. Tu m'as toujours soutenu et encouragé, tu as été mon appui tout au long de ce travail.

Merci à mes maitres de stage

A tous ceux qui m'ont accueilli sur mes différents terrains de stage, merci particulièrement au Dr Bertrand Billet, au Dr Philippe Guillot, Dr Fesneau et Dr Catalan.

ABREVIATIONS

AcBUS : Accord de Bon Usage des Soins

AIT : Accident Ischémique Transitoire

ARS : Agence régionale de santé

ASIP : Agence des Systèmes d'Information Partagés de Santé

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

BPCO : Broncho Pneumopathie Chronique Obstructive

CCAS : Centre Communale d'Action Sociale

CH : Centre Hospitalier

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CNAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé

CRP : Protéine C Réactive

DMP : Dossier Médical Partagé

DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins

DREES : Direction de la Recherche des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

ESP : Equipe de Soins Primaires

EVA : Echelle Visuelle Analogique

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

Fc : Fréquence cardiaque

GAIA : Groupe Associatif Interdisciplinaire d'Accompagnement

HAD : Hospitalisation A Domicile

HAS : Haute Autorité de Santé

HBT : Hopitaux du Bassin de Thau

ICM : Institut du Cancer de Montpellier

IDE : Infirmier Diplômé d'Etat

INR : International Normalized Ratio

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

LAP : Logiciel d'Aide à la Prescription

MD : Majoration Déplacement

MSP : Maison de Santé Pluri professionnelle

MSS : Messagerie Sécurisée de Santé

NGAP : Nomenclature Générale des Actes Professionnels

ROSP : Rémunérations sur Objectif de Santé Publique

SASPAS : Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée

Sat : Saturation en oxygène

SISA : Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires

SMS : Short Message Service

TA : Tension Artérielle

VSM : Volet de Synthèse médicale

Sommaire

REMERCIEMENTS	10
ABREVIATIONS.....	12
INTRODUCTION	18
I. Visite à domicile	18
A. Définition	18
B. Accord de bon usage des soins (AcBUS).....	18
C. État des lieux des visites à domicile en France.....	19
II. Le dossier médical.....	20
A. Définition et contenu.....	20
B. Contexte législatif	20
C. Le Dossier médical partagé (DMP).....	21
III. Maison de santé pluri professionnelle	23
A. Qu'est-ce qu'une maison de santé ?	23
B. Coordination de soins et notion d'équipe de soins primaires.....	23
C. Les Maisons de Santé Pluri professionnelles (MSP) à la croisée des enjeux de l'organisation des soins. 24	
IV. Présentation de la commune de Frontignan	25
A. Situation géographique	25
B. Population.....	25
C. Analyse de l'offre de soin existante sur le territoire	27
1. Offre de soin de premier recours	27
2. Offre de soin de second recours.....	27
3. Etablissements médicosociaux.....	28
V. Naissance du projet de thèse	29
A. La visite à domicile.....	29
B. Projet de maison de santé pluri professionnelle de Frontignan.....	30
1. Contexte	30
2. Un outil commun pour renforcer la coordination des soins	30

3. Un outil informatique	31
C. Deux thèses autour de ce projet	31
Matériel et méthode	32
I. Objectif principal	32
II. Objectif secondaire	32
III. Choix de la méthode : étude qualitative	32
A. Réalisation du questionnaire	32
B. Constitution de l'échantillon	33
C. L'entretien	34
IV. Méthode d'analyse	35
RESULTATS ET ANALYSES	36
I. CONSTITUTION DE L'ECHANTILLON	36
II. RESULTATS DE L'ETUDE	39
A. Les moyens de coordination	39
1. Le support à domicile	39
2. Les autres moyens de communication	44
B. Situations concrètes où une communication entre les différents intervenants est nécessaire.	47
C. La communication est-elle satisfaisante à l'heure actuelle (en 2016) ?	53
1. Axes de communication interprofessionnels	53
2. Résultats	55
3. Problèmes de communication soulevés	56
D. Informations utiles contenues dans le dossier médical par profession	60
1. Les pharmaciens	60
2. Les kinésithérapeutes	61
3. Les infirmières et infirmiers	63
4. Les médecins	65
DISCUSSION	68
I. La méthode de l'étude	68
A. Méthode qualitative par entretiens semi dirigés pourquoi ?	68
1. L'objectif de l'étude	68

2.	L'échantillon restreint	68
B.	Force de l'étude	69
C.	Biais et limite de l'étude	69
II.	Les résultats.....	71
A.	Etat des lieux : moyens existants pour la coordination des soins	71
1.	Importance de la coordination des soins à domicile	71
2.	Le dossier médical à domicile : la solution ?	72
3.	Les autres moyens de coordinations	73
4.	Quelques problèmes de communications révélés par l'étude.....	74
B.	Réponse à l'objectif secondaire : attentes concernant le contenu du dossier médical en fonction de la profession du soignant.....	76
1.	Les pharmaciens	76
2.	Les kinésithérapeutes.....	77
3.	Les infirmiers	77
4.	Les médecins	78
III.	Evolution de l'organisation des soins primaires	79
A.	Développement des maisons de santé pluri professionnels	79
B.	Les nouveaux modes de rémunérations.....	79
IV.	Le Projet de santé de la Communauté Professionnelle Territoriale de santé de Frontignan pour l'amélioration des soins à domicile	82
A.	L'outil informatique communicant	82
B.	Améliorer la coordination.....	84
1.	Un poste de coordonnateur de soins	84
2.	Elaboration de protocoles de soins	85
3.	La concertation pluri professionnelle.....	88
4.	Coordination et coopération entre les professionnels et structures extérieures	89
5.	Un projet de santé adapté à son territoire et en relation avec sa population et les élus locaux.	90
	CONCLUSION	92
	BIBLIOGRAPHIE.....	95
	ANNEXES	98

Annexe 1 : guide d'entretien commun	98
Annexe 2 : Entretiens / Verbatim	99
Annexe 3 : Dossier médical infirmier de liaison.....	99
Annexe 4 : Guide méthodologique : Accord Conventionnel Interprofessionnel (ACI) signé le 20 avril 2017 ...	99
<i>SERMENT</i>	100
PERMIS D'IMPRIMER.....	101
Résumé.....	102

INTRODUCTION

I. Visite à domicile

A. Définition

La visite à domicile au sens strictement linguistique est l'action de se rendre au lieu où habite le patient. La consultation consiste à l'action de consulter, de donner son avis sur quelqu'un, sur quelque chose dans le local où exerce le médecin.(1)

Du point de vue juridique et du Code de la Sécurité Sociale, visites et consultations sont toutes deux mises sur le même plan et sont constituées des mêmes éléments fondamentaux. Aucune différence franche n'est faite en termes de contenu, de moyens et de pratiques. Seules les notions de trajets, d'urgence, et de nombre distinguent ces deux actions.(2)

Les consultations médicales sont données au cabinet du praticien, sauf lorsque l'assuré ne peut se déplacer en raison de son état ou lorsqu'il s'agit d'une activité de télémedecine telle que définie à l'article L. 6316-1 du code de la santé publique. Les consultations médicales sont également données dans les maisons médicales.(3)

En se rendant au domicile du patient, le médecin accède à l'intimité du patient. Cela permet de mieux apprécier les différents aspects psycho sociaux et de prendre en charge le patient dans sa globalité.

B. Accord de bon usage des soins (AcBUS)

Un Accord de Bon Usage des Soins (AcBUS) relatif à la consultation hors cabinet a été mis en place le 1er octobre 2002. (4)

Les AcBUS sont définis par l'article L. 162-12-17 du code de la sécurité sociale, dont l'article L. 162-3 précise « Les consultations médicales sont données au cabinet du praticien, sauf lorsque l'assuré ne peut se déplacer en raison de son état».

Même si les parties signataires tendent à favoriser les consultations au cabinet médical, la visite à domicile reste un élément essentiel et incontournable de la pratique d'un médecin généraliste. Elle doit être réservée aux patients incapables de se rendre au cabinet.

Cet AcBUS a pour vocation d'optimiser le recours des visites à domicile.

Les parties signataires conviennent que les soins hors cabinet justifiés peuvent à ce titre bénéficier d'une majoration (intitulée MD) dans les conditions fixées par la Nomenclature Général des Actes des Professionnels (NGAP).

C. État des lieux des visites à domicile en France

Les visites à domiciles sont en fortes diminutions ses dernières années. Les médecins généralistes français en effectuent environ 20 millions par an contre 60 millions il y a quelques années soit 3 fois moins qu'auparavant.

Elles font partie intégrante de l'exercice de la profession de médecin généraliste et représentent 12% de leur activité d'après un rapport de la DREES publié en mars 2012. La durée de la visite serait d'environ 30 minutes sans compter le déplacement.(4)

D'après un article de la DREES de juin 2004, les $\frac{3}{4}$ du temps les médecins voient des patients qu'ils suivent régulièrement et consultent à leur cabinet. Dans 42 % le motif de la consultation est le suivi d'une maladie chronique. Les médecins de plus de 50 ans feraient en moyenne plus de visites (> 20 / semaine) que ceux de moins de 50 ans (entre 0 et 20/semaine). (6)

II. Le dossier médical

A. Définition et contenu

Le dossier médical d'un patient est le lieu de recueil et de conservation des informations administratives, médicales et paramédicales, formalisées et actualisées, enregistrées pour tout patient.(5)

On y retrouve notamment :

- des résultats d'examens
- des comptes rendus de consultations, d'interventions, d'explorations ou d'hospitalisations
- les protocoles et les prescriptions thérapeutiques mis en œuvre ;
- des feuilles de surveillance
- des correspondances entre professionnels de santé.

Toutes ces données sont accessibles par le patient. Cependant, le dossier peut comporter d'autres données qui restent confidentielles :

- informations recueillies auprès de tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique
- données concernant un tel tiers (par exemple : membre de la famille, assistant de service social)
- ou certaines notes des professionnels de santé pouvant être considérées comme personnelles. Il doit s'agir de documents de travail qui ne contribuent pas à l'élaboration et au suivi du diagnostic et du traitement ou à une action de prévention.

B. Contexte législatif

La réglementation fait référence à différents codes qui sont le code de déontologie, le code de la santé publique, le code pénal, mais aussi la loi relative « à l'informatique, aux fichiers et aux libertés de 1978 »(6) et la loi du 4 mars 2002 relative « aux droits des malades et au système de santé. »(7)

La tenue d'un dossier pour chaque patient suivi en médecine ambulatoire a été rendue obligatoire par le Code de Déontologie en 1995.(8)

L'article 45 du code de déontologie 2016 (9) stipule que tout médecin doit tenir un dossier ou une fiche d'observation personnelle pour chaque patient. Le dossier sous la responsabilité du médecin. Cette fiche est strictement confidentielle, cependant elle peut être partagée avec d'autres professionnels de santé, si le patient en fait la demande ou donne son consentement, et cela dans le but de la continuité des soins.

Le patient ou les tiers, n'ont pas accès aux notes personnelles du médecin. Cependant depuis la loi du 4 mars 2002 (7) tout patient a le droit d'accéder à son dossier médical sur demande par courrier.

C. Le Dossier médical partagé (DMP)

Le dossier médical partagé (DMP) ou anciennement nommé dossier médical personnel, est un projet lancé par la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. Il a été rebaptisé suite à la loi de modernisation du système de santé de 2016 (10).

Dans un premier temps, 9 départements pilotes sont concernés depuis décembre 2016 (Bas-Rhin, Pyrénées-Atlantiques, des Côtes-d'Armor, du Doubs, de Haute-Garonne, d'Indre-et-Loire, du Puy-de-Dôme, de la Somme et du Val-de-Marne)(11). Le déploiement sur les autres départements devrait être progressif.

Carnet de santé numérique, ce dossier devrait être consultable par tous les professionnels de santé (médecin, pharmacien, infirmière...) autorisés par le patient, ainsi que par le patient lui-même. Ce dossier est consultable et modifiable par le patient sur internet.

Le DMP peut contenir les documents suivants :

- Comptes rendus hospitaliers et radiologiques
- Résultats d'analyses de biologie
- Antécédents et allergies
- Actes importants réalisés
- Médicaments qui ont été prescrits et délivrés

La Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM) a, depuis la signature de la nouvelle convention entre les médecins libéraux et l'assurance maladie en août 2016 (12), repris la maîtrise d'ouvrages du DMP et l'a inclus dans le volet 1 du forfait structure (13). Le forfait structure constitue une rémunération complémentaire du médecin généraliste si les 5 critères que constitue le volet 1 sont remplis :

- disposer d'un logiciel métier avec l'aide à la prescription (LAP) certifié par la HAS, compatible avec le Dossier Médical Partagé (DMP)
- utiliser une Messagerie Sécurisée de Santé (MSS)
- disposer d'une version du cahier des charges Sesam Vitale intégrant les avenants publiés sur le site du GIE Sesam Vitale au 31/12/16.
- avoir un taux de télétransmission des feuilles de soins émises supérieur ou égale au 2/3.
- horaires d'ouverture du cabinet renseignés dans l'annuaire santé d'amélie .fr

Le DMP devient donc un élément de rémunération du médecin et conditionne, conventionnellement l'accès au volet 2 du même forfait structure. La CNAM espère ainsi parvenir à relancer un DMP mal accepté par les médecins.

III. Maison de santé pluri professionnelle

A. Qu'est-ce qu'une maison de santé ?

La définition d'une maison de santé est donnée par l'article L. 6323-3 du code de Santé Publique.:

« Art. L. 6323-3. - La maison de santé est une personne morale constituée entre des professionnels médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens. »

« Ils assurent des activités de soins sans hébergement de premier recours au sens de l'article L. 1411-11 et, le cas échéant, de second recours au sens de l'article L. 1411-12 et peuvent participer à des actions de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé et à des actions sociales dans le cadre du projet de santé qu'ils élaborent et dans le respect d'un cahier des charges déterminé par arrêté du ministre chargé de la santé. » (14)

B. Coordination de soins et notion d'équipe de soins primaires

Les maisons, pôles et centres de santé se développent en France autour de la notion d'équipe de soins. Les barrières ville/hôpital se fissurent, alors que la notion de transition épidémiologique s'impose (rapport charges et produits de la CNAM en 2017).

La CNAM, qui reprend de nombreuses études fait le constat d'un transfert des pathologies chroniques de l'hôpital vers la ville et de la nécessité d'une approche coordonnée pour répondre à cette transition.

Dans ce cadre, les réseaux de santé se repositionnent comme appui possible aux initiatives des équipes de soins primaires.

Les équipes de soins primaires sont constituées par un ensemble de professionnels de santé autour d'un médecin généraliste. Comme définies dans la loi de modernisation du système de santé (15), elles contribuent à la structuration du parcours de santé des patients en coordination avec les acteurs du premier recours, dans une optique de prise en charge des besoins de soins non programmés et de coordination des soins. Ces équipes permettent de contribuer fortement à structurer le parcours de santé notamment pour les patients atteints de maladies chroniques, les personnes en situation de précarité sociale et les personnes en situation de handicap et de perte d'autonomie (16).

C. Les Maisons de Santé Pluri professionnelles (MSP) à la croisée des enjeux de l'organisation des soins.

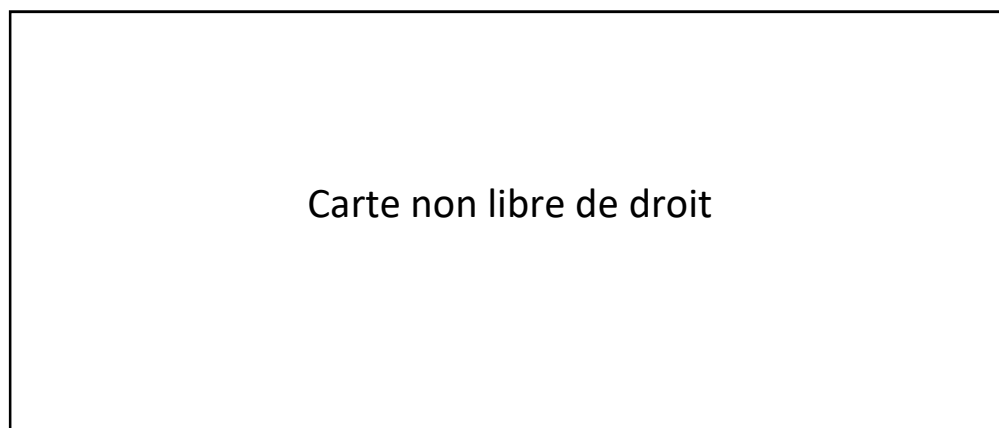
Les MSP semblent être une des solutions pour répondre aux différents enjeux de l'assurance maladie, à en croire les personnalités politiques et notamment l'ancienne ministre des affaires sociales et de la santé Marisol Touraine qui a déclaré que « *Les maisons de santé sont l'avenir* » lors de la présentation du dernier projet de budget de la Sécurité sociale du précédent quinquennat (17), ainsi que l'ordre des médecins par le biais du rapport du Dr François Arnault de décembre 2016 « Améliorer l'offre de soins : initiatives réussies » (18). Ce dernier met en avant certaines initiatives de regroupement de professionnelles à travers le territoire, qui répondent aux problèmes de désertification médicale, d'égalité/équité d'accès aux soins, de permanence des soins, de prise en charge des parcours de soins complexes et du virage de prise en charge en ambulatoire.

Encore plus récemment, le 1^{er} ministre Edouard Philippe, lors de la présentation du plan du gouvernement contre les déserts médicaux du 13/10/2017, annonce le doublement du nombre de maisons médicales comme une réponse à la problématique des déserts médicaux.(19)

IV. Présentation de la commune de Frontignan

A. Situation géographique

Frontignan La Peyrade est une commune du sud de la France située au bord de la Méditerranée dans le département de l'Hérault, lui-même situé dans la région Occitanie.



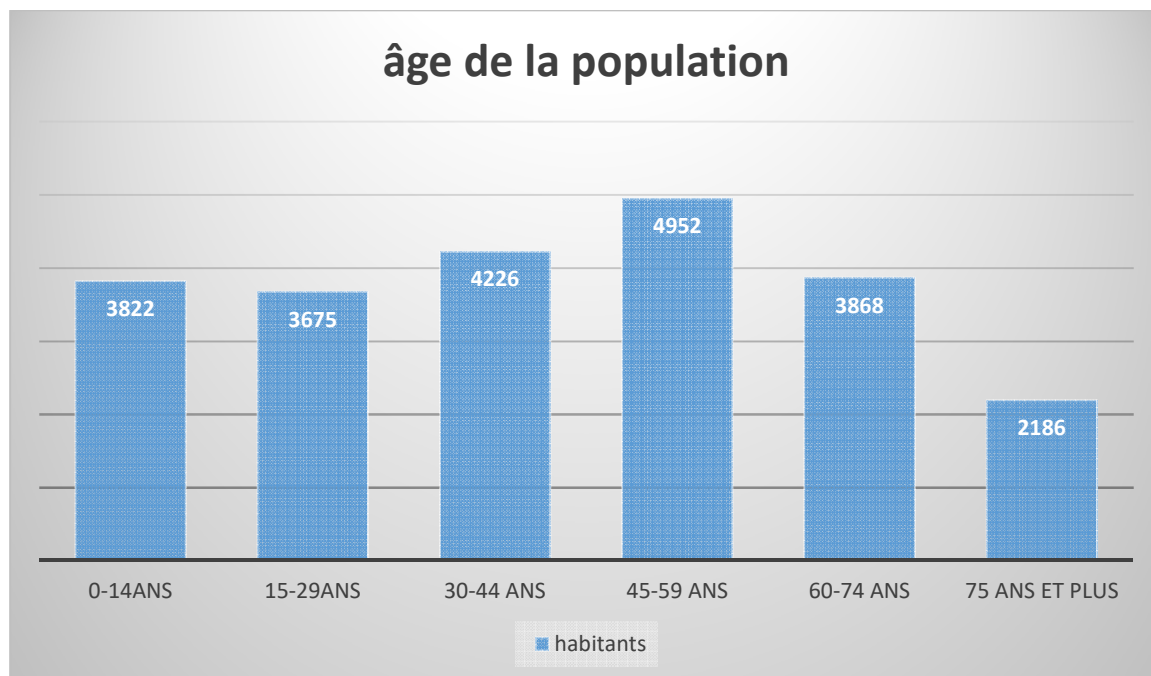
Situation géographique de Frontignan (20)

B. Population

Cette commune est peuplée de 22942 habitants (INSE 2013)(21) dont environ 7.5% sont âgés de 75 ans et plus. Néanmoins le nombre d'habitants est soumis à de fortes variations selon la saison (forte affluence de touristes en été).

Pour la population, les données comparatives, montrent, pour la ville, entre 2007 et 2013, une diminution minime de la population, quasiment négligeable (moins 340). Par contre, quand on s'intéresse aux tranches d'âge, on constate une diminution en 2013 par rapport à 2007, des moins de 14 ans (- 2.4), des 30 à 44 ans (- 3.4) et des 45 à 59 ans (- 0.9) et une augmentation des tranches de 60 à 74 ans (+ 1.7) et de plus de 75 ans (+1.5). Ces chiffres mis en perspective avec le département et au niveau national, montrent que la

population présente un âge moyen supérieure à la moyenne nationale (40.1 ans contre 39.3 ans), ce qui se retrouve avec un pourcentage de moins de 20 ans inférieur au national (respectivement 23.8% contre 24.8%), et un pourcentage de plus de 60 et 80 ans supérieur pour l'Hérault (23.3 % et 5.3% contre 21.5 et 4.9%).



(22)

C. Analyse de l'offre de soin existante sur le territoire

1. Offre de soin de premier recours

Dans la commune de Frontignan La Peyrade, l'offre de soin de premier recours présente sur son territoire d'intervention

- - Médecins généralistes (22)
- - Pharmaciens (9 pharmacies)
- - Infirmières (41)
- - Kinésithérapeutes (36)
- - Dentistes (12)
- - Sages-femmes (2)
- - Podologues (7)
- - Psychomotricienne (2)
- - Orthophonistes (7)
- - Orthoptiste (1)

2. Offre de soin de second recours

Médecins spécialistes dans la commune de Frontignan

- - Cardiologue (1)
- - Gastroentérologue (1)
- - ORL (1)
- - Dermatologue (1)
- - Ophtalmologue (1)
- - Centre de Radiologie (1)
- - Laboratoire d'analyse Médicales (2)

En dehors de ces professionnels libéraux sur la commune, les patients sont dirigés en fonction de leur pathologie sur les villes de Sète ou de Montpellier.

La commune dépend du Centre Hospitalier de SETE, ou hôpitaux du bassins de Thau (HBT) y compris pour les Urgences (SMUR de référence) et les urgences psychiatriques. Les professionnels de santé de Frontignan sont également en lien avec la clinique Sainte Thérèse et les professionnels de second recours de Frontignan, mais aussi de la ville de Sète.

La ville de Frontignan la Peyrade étant proche de Montpellier, nombre de patients sont aussi suivis par les différents spécialistes des établissements sanitaires de Montpellier,

- Centre Hospitalier Régional Universitaire : Hôpital Saint-Eloi ,Hôpital Arnaud de Villeneuve Hôpital Gui de Chauillac, Hôpital Lapeyronie,
- L'Institut du Cancer de Montpellier et de la Région Languedoc-Roussillon
- Des cliniques : Polyclinique Saint-Roch, clinique Beau Soleil ,Clinique Clémentville, Clinique Saint-Jean, Clinique du Millénaire , Clinique Médicale Mas de Rochet , Clinique du Parc, Clinique Le Castelet , Clinique de Soins de Suite Polyvalents Plein Soleil.

3. Etablissements médicosociaux

Il existe sur la commune de Frontignan La Peyrade plusieurs établissements médicosociaux dans lesquels les professionnels de santé interviennent régulièrement avec notamment 2 EHPAD (établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) et une maison de retraite publique.

V. Naissance du projet de thèse

A. La visite à domicile

La visite à domicile est au cœur même de la pratique d'un médecin généraliste. C'est une des spécificités de son activité par rapport aux spécialités médicales.

Lors de mon stage en SASPAS (Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée), j'ai eu l'occasion de découvrir à la fois sa complexité et son utilité.

Dans les difficultés on peut citer les éléments suivants :

- difficulté d'accès à la zone de soins : stationnement, déplacement, problème de sécurité
- des conditions d'examens souvent moins bonnes qu'au cabinet avec un manque de matériel et parfois des conditions inconfortables pour examiner le patient,
- le manque ou même parfois l'absence d'information médicale (les antécédents, le traitement ou les transmissions sur les soins en cours...)
- les patients chez qui l'on passe à domicile sont souvent poly pathologiques, âgés, en perte d'autonomie, avec un état de santé instable.

Cette liste non-exhaustive, explique en quoi cette activité peut prendre beaucoup plus de temps qu'une consultation au cabinet.

J'ai pu mesurer également l'importance de ces visites qui donnent des informations capitales pour la prise en charge du patient.

Cela permet notamment de se rendre compte de l'environnement dans lequel vit le patient, de rencontrer son entourage, d'échanger avec les équipes d'infirmières et d'infirmiers, avec les auxiliaires de vie, et au final mieux prendre en charge le patient dans sa globalité. Le médecin généraliste assure les soins de premier recours, la coordination et la continuité des soins. Son activité de visite à domicile est donc à la fois indispensable et irremplaçable.

B. Projet de maison de santé pluri professionnelle de Frontignan

1. Contexte

Les professionnels de santé (médecins, infirmiers, kinésithérapeutes, pharmaciens, etc...) ont vu leur exercice évoluer depuis quelques années en fonction des politiques de santé, de l'augmentation de la demande de soins liées à l'augmentation des maladies chroniques et à la baisse du nombre de médecins généralistes.

Conscients de la nécessité d'une réorganisation du système de soins pour lutter contre les inégalités sociales de santé et améliorer la prise en charge des patients chroniques, près de 90 professionnels de santé de Frontignan réunis en association ont décidé de s'organiser et de modifier leurs pratiques, notamment en améliorant la coordination des soins sur le territoire de Frontignan. Cette coordination a pour but de fédérer rapidement l'ensemble des professionnels de santé concernés par les soins primaires sur le territoire de Frontignan, soit environ 160 personnes.

2. Un outil commun pour renforcer la coordination des soins

Les différents professionnels font partie d'une association, l'Association Coordination Santé Frontignan qui regroupe actuellement 90 personnes contre 55 à l'époque du recueil de données, de différentes professions : médecins, infirmiers, kinésithérapeutes, pharmaciens, podologues....

Dans un premier temps le projet fut de regrouper les professionnels de santé de soins de premier recours autour d'un logiciel informatique commun, sous forme d'une maison de santé multi site (MSP). Cette MSP est centrée sur les patientèles de tous les médecins participants au projet.

Les objectifs de la MSP sont de renforcer la cohésion et la coordination entre les différents professionnels qui font partie d'une équipe de soins primaires (ESP) afin d'organiser la prise en charge pluri professionnelle des patients poly pathologiques.

Il est prévu que cette MSP soit une première étape avant un projet un projet plus global de communauté professionnelle territoriale de soins (CPTS) qui tentera de fédérer les équipes de soins de premier recours avec les équipes de second recours (spécialistes, structures hospitalières et médicosociales...) dans une démarche de santé publique, adaptée à son territoire.

3. Un outil informatique

Le projet propose, une solution innovante consistant en la mise à disposition par voie informatique de différents supports pour tous les professionnels de santé adhérents à l'association :

- logiciel commun à tous les intervenants, intégré sur un support numérique mobile et utilisable à domicile
- dossier médical du patient intégré au logiciel qui pourra être consultable à domicile lors des visites des différents professionnels

C. Deux thèses autour de ce projet

Conjointement à ce projet de réseau de soins, une thèse était en préparation, portant sur les déterminants motivant les professionnels de santé à participer à l'utilisation d'un dossier médical informatisé.

Cependant, après passage en commission, ce sujet a été jugé trop vaste par les membres du département de médecine générale.

C'est pourquoi il m'a été proposé d'effectuer une deuxième partie qui répondrait à la question suivante : « Quels sont les moyens existants et nécessaires, sur la commune de Frontignan, pour la coordination des soins entre professionnels de santé pour la prise en charge des patients à domicile ? »

MATERIEL ET METHODE

I. Objectif principal

Préalablement à l'instauration d'un dossier médical partagé informatisé, l'objectif principal est d'évaluer les moyens nécessaires à la mise en place d'une coordination des soins entre professionnels de santé pour la prise en charge des patients à domicile, sur la commune de Frontignan.

La question de recherche est donc la suivante : Quels sont les moyens existants, et nécessaires sur la commune de Frontignan, pour la coordination des soins entre professionnels de santé pour la prise en charge des patients à domicile ?

II. Objectif secondaire

Il est de définir les différentes attentes concernant le contenu du dossier médical partagé en fonction de la profession du soignant (médecin, infirmiers, pharmacien, kinésithérapeute...)

III. Choix de la méthode : étude qualitative

Cette thèse a été menée sous forme d'une étude qualitative par entretiens semi dirigés individuels, guidés par un questionnaire.

A. Réalisation du questionnaire

Le questionnaire est divisé en 3 parties. Une première partie de présentation. La 2^e partie du guide d'entretien porte sur les moyens existants et nécessaires de coordination, pour la prise en charge des patients à domicile, et sur les besoins de chaque professionnel dans

l'utilisation d'un dossier médical. La 3^e partie est consacrée à répondre à un 2^e sujet de thèse qui concerne les facteurs déterminants à la création d'un dossier médical partagé informatisé.

Etant donné que nos 2 thèses concernaient le même échantillon et afin d'éviter de trop solliciter les professionnels de santé, il a été décidé de réaliser un questionnaire commun. L'ensemble des questions étaient posées par l'un des 2 intervieweurs.

Ce questionnaire a été légèrement modifié (au niveau de la 3^e partie) après la réalisation de quelques entretiens pour éviter des redondances.

B. Constitution de l'échantillon

La population cible était les professionnels de santé de la commune de Frontignan et Frontignan la Peyrade faisant parti de la Communauté Professionnelle Territoriale de santé de Frontignan (CPTS) et ayant participé aux réunions pour la réalisation d'un dossier médical partagé informatisé.

Il n'y avait pas de critère d'exclusion.

L'échantillon est composé de 55 personnes :

- 9 médecins
- 9 pharmaciens
- 12 kinés
- 24 infirmiers
- 1 podologue

Il a été partagé en 2 soit 27 personnes et 28 personnes. La répartition a été effectuée par ordre alphabétique, chacun ayant le même nombre de personnes par profession.

Chaque personne a été contactée par téléphone pour convenir d'un rendez-vous.

C. L'entretien

Les entretiens étaient réalisés en individuel, excepté à 2 reprises où ils ont été réalisés à 3 (1 intervieweur et 2 interviewés). Lors de ces 2 entretiens ce choix a été fait pour des problèmes de disponibilité des interviewés.

Les entretiens ont duré entre 9 min et 35 min.

Pour la plupart d'entre eux les entretiens ont été réalisés sur le lieu de travail des personnes interrogés. Seulement 3 d'entre eux se sont déroulés au cabinet médical mistral santé, faute de local adapté.

Les entretiens ont été enregistrés à l'aide du dictaphone de nos smartphones après accord des participants.

Ils ont été ensuite retranscrits sur un logiciel de traitement de texte (word®)

Par souci de confidentialité, les noms des personnes interrogées ont été remplacés par leur profession suivie d'un numéro.

IV. Méthode d'analyse

Cette étude qualitative par entretiens semi dirigés a été analysée comme le décrit l'étude « méthodes d'analyse et d'interprétation des études qualitatives : état de l'art en marketing » (23)

Après retranscription des entretiens en Verbatim des fichiers audio, les données ont été ont été codées en unité d'analyse sémantique, c'est-à-dire que des passages exprimant « une idée clef » ont été sélectionnées.

Le traitement de ces données sémantiques a été effectué selon la méthode empirique décrit par Douglas EZZY en 2003 (24). Il consiste à étudier les associations d'idées qu'elles contiennent, à les reclasser selon leurs caractéristiques afin d'en effectuer une synthèse, d'y rechercher des facteurs explicatifs ou relations et enfin d'évaluer ses idées clefs et les facteurs qui les influencent.

De plus une analyse quantitative simple par tableau Excel® a été effectuée sur certaines caractéristiques de l'échantillon et sur l'analyse d'une question fermée posée lors de l'entretien.

RESULTATS ET ANALYSES

I. CONSTITUTION DE L'ECHANTILLON

L'échantillon était constitué de 55 professionnels de santé, travaillant tous sur la commune de Frontignan la Peyrade, et faisant partie d'une association de professionnel de santé : « coordination de santé Frontignan ». Sur 55 personnes, 32 ont participé soit un taux de réponse de 58 %.

Tableau 1 : Taux de réponse par profession

Profession	Médecin	Infirmier	Pharmacien	kinésithérapeute	podologue	total
Membre de l'association	9	24	9	12	1	55
Participants à l'étude	9	10	4	9	0	32
Taux de réponse	100%	41%	44%	75%	0%	58%

Parmi les entretiens réalisés, 20 l'ont été par moi-même et 12 par la 2^e étudiante.

Les motifs de refus de la participation à l'étude étaient pour la plupart dû à une incompatibilité d'emploi du temps entre interviewé et intervieweur, ou parfois par échec de prise de contact par téléphone.

Comme le montre le tableau 2, on constate que les infirmiers et infirmières sont ceux dont l'activité est la plus portée sur le domicile. Leur activité est quasi exclusivement à domicile (entre 95 et 100%).

IDE n°2 « Déjà le cabinet on y est jamais... c'est pour ça que j'ai perdu la clé ! Je sais même pas où elle est ! »

Ensuite viennent les médecins qui gardent encore une bonne activité à domicile même si la majorité font moins de 25% de visite, puis les kinés dont l'activité est assez équitablement répartie entre les domiciles et le cabinet.

Les pharmaciens travaillent essentiellement en officine même si ils offrent souvent un service de livraison à domicile des médicaments, cela de façon exceptionnelle.

Pharmacien n°2 « On rend service, ce n'est pas du tout institutionnalisé. Ça nous arrive de livrer à domicile pour des patients qui ne peuvent pas se déplacer. Y'a rien d'officiel, c'est au coup par coup, y'a rien de prévu par les textes. »

Tableau 2 : répartition de l'activité selon la profession

	% visites		
	<25	25-50	>=50%
Médecin	2 (22%)	5 (55%)	2 (22%)
Infirmier	0	0	10 (100%)
Pharmacien	9 (100%)	0	0
Kinésithérapeute	3 (30%)	4 (40%)	3 (30%)

Au niveau démographique, l'échantillon est composé à parité d'hommes et de femmes. La grande majorité exerce depuis plus de 5 ans sur Frontignan.

Tableau 3 : répartition homme /femme et expérience des professionnels de santé de l'échantillon

	Répartition Homme/femme		ancienneté		
	Homme	Femme	< 5ans	Entre 5 et 15 ans	> 15ans
Médecin	5	4	0	5	4
Infirmier	4	6	2	5	3
Pharmacien	2	2	0	3	1
Kinésithérapeute	5	4	3	4	2
Total	16	16	5	17	10

II. RESULTATS DE L'ETUDE

A. Les moyens de coordination

1. Le support à domicile

a) Répartition de l'utilisation d'un support selon les professions

- Plus de 75 % des personnes interrogées déclarent utiliser un dossier médical pour le suivi de leurs patients à domicile, au moins pour les patients les plus « lourds », c'est-à-dire les patients atteints de maladie chronique ou en perte d'autonomie.

IDE (Infirmier diplômé d'état) n°1 : « Pour certains patients oui...Pour les chroniques, pour.... Là où il y a vraiment des choses à noter. »

- Ceux qui l'utilisent le plus et qui généralement le mettent en place sont les infirmiers. 100% des infirmiers interrogés disent l'utiliser pour les patients chroniques, qui nécessitent le plus d'attention.

A la question « est ce que vous tenez un dossier médical à domicile pour vos patients ? », ils répondent :

IDE n°2 : « Oui c'est obligatoire, de toute façon. On suit ce qu'on nous demande de faire. »

IDE n°3 : « La plupart oui. »

IDE n°4 : « Alors oui. Alors pour certain, en fait pour tous les patients chroniques »

IDE n°5 « Oui pour plus de la moitié des patients. »

- Chez les médecins, seul 3/9 disent ne pas en avoir besoin ou ne pas l'utiliser, soit pour une question de temps, soit par manque de praticité. Cependant pour de rares patients ils gardent tout de même un carnet de transmission.

Médecin n°3 « Le dossier il est dans ma tête en fait [...] Je pensais quand on s'était inscrit sur ce logiciel en ligne que ce serait pratique... en fait c'est long. Ça prend du temps, quand on arrive il faut se reconnecter, euh...donc il faudrait avoir une clé 3G.. sur le portable c'est pas pratique c'est trop petit, il faut une tablette, se reconnecter avec une clé 3G, avoir la connexion, etc.. etc... etc.... pfff. C'est long quoi. On a pas mal de visites, et ça traîne pas quoi. »

Médecin n°8 « Non non, en fait un carnet pour les patients lourds. [...] Mais je n'ai pas de dossier propre à domicile. »

Médecin n°9 « Non pas vraiment, justement c'est un petit manque là-dessus, Parce que quand on voit les patients à domicile, normalement on a très peu de temps de revenir sur le cabinet et de remarquer toutes les constantes, toutes les données, le traitement qui a changé etc.... sur le dossier informatique. »

- Les autres médecins reconnaissent en avoir besoin et utilisent un support mis en place par l'infirmière ou mis en place à leur demande s'ils le jugent nécessaire.

Médecin n°1 « Oui, chez eux un dossier sous forme de cahier. [...]J'ai encore certains patients où il n'y a pas de dossier, qui ont toutes leurs fonctions supérieures, quand il y a un intervenant sur lequel on peut compter. Mais lorsqu'il a des infirmiers, des kinés, je veux qu'il y ait un cahier. »

Médecin n°4 « Alors oui, je tiens un dossier pour les patients que je suis à domicile. Je tiens un dossier qui m'est personnel... »

Médecin n°7 « Oui absolument. J'ai un carnet médical que j'ai depuis très longtemps. Et dès que la personne... Que ça devient moins cohérent, on met en place un dossier médical à domicile »

- Chez les kinésithérapeutes la plupart possèdent un dossier informatisé à leur cabinet et certains utilisent également, de temps en temps le support mis en place à domicile.

Kiné n°2 « Sur les patients à domicile... On a le dossier qu'on a comme les autres patients du cabinet, donc heu... mais pas spécifiquement pour les patients à domicile, pas plus que les autres en fait. C'est le même quoi »

Kiné n°3 « Non. Mais en général pour les patients qui sont lourds, il y a souvent des cahiers tenus par les infirmiers. »

- En ce qui concerne les pharmaciens, étant donné qu'ils n'ont pas d'activité à domicile, ils n'utilisent pas de support à domicile. Cependant ils utilisent un dossier informatisé à leur officine.

Pharmacien n°2 « Alors il existe le dossier pharmaceutique. C'est quelque chose qui a été créé par l'ordre des pharmaciens. Seuls les pharmaciens y ont accès grâce à la carte vitale. Quand la personne a un dossier pharmaceutique créé par son pharmacien, on a accès à un historique, toute pharmacie confondue. »

b) Le type de support.

Au cours de nos entretiens, nous avons pu constater que la plus part des dossiers à domicile sont au format papier.

- Le support le plus répandu semble être un simple cahier :

Médecin n°1 « un dossier sous forme de cahier. »

Médecin n°2 « c'est soit un cahier comme ça, informel, qui a été mis en place par l'infirmière ou par nous »

Médecin n° 5 « Alors la plupart du temps c'est un cahier qui est au domicile du patient »

IDE n° 6 « Il y a juste un cahier où c'est noté ce qui a été fait »

IDE n°7 : « Certains patients, on y va quotidiennement, on essaie de mettre en place un cahier qui sert de relais avec tous les intervenants. »

IDE n° 8 : « Il y en a d'autres, quand c'est des soins plus perfectionnés, on tient un cahier de soins plus précis »

- Il peut être associé à un carnet pour le suivi des glycémies :

IDE n°5 « Si c'est la glycémie, c'est à part. C'est sur un petit carnet, on ne fait pas mieux. »

- Lorsque les soins sont plus importants, un classeur (cf annexe 3) mis en place par les infirmiers est souvent utilisé par tous les intervenants. On y retrouve une fiche administrative ; un diagramme de soins ; des fiches de surveillances dextro, insulines, anti vitamine K et INR, pansements ; une fiche de transmission et une feuille de liaison où y figure les coordonnées des personnes qui prennent en charge le patient, ses antécédents et ses traitements.

IDE n°3 « Alors un classeur, pour les patients « chroniques », les plus lourds... »

IDE n°10 : « C'est un classeur, il y'a des intercalaires, il y a une fiche administrative avec toutes les coordonnées du patient. Après il y a une fiche de suivi, fiche de traitement, ça dépend en fait des soins qu'on a. Si le patient est diabétique, il va y avoir une fiche de dextro. Si le patient est sous AVK, il va y avoir une fiche d'INR avec les différents relevés. Après il y a toutes les prescriptions, tous les résultats, les bilans, etc... »

Médecin n° 5 « soit sinon certaines infirmières font des super dossiers, comme une espèce de classeur, où du coup tout est... paraclinique, tout est... Ça reste papier mais euh...tous les intervenants auprès de la patiente ont le même classeur. »

Médecin n°7 « Et dès que la personne... Que ça devient moins cohérent, on met en place un dossier médical à domicile. C'est un classeur où on a absolument tout »

- En plus du support papier, 2 médecins utilisent en complément un dossier informatisé en ligne pour le suivi de leur patient à domicile:

Médecin n°2 « Nous dans notre cabinet, et moi on a depuis quelques années un logiciel informatique pour les patients, pour nos patients qu'on suit à domicile, on a un dossier informatique, qui est sur internet donc on peut y avoir accès avec une tablette ou un smartphone, au pied du malade, à condition qu'il y ait un réseau 4G qui passe mais qui nous est propre, uniquement à nous. »

Médecin n°4 « moi c'est un logiciel qui est disponible sur internet, donc j'ai une tablette dans le sac et je regarde le dossier. Et je note ce que je fais chez les patients, ça me permet d'avoir les antécédents etc... et en plus il y a beaucoup de patients chez qui les infirmières ont mis en place un dossier médical où elles notent ce qu'elles font et où on peut noter nos observations. En général je remplis les deux. Je fais un travail de double saisie. Mais je préfère mon dossier informatique. »

2. Les autres moyens de communication

En dehors du support présent à domicile, les professionnels de santé de Frontignan communiquent également par d'autres moyens.

- Le premier d'entre eux est le téléphone :

Pharmacien n°1 : « Oh, c'est oral. Téléphone... »

Pharmacien n°2 : « Essentiellement le téléphone. À l'ancienne (rires) »

Kiné n°2 : « Quand on se croise, quand on s'appelle... Moi quand j'ai quelque chose... c'est ce qui est agréable ici en fait, c'est que les médecins on arrive à les contacter en cas de problème, si on a besoin d'informations, si on a besoin que la prescription soit renouvelée... D'une manière ou d'une autre on arrive à se contacter facilement par téléphone. »

Kiné n°8 : « Par téléphone essentiellement. »

IDE n°6 : « 90 % des médecins avec qui on travaille, c'est le téléphone »

IDE n°8 : « C'est surtout par téléphone. »

Médecin n°3 : « Sinon très souvent par téléphone. Avec les kiné et infirmiers libéraux. »

- Ce moyen de communication permet d'avoir une meilleure réactivité quand des problèmes doivent être réglés rapidement.

Médecin n°8 : « Quand c'est aigu en général les infirmières m'appellent. »

- On retrouve également souvent l'utilisation des SMS, pour une communication non urgente mais qui nécessite tout de même une réponse rapide. Ce moyen de communication paraît moins intrusif qu'un coup de fil classique et laisse le choix à la

personne interrogée de répondre quand il le souhaite ou le peut. Ceci implique que les professionnels se connaissent et qu'ils aient chacun leur numéro de téléphone portable (souvent ligne personnelle) :

IDE n° 10 « J'essaye d'envoyer des SMS parce que bon on comprend qu'ils ont du boulot et qu'ils n'ont pas forcément le temps de nous répondre. »

IDE n° 6 « Quand on connaît un petit peu plus le médecin, on passe par SMS. »

Médecin n°7 : « très fréquemment avec les infirmières c'est plutôt par SMS. »

- Certains soins tels que les plaies, nécessitent l'utilisation de photos. Ces photos sont très utiles pour juger de l'évolution de la plaie et permettent au médecin d'adapter le protocole, sans même se déplacer parfois. Les photos envoyées via les téléphones portables sont parfois un complément d'information très utile, qui contribue à l'amélioration de la prise en charge des patients à domicile.

IDE n°10 : « Moi j'envoie des photos. »

- Les pharmaciens communiquent entre eux par mail, mais cette voie de communication est peu utilisée dans les échanges interprofessionnels. Peu de personnes interrogées ont évoqué l'utilisation de mail. Pourtant ce canal de communication est très utilisé entre médecins généralistes et médecins spécialistes pour la communication des comptes rendus de consultation, mais aussi avec les laboratoires pour la communication des résultats biologiques.

Pharmacien n°2 « Ça c'est uniquement parce qu'on a créé un mail commun à la pharmacie de Frontignan. On s'envoie des messages quand le besoin s'en fait sentir. C'est de l'informel on a créé ça entre nous. »

- Bien sûr il existe encore un contact direct entre les intervenants. Ils peuvent parfois se croiser au domicile du patient ou lorsque les médecins ou les kinés se rendent dans

les EHPAD. Les infirmiers se déplacent de temps en temps à la pharmacie ou encore au cabinet du médecin directement lorsqu'elles ont une question en particulier.

Pharmacien n°1 « alors ils passent ici, ils viennent déposer une ordonnance... ils amènent les ordonnances, ou c'est les infirmières... c'est surtout les infirmières. [...] C'est surtout à ce niveau-là, qu'on a des relations. Alors après on a des affinités, plus par exemple avec des kinés parce que bon, il est à côté alors il passe ici, il a une visite à côté, il passe... et on discute. Mais bon, c'est les seuls. Ou les médecins, c'est pareil. Les médecins passent aussi. »

- Au sein de l'association qui regroupe les infirmiers de Frontignan, des réunions sont organisées. Cela rappelle les « staffs » que l'on retrouve à l'hôpital. Ces réunions permettent d'échanger, de demander un avis sur des situations compliquées, mais aussi de se tenir au courant de changements administratifs ou de nouvelles pratiques de soins. Cela peut venir en complément d'une formation continue.

IDE n°7 « Entre infirmiers, c'est pratiquement le seul bassin de santé dans l'Hérault qui a cette association. Ça nous permet de communiquer. Mardi on a une réunion avec un labo, on a partagé les informations. On a eu des contacts avec la sécurité sociale. Ça nous permet de rester au courant. Disons voilà, d'avoir l'information groupée, partager surtout notre vécu. Et d'échanger surtout pour les difficultés. C'est surtout là le but essentiel de cette association. Elle regroupe 46 infirmières infirmiers sur 53. »

- La dernière solution évoquée pour communiquer est un message écrit, en passant parfois par le secrétariat. Si le médecin est en consultation, certains infirmiers préfèrent laisser un mot manuscrit aux secrétaires, qui sera transmis au médecin :

IDE n°5 : « Parfois il nous arrive de passer directement au cabinet médical et de laisser un mot à l'attention du médecin. Parfois il y a des choses qui sont difficiles à glisser au téléphone, on ne veut pas déranger, le médecin ne va pas passer au domicile du patient. On fait un petit mot. »

- En résumer, les différents moyens de communication varient selon le degré d'urgence, le type de demande et aussi les habitudes de chacun, avec des spécificités selon les professions.

B. Situations concrètes où une communication entre les différents intervenants est nécessaire.

Certaines pathologies nécessitent plus d'attention que d'autres.

Voici quelques situations concrètes où une coordination entre professionnels de santé est indispensable :

- Les sorties d'hospitalisation et les fin de vies, où des adaptations de traitement et des soins lourds sont souvent nécessaires rapidement. Des prestataires de services sont contactés pour mettre en place le matériel requis.

Pharmacien n°1 « Est indispensable ? Moi je vais vous dire : ou dans des sorties d'hospitalisation ou dans des fin de vie. Ça... la concertation... parce que très souvent on se concerta avec les infirmières, ce qu'il faut, etc... les produits en urgence à fournir, voyez ? Dans ces cas-là, là c'est important cette concertation. »

Kiné n°1 « Le cas concret, oui, ben de toute façon, eh bien oui simplement, la personne qui sort de l'hôpital, où on m'appelle, alors c'est un patient à moi, ou que je connais, ou que je connais pas, parce que ça m'est arrivé il y a pas longtemps ; donc l'infirmière m'a envoyé et bon, Mme est rentrée et euh... et son médecin est passé le lendemain, pour faire le point justement, parce que moi je faisais des choses que je pouvais plus faire donc par rapport au traitement qui avait été mis en place, qu'est ce qui avait été mis en place à l'hôpital, etc, etc... voilà, si moi je découvre cette personne tout seul c'est impossible. Moi je ne travaille pas. »

IDE n°9 « Oui, quand vous avez un soin palliatif par exemple. Si vous faites pas de la coordination, vous êtes cuit. Vous ne pouvez pas vous dépatouiller tout seul. C'est en équipe là. On a besoin du médecin, c'est indispensable. »

Médecin n°5 « Pour gérer la douleur à domicile... Pour éviter de passer tous les jours, d'avoir l'infirmière au téléphone, et puis d'adapter comme ça les posologies sans être obligés de passer à chaque fois, parce que elle la connaît aussi bien... presque mieux que moi... »

Médecin n°8 « Par exemple ce matin j'ai deux infirmières qui m'ont appelé pour des patients qui ont des néoplasies stade palliatif. Il fallait ajuster certains traitements. »

- Les plaies chroniques et notamment les plaies de diabétiques doivent être suivies et réévaluées régulièrement pour obtenir une cicatrisation la plus précoce possible :

Médecin n°4 « Je pourrai prendre par exemple le cas de la plaie diabétique, ça c'est vraiment un exemple, j'en ai plusieurs en ce moment... C'est un exemple où la coordination est nécessaire entre l'infirmier qui voit la plaie tous les jours, le médecin qui voit la plaie une fois par mois donc c'est trop long comme délai pour réagir [...] Voilà, donc la plaie par exemple, c'est un très bon exemple. »

IDE n°7 : « Une personne diabétique, si elle a un mal perforant plantaire »

IDE n°4 : « chez une patiente qui a un pansement d'ulcère, chronique, hein, qui s'améliore pas, qui revient... et là c'est vrai qu'il y a un vrai suivi parce qu'on a mis en place un classeur où on a les pansements, le protocole... dès que le médecin vient, parce qu'elle vient assez régulièrement voilà elle nous met un petit mot dessus en nous disant de continuer ce protocole ou de la changer ; cette dame est également suivie à Montpellier pour sa plaie donc le médecin de Montpellier marque aussi un mot sur le classeur... donc ça pour nous c'est vraiment indispensable parce que plutôt que de passer

du temps à s'appeler tout ça, on a tout sur place et... on peut travailler correctement quoi. »

- Le suivi de traitement de pathologies chroniques telles que le traitement d'un patient diabétique avec l'adaptation du protocole d'insuline ou les traitements anticoagulants et l'adaptation de la posologie des anti vitamines K selon l'INR chez un patient avec une fibrillation auriculaire par exemple.

Médecin n°3 : « Le patient qui a une FA anti coagulée, et pour lequel j'ai demandé à l'infirmier ou l'infirmière, de prendre en charge le traitement, avec les INR et l'adaptation du traitement en fonction de l'INR. »

IDE n°7 : « Oui la surveillance du PREVISCAN®, c'est l'exemple type. C'est vraiment là où la coordination doit être à 100 %. Où il ne doit pas y avoir de loupé. »

- Les addictions telles que celle à l'alcool, lorsqu'un sevrage est initié. Le patient nécessite un suivi rapproché avec une adaptation du traitement parfois quotidien. La communication entre infirmiers et médecin est importante car ce dernier ne peut pas passer tous les jours :

Médecin n°5 : « a une addiction à l'alcool ça c'est une situation où c'est indispensable parce que je ne peux pas passer tous les jours.. »

- La coordination avec certains réseaux de soins en lien avec l'hôpital comme Hospitalisation à domicile (HAD) et autres réseaux GAIA (prise en charge par une équipe expérimentée des fins de vie à domicile), le réseau plaie et cicatrisations (prise en charge des plaies)... Ces réseaux sont un appui important pour la prise en charge de situations déjà évoquées précédemment. Plus les intervenants sont nombreux et plus la communication se doit d'être efficace.

Médecin n°9 « Quand il y a une HAD, il y a quand même un suivi très rapproché et quotidien. Là on est obligé d'être en liaison entre infirmiers et médecins. »

IDE n°9 « Mais nous ce que l'on fait c'est qu'on travaille avec le réseau GAIA à Sète. Donc là dès qu'on a besoin, on les fait intervenir. Il couvre tout le champ social, douleur... C'est un appui pour nous et pour les médecins. Ils font le relais, c'est super. Là c'est indispensable. Sinon on ne peut pas travailler. »

Médecin n°4 « moi les infirmiers ils savent comment je travaille, ils m'envoient les photos des plaies, je les mets dans le dossier, je vois comment ça évolue, je vois s'il faut que j'appelle le réseau plaies et cicatrisations ... Plaie et cicatrisation ils interviennent aussi avec des iPads, maintenant tu sais il y a... donc ils voient s'il faut qu'ils convoquent le patient, et donc cette boucle fait que quand même on est beaucoup plus réactifs. Et qu'on arrive à avoir des prises en charges meilleures, une prise en charge qui est quasiment hospitalière, quoi. »

- Les maladies neurodégénératives (Parkinson, Alzheimer...) sont un autre exemple de maladie chronique, où la prise en charge est lourde étant donné les pertes d'autonomie majeur des patients. Les soignants passent souvent plusieurs fois par jour et apportent une aide indispensable aux aidants lorsqu'ils sont présents. Il est donc nécessaire que la communication soit optimale entre eux.

Médecin n°7 : « Là tout récemment, j'ai une patiente qui a une démence. Donc il y a des infirmiers à domicile, mais elle ne se souvient plus du passage infirmier du jour même. Donc la coordination est indispensable entre la famille, qui aussi note dans l'ancien carnet, et les aides-soignantes enfin des auxiliaires de vie et les infirmières »

IDE n°1: « y'a aussi tous les patients qu'on a... tous ceux qu'on gère comme patients avec des maladies neurodégénératives pour lesquelles c'est pareil... laisser quelque chose au domicile est compliqué parce que les cahiers disparaissent, parfois des choses sont cachées... si on écrit à une personne qui a un Alzheimer encore un peu débutant, qui est dans cette phase un peu d'opposition où elle pense que tout va bien, qu'elle n'a pas besoin de nous, alors qu'elle oublie déjà pas mal de choses, ces phases d'opposition qu'on a, avec beaucoup d'agressivité, souvent, ben c'est compliqué [...] Donc oui, pour moi la coordination est importante. »

- Les patients souffrant de quelques maladies chroniques que ce soit peuvent décompenser. La communication entre professionnels de santé doit alors être rapide et efficace :

IDE n°5 « pour quelqu'un qui va décompenser »

.

IDE n°2 « Chez ceux qui ont des maladies chroniques en fait. C'est essentiellement des cardiaques, des insuffisants rénaux ou hépatiques, enfin la grande majorité de nos patients... »

- La constatation de certains symptômes évoquant une pathologie aigue potentiellement grave, nécessite un avis rapide du médecin. L'œdème de cheville secondaire à un érysipèle ou une phlébite a été cité :

Médecin n°1 : « Par exemple une constatation d'un œdème de cheville par l'infirmière, c'est obligatoire que ce soit gérée dans la journée. Un érysipèle... »

Kiné n°5 « On est chez une patiente à domicile, on regarde un peu, on soupçonne une phlébite et tout, là voilà on va appeler le médecin pour qu'il passe »

- Pour la transmission des risques sanitaires dans le cadre d'une maladie contagieuse, comme la gale, qui nécessite une protection contact. L'information doit être donnée à tous intervenants pour éviter le risque de transmission.

Kiné n°3 : « Par exemple à la maison de retraite, il y a une histoire de gale. Moi j'ai été averti, trois mois après. Et après on a eu un cas de tuberculose aussi, mais là je pense qu'ils ne le savaient pas de suite. »

- Pour la continuité des soins entre les équipes ou avec des équipes remplaçantes. Pour un remplaçant qui ne connaît pas le patient, il est nécessaire d'avoir accès au dossier du patient pour pouvoir prendre le relais dans les meilleures conditions :

Kiné n°1 « sur le court terme c'est super intéressant par rapport aux autres équipes qui viennent travailler »

Médecin n°1 « Après pour le médecin remplaçant, s'il y a d'autres médecins que moi, bien sûr tout est marqué dans le dossier. »

- Pour le contrôle par le pharmacien des prescriptions faites par les médecins. Les pharmaciens ont un rôle de vérification avant la délivrance des médicaments aux patients. Une bonne communication est parfois nécessaire pour clarifier certaines adaptations de traitement, de posologie ou pour la gestion des stupéfiants :

Pharmacien n°3: « L'autre jour j'avais une dame qui me dit : « tiens il a oublié de me le marquer. » Donc j'ai appelé et en fait ce n'était pas un oubli. « C'était volontaire, je lui avais expliqué que je ne voulais plus lui prescrire. Je lui avais expliqué pourquoi... » donc voilà... On a besoin d'avoir confirmation de certaines choses. »

Pharmacien n°2: « S'il y a eu des interactions qui ont été oubliées par le médecin, ou qu'il est passé à travers. Le patient lui avait pas dit qu'il prenait un médicament chronique, et qu'il y'a un macrolide qui arrive derrière... Souvent on a besoin d'un avis. Parfois sur des dosages, des posologies. Hier j'ai un dentiste qui m'a prescrit de la Speciafoldine ®, C'est très rare, 15 mg jour. Je l'appelle. Qu'en est-il ? »

Pharmacien n°3: « Il y a des pédiatres que j'ai dû appeler pour des posologies très importantes, pour qu'il confirme la posologie pour des tous petits. »

Pharmacien n°2: « Le problème du non substituable. Le patient qui dit je prends toujours le princeps, je ne prends pas le générique. Allô docteur... Sur les stups parfois aussi. Quand il y a du nomadisme médical, on est au courant entre pharmacien, on se passe les mails. Et donc voilà on avertit le médecin, il est allé voir votre confrère hier pour la même chose, on fait quoi? C'est un peu varié. Et après avec les médecins qu'on connaît vraiment très bien, pour un avis médical, ça nous arrive aussi. »

C. La communication est-elle satisfaisante à l'heure actuelle (en 2016) ?

1. Axes de communication interprofessionnels

A la question « avec quel professionnel de santé communiquez-vous la plupart du temps ? » On retrouve que :

- Les échanges principaux se font entre le médecin et l'infirmière.

Médecin n°7 : « Avec l'infirmière. Parfois avec le kiné, mais surtout avec l'infirmière. »

IDE n°10 : « Principalement le médecin. Parce que c'est lui qui nous prescrit tous nos actes. Et si y'a un souci avec le patient c'est avec lui qu'on va traiter principalement. »

IDE n°7 : « C'est bien sûr le médecin. Ça c'est le sommet de la pyramide. »

- Les auxiliaires de vie sont également souvent sollicitées pour connaître l'état du patient car elles sont généralement les personnes les plus présentes au domicile et connaissent très bien les patients.

Médecin n°8 « Et puis moi souvent je demande à l'aide-ménagère de mettre un petit mot, s'il y a quelque chose d'important qui concerne les faits cliniques, bien évidemment. Ça concerne surtout les événements qui ont lieu les jours des soins précédents la visite. »

- Les kinés communiquent parfois avec les infirmières ou les auxiliaires de vie pour connaître l'état du jour du patient pour adapter leur séance, ou parfois avec les médecins si la rééducation ne se passe pas comme prévue. Cependant il semble qu'en général, il y a peu de communication dans un sens comme dans l'autre.

Kiné n°5 : « Ben quand on les partage, on les partage pas beaucoup [...] Je fais pas mal de courriers pour les médecins ; voilà en général c'est quand ça se passe pas comme ça devrait se passer.»

Médecin n°1 : « C'est quand même plus anecdotique avec le kiné. (*Les échanges d'informations*) »

Médecin n°2 « Ben le kiné, le problème avec les kiné c'est que on a finalement trop peu d'échanges, si ce n'est certains de temps en temps qui nous amènent des dossiers de prise en charge, que eux envoie à la Sécu où ils font un diagnostic kiné, des fois ils nous le font remonter comme ça on sait précisément, telle ou telle rééducation, ce que eux ils en pensent, ce qu'ils comptent faire et leur diagnostic, c'est vrai que ça on le voit de manière rarissime, donc c'est vrai que les kiné, on a principalement un échange qui va de nous

vers eux, par l'intermédiaire de l'ordonnance, et d'ailleurs maintenant il faut qu'on précise le diagnostic pour le kiné, quand on met « rééducation de la cheville », il faut que pour lui ce soit précisé « pour une entorse du LLE etc... » »

Médecin n°3 : « On a beaucoup moins de contact avec les kiné qu'avec les infirmiers. [...] Mais les kinés nous appellent que s'il y a un souci, vraiment...important. »

- Pour ce qui est des pharmaciens, ils communiquent principalement avec le médecin et les infirmières.

Pharmacien n° 4 : « avec le médecin. C'est le médecin avec qui on a le plus... Médecin et infirmière. C'est les deux avec qui on a un relationnel, à un temps T, pour un patient. »

Pharmacien n°3 : « Essentiellement médecin, infirmière. Kiné de temps en temps, quand il prescrit de l'orthopédie. Et pour savoir exactement ce qu'ils attendent. »

2. Résultats

A la question « pensez-vous qu'il y ait assez de communication ? » 60 % soit la majorité des participants ayant clairement répondu, pensent que non, il n'y en a pas assez, contre 26% qui disent que oui, il y a assez de communication. Il reste 13 % des personnes interrogées qui sont partagées. Pour ces derniers la communication serait essentiellement personne dépendante.

IDE n°4 « Alors ça dépend avec qui ! [...]Avec certains ça se passe très très bien, avec d'autres c'est plus compliqué. »

Le détail en fonction de chaque profession est résumé dans le tableau ci-dessous.

Pensez-vous qu'il y ait assez de communication ?

	oui	non	Les 2
Médecin	44%(4)	66%(5)	0%
Infirmier	22%(2)	55%(5)	22% (2)
Pharmacien	25%(1)	75%(3)	0%
Kinésithérapeute	12.5%(1)	62.5%(5)	25%
Total	26%(8)	60%(18)	13%

3. Problèmes de communication soulevés

Les problèmes de communication les plus fréquemment rencontrés par les personnes interrogées sont :

- Pour les kinés et les pharmaciens c'est le manque de disponibilité des médecins. Les médecins sont souvent difficiles à joindre par téléphone car ils sont occupés par leurs consultations ou parce qu'ils sont en visite. Dans ce dernier cas, si le numéro personnel du médecin n'est pas connu, il ne peut pas être joint, sauf par la secrétaire, s'il y en a une.

Kiné n°6 : « La difficulté c'est de les joindre. Parce que quand ils sont en domicile, on ne peut pas les joindre parce qu'on n'a pas leur portable ou soit les secrétaires font barrage. On ne peut pas les joindre. »

Pharmacien n°2 « Il faut que le secrétariat soit ouvert, des médecins. Donc par exemple au secrétariat A. B., il n'y a plus personne à 18h. Donc soit on connaît les portables des médecins. Soit on attend le lendemain. »

Pharmacien n°1 : Non je crois que c'est juste à la limite il est pas joignable, ou alors on n'arrive pas à avoir un lien immédiat en fait, ou parce qu'il est occupé... très souvent le Dr B. il dit « j'ai les mains occupés donc rappelez-moi dans 5 minutes »... c'est le message qu'il met donc on connaît [...] ou ils ne travaillent pas tout le temps, je prends le cabinet M. , je veux avoir un médecin, ils ne sont pas tout le temps-là. Donc pour avoir une réponse par exemple « le produit ne se fait plus », ou s'il y a une rupture de stock ben l'assistante.. la secrétaire ne peut pas le joindre. Donc là on est dans un manque, on ne peut pas répondre, on ne peut pas délivrer le produit, ou passer à un autre produit parce qu'on n'a pas le droit de passer sans l'accord du médecin...Ça c'est aussi une barrière qui est difficile. »

- Le manque de temps pour les médecins ne leur permet pas de répondre à toutes les sollicitations aussi vite qu'ils le souhaiteraient :

Médecin n°4 : « Le temps d'abord. Quand t'es médecin généraliste t'as jamais le temps. Donc il faut arriver à dire « le patient il attend, le patient suivant, là, je prends le temps de prendre mon téléphone et de téléphoner ». C'est pas évident, je te jure quand t'as la pression, ce n'est pas évident du tout ça. Il faut que quand tu prends le temps de téléphoner, l'autre soit disponible aussi. Et y'a plein de trucs comme ça, alors tu peux laisser un message sur le répondeur mais on en revient à ce que je te disais, t'es pas sûr que le boulot soit réalisé. »

- D'après un médecin, ce manque de disponibilité peut parfois poser problème pour la prise en charge de patients. Des infirmiers peuvent être contraints de prendre des décisions seul, sans mettre au courant les médecins.

Médecin n°5 : « Il y a quand par exemple les infirmières, elles ne vont pas...elles vont vouloir se débrouiller trop toutes seules par exemple. Alors quelque part c'est bien parce que ça nous évite d'être sollicités en permanence, mais parfois on arrive sur des situations

qui sont dramatiques, et Qu'on n'a pas vu venir parce qu'on n'était pas du tout au courant en fait. »

- Pour les infirmiers le problème de communication survient essentiellement pendant les horaires de fermeture des cabinets (soir et weekend) où les médecins sont bien sûr non joignables. Les Infirmiers ressentent un sentiment de solitude pour gérer certaines situations.

IDE n°9 : « Le problème c'est qu'on a plus accès à tous les professionnels, nous. Après c'est le centre 15. A ce niveau-là, la communication est un petit peu compliquée. On est souvent seul. Dans le sens ou le week-end il n'y a personne. Donc il faut anticiper. »

IDE n°4 : « ça pourrait être par exemple le week-end quand il se passe quelque chose... ben du coup y'a personne au cabinet médical... du coup qu'est-ce qu'on fait... »

- Les médecins généralistes d'une même commune, excepté ceux associés dans un même cabinet, sont très rarement amenés à coordonner leur prise en charge entre eux. Cela peut poser un problème par exemple lors de départs en vacances d'un médecin. Parfois ils n'ont pas de remplaçant et un confrère qui ne connaît pas le patient doit intervenir. Cette situation peut être anxiogène pour des patients qui sollicitent alors d'autant plus leur infirmier ou leur kiné.

IDE n°2 : « Euh... difficile de les joindre. Et l'angoisse des patients derrière, qui nous mettent la pression. En ce moment je suis en train de vivre ça, j'ai une patiente son médecin traitant est parti en vacances, il n'a pas mis de remplaçant et donc elle me met la pression tous les jours ! C'est bien le portable, mais de temps en temps c'est moins bien !»

Médecin n°2 : « Par contre le souci c'est qu'entre les médecins d'une même commune, c'est quand même rare, mais qu'on soit amenés à voir un patient qui est suivi par un autre médecin de la commune hors de notre cabinet, là pareil pour avoir des infos y'a rien de formalisé quoi. Donc soit on va à la pêche aux infos quand on est à domicile, on essaie de chercher des radios, des transmissions, un cahier infirmier quand il y en a un, mais c'est pas toujours le cas, mais là c'est vrai que c'est pareil, la communication...on va dire de manière formelle entre médecins d'une même commune elle est aussi inexistante » [...] « Dans le dernier qui m'est arrivé la semaine dernière, la secrétaire m'a appelé parce qu'une infirmière libérale a appelé à l'aide pour voir un patient et y'avait rien, aucun dossier, juste des ordonnances de traitement, la femme du patient était un petit peu perdue. J'ai essayé de joindre cette médecin, elle était en vacances au bout du monde, et du coup c'est vrai que j'étais un peu tout seul quoi. Donc c'est vrai qu'on fait du boulot de bien moins bonne qualité quand on n'a pas d'informations que quand on en a, quoi. Ne serait-ce que pour avoir les antécédents et puis même en dehors des antécédents, avoir le fil conducteur, ça peut aider quoi. »

- Un médecin évoque également le manque d'implication et de communication de certaines familles. La prise en charge d'un patient dépendant est bien plus aisée si des aidants sont présents à ses côtés.

Médecin n°7 : « Les difficultés qu'on a c'est lorsque que la famille n'est pas impliquée, n'est pas présente. Du coup on se retrouve des fois toutes seules avec l'infirmière, un petit peu démunies. Lorsque la famille coopère je trouve que ça se passe très bien. Parce qu'il y a un relais de l'information. »

- Enfin un médecin dit que les problèmes de communication viendraient d'attitude individualiste des différents professionnels de santé. En libérale, la prise en charge en équipe n'est pas monnaie courante, les professionnels de soins ne sont pas habitués.

Médecin n°6 : « L'individualisme (*est le problème de communication*). C'est-à-dire que tous les professionnels de santé sont élevés dans les universités ou autres lieux

d'apprentissages pour être seul. Alors chez les médecins y'a le syndrome de Dieu, je sais mieux que tout le monde, et une grosse difficulté à échanger. Très difficile. Chez les infirmières c'est toujours la peur d'être prise en défaut, elles ont été formées à l'hôpital et elles ont plus ou moins travaillé longtemps à l'hôpital donc quand quelque chose n'allait pas c'était forcément de leur faute, hein, on a connu ça. Une plaie qui s'infecte en chirurgie orthopédique c'est forcément la faute de l'infirmière ou de l'interne, ça peut pas être la faute du chirurgien. Donc voilà. Ce qui fait que c'est difficile. Tout simplement. »

D. Informations utiles contenues dans le dossier médical par profession

L'objectif secondaire de cette thèse était de définir les différentes attentes concernant le contenu du futur dossier médical. Pour cela il leur a été demandé quelles étaient les informations les plus importantes dont ils avaient besoin dans un dossier médical.

Voici les résultats :

1. Les pharmaciens

- Les pharmaciens souhaiteraient avoir accès évidemment au traitement des patients ainsi qu'à son historique pour des problèmes de lisibilité parfois, mais aussi vérifier s'il y a eu un oubli ou l'ajout d'un nouveau médicament avec des interactions potentielles, ou bien vérifier les dates des ordonnances pour les stupéfiants. Ils aimeraient avoir accès aussi à différentes informations du patient comme les allergies, pour éviter certaines réactions ou effets secondaires, ou la date de naissance et les mensurations par exemple pour la pédiatrie. Ils souhaiteraient que soit indiqué si le médicament est substituable ou non.
- Cependant ils sont conscients qu'ils ne doivent pas avoir accès à toutes les informations. Dans ce sens ils espèrent que ce futur dossier préservera au mieux le secret médical.

Pharmacien n°2 : « C'est surtout centré sur la rédaction de l'ordonnance. Soit on n'arrive pas à lire quelque chose.... De moins en moins parce que c'est de plus en plus informatisé. Soit il y a parfois un oubli d'un médicament, ou un usage qui nous paraît bizarre. Un nouveau médicament le patient nous dit : « tiens ça je l'ai jamais pris... » [...] S'il y a eu des interactions qui ont été oubliées par le médecin, ou qu'il est passé à travers.»

Pharmacien n°3: « Il y a des pédiatres que j'ai dû appeler pour des posologies très importantes, pour qu'il confirme la posologie pour des tous petits. »

Pharmacien n°2 : « Le problème du non substituable. Le patient qui dit je prends toujours le princeps, je ne prends pas le générique. Allô docteur... Sur les stups parfois aussi. Quand il y a du nomadisme médical, on est au courant entre pharmacien, on se passe les mails »

Pharmacien n°1 : « Mais c'est le seul accès, si vous voulez, à l'information, que l'on a. Ce qui est logique par rapport à, je dirai, au secret professionnel. On n'a pas à tout savoir. »

2. Les kinésithérapeutes

- Les kinésithérapeutes voudraient avoir accès à certains éléments pouvant orienter leurs séances de rééducation. Notamment les transmissions des infirmières ou de l'aide-ménagère sur l'état physique et/ou psychologique, du jour ou de la veille, du patient. Les constantes telles que la tension artérielle pour prévenir le risque de chute par exemple, l'EVA (échelle visuelle analogique pour la douleur), la saturation en oxygène pour les soins de kiné respiratoire sont des données utiles. Quelques un souhaiteraient être mis au courant du changement de certains médicaments (classe thérapeutique).

Kiné n°1 : « Si ce n'est pas coordonné, si l'infirmière elle me met pas « attention, t'as une tension à 5 », voilà, moi je me ballade pas obligatoirement avec mon tensiomètre. »

Kiné n°2 : « à domicile aussi souvent l'état psychologique du patient, savoir si effectivement il a envie de travailler avec nous ou pas »

Kiné n°3 « non la sat (saturation en oxygène), la tension... Non mais même savoir s'il a eu de la fièvre, s'il y a des choses comme ça. On ne peut pas le savoir. Parce que les patients ne parlent pas toujours. [...] Oui ça serait bien d'avoir des transmissions, de savoir l'état de forme du patient, comme ça on adapterait notre séance. »

Kiné n°7 : « Pas forcément les cachets parce que nous on est pas trop dans la pharmaco...mais l'idée précise du traitement. S'il prend des diurétiques, s'il prend pour aller aux toilettes... nous on a des moyens de travailler ça aussi. »

Kiné n°9 « Et bien si par exemple la personne a eu un changement de traitement médical par exemple, ce genre de chose. S'il lui est arrivé quelque chose, une maladie ou un problème quelconque, quoi, médical, et qu'il y a un changement de traitement médical... »

- Ils aimeraient également savoir s'il y a des contres indications à certains exercices. Ils auraient besoin d'avoir accès aux comptes rendu de certains examens complémentaires d'imagerie, aux comptes rendu opératoires et aux lettres des orthopédistes et rhumatologues.

Kiné n°5 : « Si après, les comptes rendus opératoires... bon les compte-rendu opératoires on les lit, après moi je suis pas chirurgien donc heu... je sais globalement ce qui a été fait et voilà. »

Kiné n°2 : « s'il y a eu intervention : date d'intervention, les contre-indications éventuelles de l'intervention »

- De plus, la plupart insiste sur le bilan initial qui est leur base de travail avec par exemple les amplitudes articulaires ou le périmètre de marche, pour juger des progrès effectués.

Kiné n°5 : « Les informations importantes ? Ben c'est le bilan. »

Kiné n°2 : « après les grosses évolutions majeures dans sa rééducation »

3. Les infirmières et infirmiers

- Les infirmiers ont besoin de nombreuses informations de par leur prise en charge qui englobe de nombreux domaines.

IDE n°9 : « Nous c'est global, on voit la globalité du patient. »

- Une partie fiche administrative avec le mode de vie du patient, mais aussi les rendez-vous des différents examens ou consultations.

IDE n°10 : « une fiche administrative avec toutes les coordonnées du patient [...] des éventuelles rendez-vous chez le spécialiste lorsque c'est prévu »

IDE n°8 : « comment vit la personne, dans quelle situation elle est. S'il est accompagné, pas accompagné, entouré, isolé. »

- Ils ont évidemment besoin des différents paramètres qu'ils mesurent eux même au domicile du patient.

IDE n°8 « Pouls, tension, température, surveillance des selles, urine, diurèse, état cutané, soins de nursing... »

- Les toilettes et soins de nursing doivent être notés pour éviter de les oublier.

IDE n°9 : « Des grilles qui nous permettent de cocher les soins qui sont faits »

- Il leur faut avoir accès à l'ordonnance, puisque c'est souvent eux qui préparent les piluliers et qu'ils s'assurent de la bonne prise des traitements.

IDE n°5 « Les traitements, c'est très important. »

IDE n°6 «[...] traitement, la dernière visite du Docteur, réajustement du traitement s'il a eu lieu. »

- Ils ont besoin également du suivi général avec l'évolution de l'état du patient et les transmissions aux infirmiers prenant le relais.

IDE n°3 : « Ben on fait un suivi journalier donc cette trace écrite elle confirme nos transmissions orales on va dire. »

- Une attention particulière est apportée aux patients sous anti coagulants oraux avec la nécessité d'avoir les INR, aux patients diabétiques avec le suivi des dextros.

IDE n°7 « Tout ce qui est traitement coagulant, c'est la partie essentielle, la plus importante qu'on a géré. »

IDE n°10 « Si le patient est diabétique, il va y avoir une fiche de dextro. Si le patient est sous AVK, il va y avoir une fiche d'INR »

- Enfin les soins de plaie avec le suivi qui est primordial. L'évolution peut être notée par écrit ou alors en utilisant des photos souvent très utiles. Le protocole doit figurer dans le dossier.

IDE n°1 : « pour tout ce qui est pansement, moi essentiellement mon dossier c'est des photos. Comme ça j'ai l'évolution avant/pendant/après... Rechute ou pas rechute... »

4. Les médecins

- Pour les médecins, les informations contenues dans le dossier médicales doivent être nombreuses et diverses. Par rapport à un simple cahier, le dossier informatisé pourrait leur permettre d'avoir accès aux courriers des spécialistes, aux biologies, aux antécédents et aux traitements tenus à jour au cours des différentes consultations.

Médecin n°4: « alors je tiens très bien les antécédents. Donc ça me permet... en fait quand j'ouvre le dossier médical j'ai sous les yeux toute la vie médicale du patient. [...] j'ai l'ordonnance du traitement de fond toujours sous les yeux »

Médecin n°3 « Traitement. Observations par les infirmiers et infirmières libéraux, et biologie. Tout ce qui est courrier avec les spécialistes atterrit rarement chez le patient [...] »

Médecin n°5 « Alors qu'est ce qui est important... Les antécédents, les traitements actualisés, le rythme des consultations et du coup on note les éventuels problèmes qu'il y a eu et puis voilà. »

Médecin n°6 : « Les courriers, les observations, les traitements. Euh... voilà. L'essentiel. »

- Ils souhaitent pouvoir laisser une trace de leur passage, noter leurs observations mais aussi retirer des informations des différents soignants pour coordonner les soins. Il sert également d'aide-mémoire.

Médecin n°8 : « Les informations des jours précédents la visite, et éventuellement les observations des infirmières, ou des kinés qui viennent à domicile, voilà... Ça laisse une trace, ça sert de mémoire pour le traitement que tu as modifié, ou les effets secondaires ou autre. »

Médecin n°9 : « Souvent les patients ne savent pas nous l'explique. Les familles ou l'infirmière nous le note. »

Médecin n°1 : « De laisser la trace de mon passage avec les observations éventuelles »

Médecin n°4 « Et ça pour moi c'est important parce que tu te rappelles pas toujours ce qu'ils ont les gens, alors que ça ça te permet de fixer tout suite » ah oui lui il a un diabète », bon ça d'habitude on s'en rappelle.. mais en plus il a eu ce petit AIT y'a trois ans, j'avais oublié, est ce qu'il est bien sous anticoagulants, voilà, ça me permet de me remettre en permanence en mémoire tous les antécédents du patients et ça me permet aussi parce que je tiens le dossier, de voir toutes les modifications thérapeutiques. »

Médecin n°5 : « ben déjà de me remémorer les choses, parce que parfois je sais plus trop euh...ce qu'il s'est passé, à quelle date... »

- Un dossier médical complet et bien tenu, facilite également la prise en charge d'un médecin remplaçant. Ceci est d'autant plus important que le médecin remplaçant ne connaît pas le patient, et qu'il arrive souvent que le patient ne sache pas restituer toutes les informations de son dossier. C'est aussi très utile pour la continuité des soins après le retour du médecin traitant.

Médecin n°1 : « Après pour le médecin remplaçant, s'il y a d'autres médecins que moi, bien sûr tout est marqué dans le dossier. »

- Certains classeurs mis en place par les infirmières sont déjà très complet avec différents intercalaires (cf annexe 3). Le dossier informatique pourrait apporter une meilleure lisibilité des informations, en facilitant leur recherche.

Médecin n°2 : «il faut que le classeur soit bien rangé, ce qui n'est pas souvent le cas. Des fois on passe plus de temps à chercher des informations qu'on n'arrive pas forcément à avoir, qu'à voir le malade. »

- Un autre point soulevé est d'encore mieux protéger le secret médical, qui à priori, devrait être mieux préservé avec un dossier informatique. Contrairement à un cahier posé sur la table du salon du patient à la vue de n'importe quel visiteur, ce dossier ne pourra être consulté que par un professionnel de santé faisant parti de l'association.

Médecin n°2 : « Et puis le gros souci, après, peut-être qu'il faudra le dire autre part, je ne sais pas, c'est surtout sur la confidentialité, quoi. Parce que dès que l'on met des renseignements médicaux, des transmissions médecin-infirmière ou infirmière-médecin, forcément on parle du diagnostic et ce cahier n'importe qui peut y avoir accès à domicile, et ça, au niveau du secret médical, de la confidentialité, c'est plus que moyen. »

DISCUSSION

I. La méthode de l'étude

A. Méthode qualitative par entretiens semi dirigés pourquoi ?

1. L'objectif de l'étude

Pour rappel, l'objectif principal était d'évaluer les moyens existants et nécessaires à la mise en place d'une coordination de soins entre professionnels de santé pour la prise en charge des patients à domicile, sur la commune de Frontignan, avant la mise en place d'un dossier médical partagé informatisé.

La méthode d'étude qualitative contrairement à une méthode quantitative, permet une approche plus « intensive » du sujet. Il permet de mieux analyser le sens que donnent les acteurs à leur pratique, une meilleure restitution des expériences passées et de bien comprendre les processus d'action de chacun. Ces différents éléments réunis, entre autres, rendent l'analyse plus « profonde », comparé à une étude quantitative qui restera plus superficielle.

2. L'échantillon restreint

La population a interrogé pour la réalisation de cette étude étant bien définie et restreinte à 55 personnes, ce qui permettait la réalisation d'entretiens individuels. Chaque personne interviewée a été contactée par téléphone pour convenir d'un rendez-vous pour la réalisation de l'entretien, au moment et sur le lieu qui convenait le mieux. Cette démarche personnalisée a permis d'obtenir un maximum témoignage.

L'entretien individuel par rapport au focus groupe évite que les réponses soient influencées par celles des autres ou que les personnes interrogées se sentent jugées par leurs pairs, ce qui laisse une plus grande liberté d'expression. De plus il préserve un temps de parole important à chacun. En contrepartie, il n'y a pas d'enrichissement mutuel

des réponses que l'on peut trouver dans un groupe. Mais, quoi que structuré sur un questionnaire standardisé, l'entretien individuel reste ouvert et encourage l'expression du ressenti personnel de chaque interviewés. Ces personnes étant directement concernées par le projet, il était important de leur laisser énoncer leurs différents points de vue et sentiments par rapport à leur vécu quotidien, dans le but de répondre au mieux à leurs attentes.

B. Force de l'étude

Parmi les forces de cette étude, nous pouvons citer qu'elle ait été menée sur une population de 55 personnes faisant partie de l'association coordination santé de Frontigan, ce qui constituait le seul critère d'inclusion. Il n'y avait pas de critère d'exclusion. Cette association regroupe l'ensemble des professionnels de santé concernés par ce projet au moment du recueil de données. Sur les 55 personnes contactées, 32 personnes ont répondu au questionnaire. Le taux de réponse est de 58 %. Ces données peuvent être considérées comme satisfaisantes pour une étude qualitative.

De plus l'ensemble des professions (pharmacien, kiné, médecin, infirmier), excepté un podologue, sont représentées.

En somme, ces paramètres ont permis l'obtention de la saturation des données, en constatant au fur et à mesure des entretiens que l'on retrouvait les mêmes informations ou idées déjà évoquées dans les entretiens précédents .

Autre point fort de l'étude que l'on peut citer est que les entretiens n'étaient pas limités en durée, ce qui laissait une grande liberté d'expression aux interviewés.

C. Biais et limite de l'étude

Dans les études qualitatives par entretiens semi dirigés, la formulation du questionnaire peut influencer les résultats. Les entretiens ayant été effectués par 2 intervieweurs différents, qui plus est, inexpérimentés dans les études qualitatives, on peut supposer qu'ils n'ont pas été menés exactement de la même manière. Ce paramètre peut avoir influencé les réponses et peut constituer un biais de subjectivité. Cependant ce biais est moins important dans un entretien semi dirigé, où l'expression de chaque personne

interrogée est laissée libre, que dans un entretien totalement directif. Pour pallier à ce biais nous avons mis en place un questionnaire standardisé.

On peut également supposer un biais de sélection dans le sens où toutes les personnes interviewées étaient impliquées et motivées par le projet, ce qui peut influencer certain jugement sur les pratiques en place, en comparaison à celles devant être mises en œuvre. Une autre limite à signaler porte sur le questionnaire avec notamment certaines questions fermées, là où dans l'idéal lors d'une étude qualitative, les questions doivent être ouvertes pour éviter autant que possible l'influence de l'intervieweur et permettre un maximum de liberté d'expression.

II. Les résultats

A. Etat des lieux : moyens existants pour la coordination des soins

1. Importance de la coordination des soins à domicile

Les verbatim montrent le manque de coordination actuellement. Une coordination entre professionnels de santé relève d'une importance capitale dans de nombreuses situations, parmi lesquels nous pouvons citer :

- Les retours d'hospitalisation
- Les fins de vie
- Les hospitalisations à domicile
- Les sevrages de substances addictives
- La prise en charge des anti coagulants oraux
- Le suivi des diabétiques
- Le suivi des plaies
- Le suivi des maladies neurodégénératives
- Les patients poly pathologiques en règle générale et les patients en perte d'autonomie qui sont souvent des personnes âgées
- Les pathologies aiguës
- La délivrance des médicaments chez le pharmacien.

Cette communication passe souvent par les infirmiers qui sont les personnes les plus présentes auprès des patients. Le médecin généraliste à un rôle de coordonnateur, et de décideur. C'est à lui que vont se référer les différents intervenants que ce soit pharmacien, kiné ou infirmier.

Dès lors l'axe de communication principale reste entre le médecin et l'infirmier.

Nous allons voir que les professionnels de santé communiquent par différent moyens.

2. Le dossier médical à domicile : la solution ?

- La pierre angulaire de la communication semble être un dossier ou un support papier présent au domicile du patient.
- Les ¾ des personnes interrogées déclarent se servir d'un support à domicile. A l'heure actuelle un cahier ou un classeur (plus complet) est le plus souvent utilisé. Ces cahiers sont souvent complétés par un carnet pour les glycémies et les INR qui sont des situations fréquentes ou un suivi rapproché est important. Mais il n'y a rien de bien défini et protocolisé. Les supports diverses et variés dépendent du patient, de ses pathologies, de son niveau de complexité de prise en charge, mais aussi des divers intervenants (médecins et infirmières) qui ont chacun leurs propres habitudes. Cependant, par le biais de l'association des infirmiers de Frontignan, on retrouve fréquemment un classeur avec une base commune qui s'avère très complète (Annexe 3). Malheureusement ce dossier n'est pas présent chez tous les patients pour les raisons précédemment citées.
- L'utilisation d'un dossier lors des consultations à domicile est une obligation médico légale. Il constitue une couverture en cas de procédure judiciaire.
- Une thèse menée par Pascal Nourry en 2011 sur le dossier médical au cours des visites à domicile(25), montre que de disposer des données médicales au cours de la visite à domicile permet d'améliorer la qualité des soins. Son étude évaluait le contrôle de la pression artérielle ou encore la couverture vaccinale anti tétanique. Ces paramètres étaient mieux suivis en cas de données disponibles au domicile du patient.
- La thèse menée par Christophe CHEVASSUS en 2005 sur « le support du dossier médical de la personne âgée dans le cadre de la visite au domicile par le médecin généraliste »(21) mettait en évidence que le support idéal devrait évoluer d'un support papier vers un support informatique.
- Deux médecins utilisent d'ores et déjà un dossier informatique à domicile grâce à leur logiciel métier qui est consultable en ligne. Ce dernier constituera la future base de support dans le cadre du projet de dossier informatisé partagé. A l'heure actuelle l'accès à ce dossier est réservé aux seuls médecins, il n'y a pas d'échange interprofessionnel.

- La thèse effectuée conjointement par Charlotte MONIER (26) sur le dossier médical pluri professionnel informatisé et le suivi des patients à domicile, révèle ce qu'attendent comme bénéfice les différents usagers du dossier informatique par rapport au dossier papier.
- Un des inconvénients du dossier papier est qu'il est souvent incomplet, et non spécifique d'une profession. Nous avons pu constater dans les résultats que selon les différents intervenants les données utiles d'un dossier ne sont pas les mêmes.
- De plus les informations ne sont pas toujours classées, ce qui le rend difficile à lire et peu pratique.
- Ce dossier étant un support papier, il peut être parfois perdu au moment de la visite, car mal rangé ou oublié lors d'une hospitalisation ou une consultation d'un spécialiste.
- La perte du dossier, en plus de poser un problème pour la continuité des soins et la coordination entre professionnels de santé, constitue un risque médico-légal. En effet nous avons vu que le code de déontologie (9) stipule que les données médicales de chaque patient doivent être conservées par le médecin. Dans le cadre du futur projet, le dossier serait à la fois disponible chez le patient mais aussi au cabinet ou dans tout autre endroit. Dans ce contexte le problème de la conservation des données ne se poserait plus.

3. Les autres moyens de coordinations

- D'autres moyens de communications sont utilisés. Le téléphone qui a l'avantage d'être le moyen le plus réactif. Le problème reste la disponibilité des interlocuteurs. Certaines personnes ne l'utilisent pas par peur de gêner.
- Les SMS et les photos sont aussi envoyés via les téléphones portables. Ces moyens de communications peuvent être parfois très utiles comme par exemple pour le suivi des plaies. Cependant les numéros personnels ne sont pas toujours connus. De plus se pose le problème du secret médical et des échanges d'informations sensibles. L'article 34 de la loi informatique et Libertés (6) dit « Le responsable du traitement est tenu de prendre toutes précautions utiles, au regard de la nature des données et des risques présentés par le traitement, pour préserver la sécurité des

données et, notamment, empêcher qu'elles soient déformées, endommagées, ou que des tiers non autorisés y aient accès. »

Le guide des professionnels de la CNIL (commission nationale de l'informatique et des libertés) préconise que les échanges d'informations médicales soient chiffrés ou cryptés pour préserver la confidentialité. (27)

- On peut citer également les mails, qui sont peu utilisés, excepté au sein du réseau de pharmaciens de la commune de Frontignan. Ce moyen de communication à l'avantage d'être plus sécurisé grâce à l'utilisation de messagerie cryptée comme évoqué précédemment.
- La plupart des médecins se servent déjà du logiciel. Il permet l'échange de données sécurisées entre professionnels de santé en accord avec la réglementation. Si les professionnels de santé se familiarisent avec cet outil, par le biais d'une messagerie, il peut être un compromis entre l'utilisation de SMS et la préservation du secret médical. Cependant un médecin soulève un problème à l'utilisation du logiciel. Il ne l'utilise pas par manque de temps. On peut donc se demander si le logiciel sera adopté et utilisé par tous les professionnels de santé ?
- La communication orale reste bien évidemment de mise. Il arrive fréquemment que les personnes se déplacent pour discuter de vive voix et définir les modalités de prise en charge de patients. Nous verrons plus tard que dans le futur projet de communauté de santé, ces échanges pourront être facilités et encouragés par le biais de réunions de concertations mensuelles, mises en place à la demande des intervenants, pour la prise en charge de patients complexes.

4. Quelques problèmes de communications révélés par l'étude

- Alors que nous avons vu que la coordination des soins passe par de nombreux biais et semble à priori plutôt bien fonctionner, paradoxalement 60 % des personnes interrogées trouvent qu'il n'y a pas assez de communication entre professionnels de santé.
- L'un des premiers points pouvant être cité est le manque de dialogue avec les kinésithérapeutes. Les kinésithérapeutes ont peu d'information sur le malade et ne

sont pas toujours mis au courant des différentes évolutions de traitement, de l'état de forme, ou des risques de contagion par exemple. Cependant en retour les kinésithérapeutes communiquent peu avec les autres professionnels.

Leur intégration dans ce projet commun, avec l'utilisation d'un logiciel et des onglets spécifiques pourraient faciliter le dialogue avec ces soignants et leur permettre une meilleure intégration dans l'équipe.

- Le deuxième point est le manque de disponibilité des médecins en général. Le planning des médecins est souvent surchargé, ils ne peuvent pas répondre immédiatement. Cela dépend aussi des soignants et de leurs habitudes. Nous avons vu que certains médecins ont l'habitude de travailler avec des équipes en particuliers. La communication est alors facilitée par le biais, entre autre, des téléphones personnels et ou des SMS. Dans le cadre du projet de MSP, l'utilisation d'un logiciel commun, avec une messagerie intégrée, pourra faciliter les échanges avec les médecins et les rendre plus accessibles. Dans un deuxième temps la mise en place de protocoles de prise en charge de certaines situations bien identifiées comme la gestion des anti coagulants, les lombalgies, le dépistage de situations de fragilités, les plaies chroniques, les fins de vie, pourraient permettre une autonomisation des soignants, qui auraient la possibilité de commencer la prise en charge plus rapidement, sans s'en référer automatiquement aux médecins.
- Le troisième point est qu'il manque parfois de coordination entre les médecins. Ceci est surtout vrai entre médecins de cabinet différents. Dans de rares cas où le médecin habituel est absent, il arrive qu'un de ses confrères doivent prendre le relais. Dans ces situations, il ressort que les informations sur le dossier médical soient difficilement accessibles. Le défaut d'information peut entraîner des retards ou des mauvaises prises en charges du patient. Cela peut être aussi valable dans le cas d'un médecin remplaçant qui ne connaît pas le patient.
Là encore avec un dossier partagé accessible par tous, ce défaut d'information ne devrait pas avoir lieu d'être.
- Quatrième point, certains acteurs de santé interrogés souhaiteraient plus de concertations entre professionnels avec l'organisation de réunions interprofessionnelles pour discuter de prises en charge complexes, à l'image de ce que certains infirmiers font déjà entre eux.

- Enfin le dernier point évoqué concerne les coordinations de soins avec les structures extérieures. Les soignants sont souvent mal informés de ce qui a été fait comme soins lors des sorties d'hospitalisation. Ils ne savent parfois pas s'il y a eu un changement de traitement ou de protocole. Ce défaut d'information survient lorsque les patients ne sortent pas avec leur courrier de compte rendu d'hospitalisation, courrier parfois disponible plusieurs jours après et adressé seulement au médecin. De plus il arrive fréquemment que les dossiers soient perdus à l'hôpital ou en consultation chez le spécialiste.

Une mise en relations des acteurs de santé « de ville » avec ces structures de soins, par le biais du logiciel commun par exemple, pourrait faciliter les échanges et la coordination pour faciliter les retours de patients à leur domicile.

B. Réponse à l'objectif secondaire : attentes concernant le contenu du dossier médical en fonction de la profession du soignant

Pour rappel l'objectif secondaire été de savoir quels étaient les attentes spécifiques des professionnels de santé selon leur profession pour la constitution du nouveau dossier médical informatisé. Voici quelques pistes de données qui devront être intégrées au sein du logiciel commun.

1. Les pharmaciens

Le pharmacien à un rôle de délivrance des médicaments, d'explication et de conseil par rapport à l'utilisation des traitements, mais il doit aussi contrôler les prescriptions du médecin avec vérification des interactions médicamenteuses, des contres indications éventuelles, des posologies. Ils ont un rôle majeur dans la lutte contre la iatrogénie qui peut être bien souvent causée par un manque de coordination entre intervenants.

Pour ce faire ils ont surtout besoin d'avoir accès au traitement du patient. C'est-à-dire la dernière ordonnance, mais aussi l'historique. Ils souhaiteraient que soit mentionné si un médicament est substituable ou non. L'avantage d'un dossier informatisé est aussi la lisibilité parfois compliquée sur des ordonnances manuscrites.

Sans avoir accès aux antécédents détaillés ils doivent avoir accès aux allergies éventuelles, ainsi qu'aux données anthropométriques. Ceci est particulièrement valable pour la pédiatrie avec les posologies à adapter au poids de l'enfant.

2. Les kinésithérapeutes

Le document de référence utilisé par le kinésithérapeute est le bilan initial avec par exemples les amplitudes articulaires, le périmètre de marche ou le débit d'expiration de pointes...

C'est à ce document qu'ils se réfèrent pour évaluer l'évolution du patient au cours des séances.

Pour adapter leurs séances à l'état de santé du patient, ils souhaiteraient avoir accès :

- Aux transmissions infirmiers et médecin sur l'état général.
- Certains paramètres come l'EVA (échelle visuelle analogique), la température ou la TA (tension artérielle).
- La classe thérapeutique des médicaments et notamment l'initiation d'un nouveau traitement.
- Aux comptes rendus de consultations des orthopédistes.
- Savoir s'il y a des contres indications à certains exercices.

3. Les infirmiers

Les infirmiers ont un rôle central dans la prise en charge des patients à domicile. C'est certainement la profession qui passe le plus de temps auprès des malades.

Leurs besoins concernant l'accès aux informations médicales dans le futur dossier médical sont les suivants :

- La fiche administrative avec les médecins correspondants, les coordonnées des familles...

- Une pancarte avec les différents paramètres mesurés : TA, Fc (fréquence cardiaque), température saturation, diurèse, EVA... Mais aussi un tableau pour suivre certaines données biologiques comme la glycémie, l'HbA1C, l'INR, la CRP...
- Une grille de soins pour référencer les différents soins dispensés
- L'ordonnance pour la délivrance des traitements
- Les protocoles et des photos pour le traitement des plaies.

4. Les médecins

Les médecins sont les coordonnateurs des soins et des différents intervenants au domicile du patient. Dans ce sens ils ont besoin d'avoir accès à l'ensemble des items toute profession confondue, avec les données que l'on retrouve sur leurs logiciels métiers à leur cabinet. Dans les différents entretiens les points principaux évoqués sont les antécédents, les traitements, les courriers et les transmissions.

Ce dossier a pour but d'être un aide-mémoire qui doit être le plus vaste possible. Pour favoriser son utilisation le logiciel doit être accessible facilement et rapidement, synthétique, claire et précis.

La préservation du secret médical est une des préoccupations principales des médecins. Ils espèrent que ce nouveau dossier soit une avancée dans ce domaine-là.

III. Evolution de l'organisation des soins primaires

La structuration des soins primaires passe par le développement du travail en équipe, la mutualisation d'activité et la coordination entre professionnels.

A. Développement des maisons de santé pluri professionnels

Comme nous l'avons vu dans l'introduction, les MSP sont au cœur des nouvelles politiques de santé, puisqu'elles sont présentées comme étant une des réponses aux objectifs définis par l'article 64 de la loi de modernisation du système de santé de janvier 2016 « L'équipe de soins primaires contribue à la structuration des parcours de santé. Son projet de santé a pour objet, par une meilleure coordination des acteurs, la prévention, l'amélioration et la protection de l'état de santé de la population, ainsi que la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé. »(28). La création de MSP est en plein essor. En 2013, 370 MSP sont recensées par la DGOS (Direction Générale de l'Offre des Soins) (26), 600 en 2014 et en mars 2016, 778 MSP, ainsi que 382 projets correspondant au cahier des charges mis en place par les ARS (27). Toutefois on observe un ralentissement de la croissance des MSP ces deux dernières années.

B. Les nouveaux modes de rémunérations

Ce développement est encouragé entre autres par les nouveaux modes de rémunération spécifiques de la coordination en équipes de soins primaires. Le règlement arbitral paru en Avril 2015 (28) prévoyait déjà la généralisation des Nouveaux Modes de Rémunération pour les pôles et maisons de santé, organisés en SISA (société interprofessionnelle de soins ambulatoires), sous réserve de respecter certaines conditions, parmi lesquelles :

- un accès élargi aux soins (de 8h à 20h + le samedi matin, accès à des soins non programmés, 1 coordonnateur clairement identifié pour l'accueil, l'orientation et l'information des patients...) ,

- le travail en équipe (prise en charge coordonnée des patients, concertation sur les cas complexes, mise en place de protocoles pluri-professionnels, formation des jeunes médecins par la prise en charge d'internes stagiaires à raison d'au moins 2 stages par an),
- le partage de système d'information et des dossiers des patients.

Les enveloppes s'étendaient ainsi de 16 450 € à 51 800 € (pour une patientèle de référence de 4000 patients).

L'accord conventionnel interprofessionnel (28) signé le 24 juillet 2017, grave dans le marbre les moyens nécessaires au fonctionnement des équipes de soins. Cet accord reprend en grande partie les éléments du règlement arbitral de 2015 en majorant les moyens alloués aux équipes.

Cet accord étant conventionnel, ce sont bien les CPAM qui vont valider les projets, les évaluer et les rémunérer.

Les projets doivent répondre aux trois grands axes (accès aux soins, le travail en équipe et la coordination des soins, l'utilisation d'un système d'information.)

Chacun de ces axes est décliné en indicateurs socles, obligatoires pour obtenir la validation du projet et d'autres indicateurs, dit optionnels, donnant lieu à des rémunérations supplémentaires.

Le montant total de l'enveloppe allouée au projet est fonction du nombre de professionnels de santé de la structure, du nombre de patients ayant déclaré comme médecin traitant un des médecins de la structure, la file active de la structure c'est-à-dire les patients ayant reçu au moins un acte par un des médecins, éventuellement majoré, notamment, en fonction des conditions socio-économiques ou taux de précarité de la structure. (**annexe 4 guide méthodologique : accord conventionnel interprofessionnel**)

La rémunération des médecins généralistes évolue donc vers un modèle mixte avec une base forfaitaire liée à la structure, associée aussi aux rémunérations sur objectif de santé publique (ROSP) déjà en place, tout en conservant l'ancien modèle avec la rémunération à l'acte.

Le but du renforcement de la base forfaitaire est de favoriser les prises en charge globales des patients, contrairement à une prise en charge très rapide devant « une course à l'acte

effrénée » de certains médecins. En effet les taches de coordinations, éducation thérapeutiques, préventions... qui sont des objectifs de santé publique pourront alors être valorisées et rémunérées.

Cette base forfaitaire incite également les expérimentations comme les créations de MSP afin de regrouper les professionnels de santé en équipe de soins primaires, ce qui semble constituer le mode d'exercice auquel aspirent les professionnels de santé et notamment les jeunes médecins.

Cependant ces NMR peuvent faire soulever quelques interrogations parmi lesquelles :

- Les médecins, qui seront assurés de toucher leur forfait, vont-ils continuer de suivre correctement leur patient ?
- La qualité des soins ne va-t-elle pas baisser ?
- La rémunération des médecins ne va-t-elle pas au final diminuer ?
- Comment sera répartie la rémunération entre les différents professionnels de ses structures ?

IV. Le Projet de santé de la Communauté Professionnelle Territoriale de santé de Frontignan pour l'amélioration des soins à domicile

Nous avons pu étudier comment fonctionnaient les différents professionnels de santé pour coordonner leurs soins à l'heure actuelle. D'une manière générale, les personnes interrogées estiment que des améliorations dans la prise en charge des patients peuvent encore avoir lieu. En continuité avec la création de la maison de santé pluri disciplinaire (MSP), le projet de santé de communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) doit tenter de répondre aux attentes des professionnels de santé par différents moyens.

A. L'outil informatique communicant

Le projet propose, tout d'abord, une solution innovante consistant en la mise à disposition par voie informatique de différents supports pour tous les professionnels de santé adhérents à l'association :

- Logiciel commun à tous les intervenants en soins primaires intégré sur un support numérique mobile et utilisable à domicile
- Dossier médical du patient intégré au logiciel qui pourra être consultable à domicile lors des visites des différents professionnels.
- Transmission sécurisée d'un volet médical de synthèse aux structures hospitalières faisant partie de la CPTS
- Harmonisation des communications sécurisées entre professionnels de santé avec homogénéisation des outils de communication (par exemple, utilisation généralisée de MSS)

Il apparaît, en effet, essentiel de promouvoir la communication entre l'ensemble des soignants de Frontignan La Peyrade d'une part, et les structures de second et troisième recours d'autre part, afin d'optimiser la prise en charge médicale des patients, leur suivi à domicile ce qui évitera à terme des hospitalisations en urgence ou les réhospitalisations.

L'outil informatique qui a été retenu est le logiciel WEDA.

Logiciel permettant le travail en collaboration entre soignants du premier recours, cette plateforme en ligne, présente toutes les garanties de sécurité et est conforme au cahier des charges ASIP (Agence des Systèmes d'Information Partagés de Santé) 2 : « Labellisation « Niveau Avancé » (niveau 2): la solution (ou famille de produits) soumise au processus de labellisation couvre les fonctionnalités « avancées » requises dans le cadre du fonctionnement d'une maison de santé, d'un pôle de santé organisé comme une maison de santé ou d'un centre de santé. » (29)

La plateforme permet ainsi le partage des données médicales avec l'accord du patient et sous la responsabilité du médecin traitant qui décide des professionnels pouvant accéder au dossier en accord avec eux et avec le patient.

Elle permet également le suivi des réunions de concertation pluridisciplinaires, faites régulièrement par l'équipe soignante autour du patient.

Elle propose pour chaque pathologie complexe prise en charge, des protocoles de prise en charge, définis par les professionnels et modifiables en fonction des avancées de la science et des observations des soignants.

Ces protocoles, consultables facilement, à tout moment du fait de la portabilité du logiciel, permettent également de préciser les rôles et les fonctions de chaque intervenant de soins.

Les pathologies prises en charge sont essentiellement:

- Les affections sévères compliquées ou décompensées (Insuffisance cardiaque, BPCO, troubles psychiques graves).
- Les pathologies chroniques nécessitant des soins itératifs et une intervention pluri professionnelle (lombalgies chroniques, syndromes dépressifs).
- Les patients pour lesquels, le risque iatrogénique ou l'équilibre thérapeutique nécessite l'intervention concertée d'un pour plusieurs acteurs (AVK, insulinothérapie)
- Les patients complexes en perte d'autonomie pour lesquels le maintien à domicile doit être conforté. (Sujets âgés, dénutrition, plaies chroniques, patients poly pathologiques, soins palliatifs, soins post AVC...)
- Les patients obèses
- Les grossesses à risque
- Les problèmes médico-sociaux, notamment intrafamiliaux (maltraitance)

Elle permet par ailleurs, le suivi et l'extraction de données de santé, permettant la réalisation d'études épidémiologiques sur le territoire.

Enfin, un outil de messagerie intégrée, devrait permettre la transmission sécurisée de tout ou partie des données aux professionnels de deuxième recours ou aux structures de troisième recours, comme expliqué plus loin.

B. Améliorer la coordination

1. Un poste de coordonnateur de soins

Pour faciliter la communication interne et externe, l'association, outre les moyens prévus, prévoit à cet effet l'embauche d'un coordonnateur de soins qui aura pour missions :

- L'organisation de l'accueil et de l'orientation des patients dans le système de soin local.
- L'information des patients sur leurs droits
- La gestion de la continuité des soins des patients en sortie d'hospitalisation
- L'organisation d'intervention des professionnels de santé en éducation thérapeutique
- La circulation de l'information au sein de l'association et le partage des informations concernant un patient géré par plusieurs intervenants
- La gestion et le développement des circuits de communication interne.
- La représentation de l'association auprès des différents organismes publics,
- La promotion du travail en réseau et la coordination de nos activités avec les autres réseaux locaux et les structures de second recours.
- L'accueil et le suivi des stagiaires en formation
- Le suivi et la gestion financière des actions, du matériel, des formations, des interventions et des réunions.
- L'évaluation, l'analyse, la synthèse et le bilan des actions menées par l'association de coordination de santé de Frontignan.

2. Elaboration de protocoles de soins

L'équipe a fait le choix de travailler sur l'élaboration de protocoles pluridisciplinaires de prise en charge afin de développer des pratiques communes ou harmonisées sur les thématiques de santé et les prises en charges qui le nécessitent.

Ces protocoles informatisés seront intégrés dans le logiciel de soins et permettront à tous les intervenants de suivre l'évolution de la situation, les avis des intervenants ainsi que les stocks de médicaments au domicile.

Au moment de la formalisation du présent projet de santé, un travail a ainsi été mené pour lister l'ensemble des thématiques pour lesquelles il serait intéressant de développer une telle approche coordonnée.

Par souci d'efficacité et pour être pragmatique, le principe est d'emblée posé que tous ces sujets ne peuvent être menés de front pour aboutir à la mise en œuvre d'actions concrètes. Aussi a-t-il été décidé de prioriser collectivement celles-ci pour n'en retenir qu'un nombre limité (5) à conduire dans un premier temps :

a) Les traitements anticoagulants

De nombreux patients sont concernés par cette question des traitements anticoagulants et des risques iatrogènes inhérents. La prise en charge de ces patients implique les médecins, les infirmiers, les pharmacies et les laboratoires et il apparaît que les échanges entre ceux-ci pourraient être facilités par un protocole clarifiant le rôle de chacun et définissant des outils communs. Le protocole doit permettre de rechercher une optimisation du temps pour les professionnels, en permettant un accès plus rapide à l'information, au bénéfice de la prise en charge des patients.

Objectif : Mettre en place un protocole pluri-professionnel permettant de définir la conduite à tenir pour chaque patient en fonction de l'évolution de son INR.

b) Prise en charge des lombalgies

Les lombalgies concernent la majorité des accidents de travail et peuvent avoir des conséquences telles que la désinsertion professionnelle. Elles constituent un des principaux motifs de consultations pour les professionnels de santé : une consultation sur deux pour les masseurs-kinésithérapeutes, une sur vingt pour les médecins.

L'importance des conseils et de la prévention face à cet enjeu doit faire l'objet d'une approche coordonnée.

Objectif : mettre en place un système d'alerte du patient lombalgique, chronique, à risque de décrocher professionnellement, socialement et médicalement.

c) Dépistage de la fragilité

Le parcours de la personne âgée fait partie des défis identifiés dans le Plan Stratégique Régional de Santé l'ARS Occitanie (30). Le dépistage et la prise en charge de la fragilité en sont des enjeux principaux.

A ce jour, nous observons des situations de fragilité dramatiques au domicile de nos patients, face auxquelles nous sommes démunis et qui demandent des mises en place d'aides complexes.

De plus, le territoire de Frontignan se caractérise par une population pauvre et vieillissante avec 33% de personnes âgées de plus de 60 ans (24,2% en France), cette part étant encore amenée à croître selon les projections démographiques.

La définition de la fragilité selon la Société française de Gériatrie et de Gérontologie, en 2011 (31) est la suivante: « La fragilité est un syndrome clinique. Il reflète une diminution des capacités physiologiques de réserve qui altèrent les mécanismes d'adaptation au stress. Son expression clinique est modulée par les comorbidités et des

facteurs psychologiques, sociaux, économiques et comportementaux. Le syndrome de fragilité est un marqueur de risque, de mortalité et d'évènement péjoratifs, notamment d'incapacité, de chute, d'hospitalisation et d'entrée en institution. L'âge est un déterminant majeur de fragilité mais n'explique pas à lui seul ce syndrome. La prise en charge des déterminants de la fragilité peut réduire ou retarder ses conséquences. Ainsi, la fragilité s'inscrirait dans un processus potentiellement réversible.

Aussi, le repérage de la fragilité permet de prédire le risque de perte d'autonomie, de chute, d'institutionnalisation, de décès et d'hospitalisation dans un délai de un à trois ans.

En tant que professionnels de Santé amenés à se déplacer au domicile des patients, nous sommes en première ligne pour ce repérage de la fragilité et en mesure de déclencher un plan personnalisé de soin afin d'éviter, limiter et retarder au maximum leur entrée en situation de dépendance et préserver ainsi leur autonomie. »

Objectif : Mise en place d'un protocole de repérage de la fragilité.

d) Prise en charge des plaies chroniques

La prise en charge des plaies chroniques concerne un nombre élevé de patients et plusieurs problématiques de santé (diabète, cancer, perte d'autonomie...). Cette prise en charge concerne plusieurs acteurs : le médecin qui prescrit, l'IDE qui assure les soins, le pharmacien qui délivre ainsi que le réseau « plaies et cicatrisation »

Une démarche coordonnée doit permettre d'améliorer la prise en charge en définissant des objectifs communs, en adaptant les prescriptions aux besoins, puis en faisant mieux circuler l'information depuis le domicile du patient où intervient l'IDE, vers le cabinet du médecin pour lui permettre de suivre la situation entre les consultations ou les visites et la pharmacie pour garantir la disponibilité des produits nécessaires.

Objectif : Elaborer un protocole pluri-professionnel permettant de travailler en collaboration et d'améliorer la prise en charge opérée par les soignants intervenant auprès du patient souffrant de plaie chronique.

e) Prise en charge des patients en fin de vie

La prise en charge des patients en fin de vie est emblématique de la nécessité d'une coordination organisée et efficace, permettant aussi longtemps que possible le maintien du patient à domicile dans des conditions de confort physique et moral à évaluer régulièrement.

La mise en place de protocoles de décisions claires et la mise en place d'une relation structurée entre l'IDE, le médecin et le réseau GAIA devrait permettre le développement du maintien à domicile sur notre territoire de soins.

Objectif: Elaborer un protocole pluri professionnel, permettant de travailler en collaboration et d'améliorer la prise en charge de patients en soins palliatifs.

3. La concertation pluri professionnelle

Des temps de concertation pluri professionnelles sur des patients relevant de pathologie complexes se feront mensuellement à la demande des professionnels qui en assurent le suivi. Un avertissement individuel au travers du logiciel est prévu afin que tous les intervenants soient informés de la date et de l'heure de la réunion. Elles concernent l'ensemble des pathologies listées plus bas et peuvent être étendues à d'autres pathologies en fonction des besoins sanitaires.

Ces réunions auront pour but d'améliorer la prise en charge globale du patient notamment définir conjointement de traitement adapté, de conduite à tenir , de protocoles spécifiques à établir afin de respecter au mieux la volonté du patient et favoriser la maintien à domicile et éviter les hospitalisations.

De plus ces réunions sont rémunérées à hauteur de 50 euros par participants.

4. Coordination et coopération entre les professionnels et structures extérieures

Il semble important de développer des partenariats de coopération (réunions communes, fiches de suivi, protocoles) entre les structures hospitalières et cliniques du bassin de Thau qui sont le CH de Sète, la clinique Saint Thérèse, mais aussi avec le CHU de Montpellier, l'ICM (institut du cancer de Montpellier), les cliniques de Montpellier ; les réseaux de santé et le libéral (toutes spécialités confondues) afin d'éviter certaines hospitalisations, et d'alléger le parcours médical de certains patients atteints de pathologies lourdes chroniques ou complexes.

Il est également souhaité d'établir des partenariats avec les différentes structures médicosociales comme les EHPAD (Plein soleil, Les Pergolines ...), ou le CCAS. Des protocoles devraient être définis pour éviter des défauts de prise en charge lors de retours à domicile précoces des patients par exemple.

En fonction du partenariat établi, il sera demandé aux établissements de contractualiser avec la MSP de Frontignan et d'établir des protocoles de collaboration.

L'extension au territoire de soins, qui n'était pas initialement prévue est apparue rapidement logique et nécessaire.

Le projet est donc en train d'évoluer d'une MSP centrée sur la patientèle des praticiens, vers un projet de territoire qui comportera des volets de prévention, et de prise en charge globale de la population.

Cela correspond à ce que la loi Santé reconnaît sous le terme de Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS).

Ces collaborations facilitent l'orientation, le suivi du parcours de soin du patient. Les transmissions des données de santé se feront dans l'idéal par le biais du logiciel WEDA® ou à minima par une messagerie sécurisée, le tout dans le respect des règles de confidentialité (clés d'accès sécurisées, habilitation...) La MSP mettra en place une procédure permettant la transmission du Volet de Synthèse Médical (VSM), tel que défini par la HAS, établi par le médecin traitant et complété des informations recueillies par les autres professionnels de santé. Ce VSM pourra également être transmis par voie électronique aux structures de second recours.

Par ailleurs, il est prévu avec le logiciel de pouvoir envoyer des courriers sécurisés à l'ensemble des professionnels de santé en lien avec la structure et notamment les radiologues et les laboratoires. Le projet de CPTS prévoit également d'équiper ces professionnels avec un logiciel de messagerie compatible.

5. Un projet de santé adapté à son territoire et en relation avec sa population et les élus locaux.

Un travail de coordination est prévu avec les différents services médico-sociaux (CCAS, EHPAD...) et politiques de la ville afin de développer des actions communes à travers un Contrat Local de Santé.

Par exemples une permanence de soins accrue devrait être assurée pour chaque branche du lundi au samedi matin, avec des plages horaires consacrées aux consultations non programmées :

- - Pour les médecins de 8h à 20h et 13h le samedi matin
- - pour les pharmaciens de 8h30 à 12h30 et de 14h à 20h samedi inclus
- - pour les kinésithérapeutes de 8h à 19h30
- - pour les infirmiers de 7h à 21h

Grâce au travail avec les élus locaux, il est possible d'envisager par exemple la facilitation du nouveau décret voté le 30 décembre 2016 à l'assemblée nationale «sport sur ordonnance » (32) .

En concertation avec la municipalité, la CPTS participera à des réunions avec les différentes associations de patients sur des sujets décidés au préalable lors des réunions mensuelles.

Certains médecins de la CPTS ont un domaine clinique spécifique (gynécologie, gériatrie) qui seront des interlocuteurs privilégiés dans ces domaines au sein de celle-ci lors des réunions mensuelles

Certaines infirmières ont des compétences spécifiques qui pourront être mises à la disposition des associations dans le cadre d'information à la population. Ces compétences

permettront aussi de développer des séances d'éducation thérapeutique, et créer de temps de soutien et d'accompagnement aux malades et leur entourage.

La CPTS prévoit la création d'une plateforme téléphonique afin de répondre et orienter les patients et les familles en demande d'information spécifique. Elle prévoit aussi la création d'un répertoire des compétences des professionnels libéraux afin d'orienter au mieux les patients pour des demandes en soins.

CONCLUSION

- A l'heure actuelle, sur la commune de Frontignan, les médecins, infirmiers, kinésithérapeutes, pharmaciens... se coordonnent essentiellement à l'aide **d'un cahier ou classeur présent au domicile des patients**. Ce « dossier », associé à des communications par téléphone, constitue la base commune de travail, reliant entre eux les différents corps médicaux et para médicaux. Nous avons pu voir à travers les différents témoignages que ce mode de fonctionnement ne contente pas la majorité des intervenants.
- **Les moyens existants pour la coordination des soins et la prise en charge des patients à domicile sur la commune de Frontignan sont jugés insuffisants pour 60 % des personnes interrogées.**
De même, **la communication entre professionnels de santé**, qu'elle soit interprofessionnelle (entre différentes professions) ou intra professionnelle (entre confrères) est **jugée nettement insuffisante** sur le territoire du projet.
- Il a été mis évidence que dans les situations, où une coordination des soignants est capitale pour une bonne prise en charge du patient, existe, actuellement, des carences pouvant être préjudiciables pour le patient.
Parmi ces situations nous pouvons citer les sorties d'hospitalisation, les prises en charge de plaies chroniques, le suivi de traitements chroniques, la prise en charge d'addictions comme celle de l'alcool, les soins palliatifs...
- Cette étude qualitative menée par entretiens semi dirigés présente les moyens nécessaires à la mise en place d'une meilleure coordination de soins, à savoir le projet de Maison de Santé Pluri professionnelle (MSP) de Frontignan qui s'intègre dans un projet plus large qui est celui d'une Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS).

Les entretiens ont montré combien les personnes faisant partie de cette association sont impliquées et motivées pour **améliorer la prise en charge des patients** à domicile et par la même occasion, **améliorer leurs conditions d'exercice** de leur métier. A l'initiative du Dr Calmes Jean Christophe, leader du projet, cette maison de santé pluri professionnelle multi sites, va opérer sa transformation en CPTS ce qui constitue le point de départ à l'amélioration de la coordination des soins.

- L'un des axes de la nouvelle loi de modernisation du système de santé datant de janvier 2016, est le développement des maisons de santé pluri professionnels. Depuis l'accord conventionnel interprofessionnel du 20 avril 2017, **les nouveaux modes de rémunération** (NMR) évoluent vers un **modèle mixte** avec une base forfaitaire plus importante, qui est constitué du forfait structure et des Rémunérations sur Objectif de Santé Publique (ROSP), associée toujours à la rémunération à l'acte. Ces NMR encouragent le regroupement et la coordination interprofessionnels, avec comme objectif une prise en charge plus globale des patients.
- Les moyens nécessaires pour l'amélioration de la coordination des soins, avec la création de cette MSP multi sites, sont d'une part l'utilisation du **dossier informatisé partagé**, autour duquel s'articuleront les différentes équipes pour la prise en charge des patients à domicile.
Le contenu de ce dossier informatisé devra être différent et **spécifique** à chaque profession de santé. Lors des entretiens, les participants ont pu exprimer leurs attentes par rapport à la constitution du dossier informatisé partagé. Le but étant d'avoir à disposition le plus **d'informations utiles, de faciliter la communication**, et de **préserver au mieux le secret médical**, pour au final améliorer la prise en charge des patients. Il est intéressant de noter les différences des attentes en fonction des professions et le manque actuel de réponses concrètes.
- Un autre socle nécessaire est le **renforcement du travail en équipe et de la coordination des soins** par la tenue de **réunions mensuelles** entre soignants, la mise en place de **protocoles de prise en charge** de certaines pathologies. Avec le futur projet de CPTS, il est prévu également la **création d'un poste de coordonnateur**, la

mise en œuvre de **partenariats de coopération avec les structures médicales extérieures de la région, la créations de moyens de coordinations externes (transmissions de données de santé), et la participation à la formation des jeunes professionnels.**

- Le 3^e axe nécessaire à l'amélioration de la prise en charge des patients est un **accès aux soins accrus** par l'organisation de **permanence de soins** sur des plages horaires élargies, l'accès à des **consultations de second recours**, la réalisation **d'actions de prévention et d'éducation thérapeutique** avec le renforcement des liens avec les structures **médicosociales, politiques, et associations de malades.**
- Une étude intitulée « Equipe de soins primaires : modèle unique ou modèle multiple ? » (33) d'avril 2017 montre qu'il existe **une grande diversité** de maison de santé pluri professionnelle sur le territoire français. Cette diversité, organisationnelle, fonctionnelle, économique, ... est la conséquence directe de la **spécificité des territoires d'accès aux soins** que ces ESP couvrent.
- Au final ces moyens de coordinations auront pour but d'associer le « care » (action de prendre soin de...) et le « cure » (soigner, traiter), c'est-à-dire une **prise en charge globale du patient**, en essayant de coller au mieux **aux spécificités du territoire.**
- Si l'on se fie aux dernières déclarations en matière de politique de santé, une initiative de coordinations de soins comme celle Frontignan sera vouée à être reproduite sur d'autres territoires. Lorsque ce projet sera finalisé, dans une **démarche de qualité de soins**, il sera alors intéressant **d'évaluer les bénéfices ou inconvénients** engendrés par cette organisation. Pour être complète cette évaluation devra tenir compte des avis **des professionnels de santé** d'une part mais elle devra également recueillir **le point de vu des patients** bénéficiant de ces prises en charge.

BIBLIOGRAPHIE

1. Le petit Larousse illustré 2017.
2. Code de la sécurité sociale. | Legifrance [Internet]. [cité 12 mars 2017]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=379366E2F140F582EEFA0FE47B21C682.tpdila18v_3?idSectionTA=LEGISCTA000006172513&cidTexte=LEGITEXT00006073189&dateTexte=20170312
3. Code de la sécurité sociale - Article L162-3. Code de la sécurité sociale.
4. MédecinLibéral.net: Visites à domicile [Internet]. [cité 12 mars 2017]. Disponible sur: <http://medecinliberal.net/fr/doc/convention-2005/acbus/visites-a-domicile/index.html>
5. JFD-Réglementation et recommandations concernant le DPA ho... - dossier_du_patient_-_fascicule_1_reglementation_et_recommandations_-_2003.pdf [Internet]. [cité 24 mars 2017]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-08/dossier_du_patient_-_fascicule_1_reglementation_et_recommandations_-_2003.pdf
6. Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.
7. LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. 2002-303 mars 4, 2002.
8. Microsoft Word - DM (23/10/96É - anaes.pdf [Internet]. [cité 24 mars 2017]. Disponible sur: <http://dmg.medecine.univ-paris7.fr/documents/Cours/Dossiermedic/anaes.pdf>
9. codeont.pdf [Internet]. [cité 24 mars 2017]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/codeont.pdf>
10. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. 2016-41 janv 26, 2016.
11. DMP: un déploiement dans neuf départements pilotes à partir de décembre [Internet]. [cité 1 avr 2017]. Disponible sur: <http://www.ticsante.com/story.php?story=3218>
12. Assurance-Maladie_Synthese_Convention_2016.pdf [Internet]. [cité 5 janv 2018]. Disponible sur: http://convention2016.ameli.fr/wp-content/uploads/2016/11/Assurance-Maladie_Synthese_Convention_2016.pdf
13. 2017-12-14_Forfait_structure.pdf [Internet]. [cité 5 janv 2018]. Disponible sur: http://www.cpam21.fr/EnDirectPS/Medecins/2017/2017-12-14_Forfait_structure.pdf
14. Lois et MSP [Internet]. [cité 25 juin 2017]. Disponible sur: <http://www.ffmps.fr/index.php/definitions/lois-et-msp>

15. Loi de modernisation du système de santé français - loi-de-modernisation-du-systeme-de-sante-francais.pdf [Internet]. [cité 25 juin 2017]. Disponible sur: <http://www.irdes.fr/documentation/syntheses/loi-de-modernisation-du-systeme-de-sante-francais.pdf>
16. fiche_11-ps.pdf [Internet]. [cité 25 juin 2017]. Disponible sur: http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/fiche_11-ps.pdf
17. Godeluck Solveig. Déserts médicaux : le fragile essor des maisons de santé,. Les Echos.fr. 27 déc 2016;
18. initiativesreussiesdanslesterritoires.pdf [Internet]. [cité 20 janv 2018]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/initiativesreussiesdanslesterritoires.pdf>
19. Maisons de santé, télémédecine: le plan du gouvernement contre les déserts médicaux [Internet]. [cité 13 oct 2017]. Disponible sur: <http://bfmbusiness.bfmtv.com/france/le-plan-du-gouvernement-contre-les-deserts-medicaux-1276973.html>
20. carte de frontignan - Recherche Google.
21. Frontignan V de. Frontignan la Peyrade en bref [Internet]. [cité 2 avr 2017]. Disponible sur: <http://www.ville-frontignan.fr/Decouvrir-la-ville/Frontignan-la-Peyrade-en-bref>
22. L'internaute.com d'après Insee 2013.
23. METHODES D'ANALYSE ET D'INTERPRETATION DES ETUDES QUALITATIVES : ETAT DE L'ART EN MARKETING (PDF Download Available) [Internet]. [cité 16 juill 2017]. Disponible sur: https://www.researchgate.net/publication/238711815_METHODES_D'ANALYSE_ET_D'INTERPRETATION_DES_ETUDES_QUALITATIVES_ETAT_DE_L'ART_EN_MARKETING
24. EZZY Douglas. Qualitative Analysis : Practice and Innovation, Routledge. 2003.
25. Nourry P. Le dossier médical au cours des visites à domicile. Etat des lieux. Impact sur la qualité des soins en medecine générale. 2011.
26. Monier C. DOSSIER MEDICAL PLURIPROFESSIONNEL INFORMATISE ET SUIVI DES PATIENTS A DOMICILE. 2017.
27. Guide des professionnels de santé - CNIL-Guide_professionnels_de_sante.pdf [Internet]. [cité 2 nov 2017]. Disponible sur: https://www.cnil.fr/sites/default/files/typo/document/CNIL-Guide_professionnels_de_sante.pdf
28. ACI-JO.pdf [Internet]. [cité 5 janv 2018]. Disponible sur: <http://fnampos.fr/wp-content/uploads/2017/08/ACI-JO.pdf>
29. Les solutions labellisées | esante.gouv.fr, le portail de l'ASIP Santé [Internet]. [cité 10 nov 2017]. Disponible sur: <http://esante.gouv.fr/services/labellisation/les-solutions-labellisees>

30. PSRS - PSRS LR document définitif_0.pdf [Internet]. [cité 10 nov 2017]. Disponible sur: https://www.occitanie.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-05/PSRS%20LR%20document%20d%C3%A9finitif_0.pdf
31. Rolland Y, Benetos A, Gentric A, Ankri J, Blanchard F, Bonnefoy M, et al. La fragilité de la personne âgée : un consensus bref de la Société française de gériatrie et gérontologie. *Gériatrie Psychol Neuropsychiatr Vieil*. 1 déc 2011;9(4):387-90.
32. Le décret du sport sur ordonnance - Tout ce qu'il faut savoir [Internet]. Le Sport Sur Ordonnance. [cité 25 nov 2017]. Disponible sur: <http://sport-ordonnance.fr/decret-sport-sur-ordonnance/>
33. GREMAUD N, KRZYKALA S, TEINTURIER H, TRAN N. Certificat Parcours de santé des patients, Mémoire collectif, Equipe de soins primaires : modèle unique ou modèle multiple ? Sciences Po; 2017.

ANNEXES

Annexe 1 : guide d'entretien commun

1^{er} partie

1/ Quelle est votre profession ? Depuis combien de temps êtes-vous installé ?

Comment répartissez-vous votre activité entre les consultations au cabinet et les visites à domicile ?

2^e partie

2/ Tenez-vous un dossier pour les patients suivis à domicile ? Comment se présente-t-il (dossier papier, informatisé...) ? Cela est-il valable pour tous les patients vus au domicile ?

3/ Chez quels patients tenez-vous un dossier au domicile ? Que vous apporte alors ce support ? Quelles sont pour vous les informations importantes contenues dans le dossier ?

4/ Avez-vous un exemple concret où une coordination entre professionnel de santé est indispensable ?

5/ Comment partagez-vous les informations actuellement avec les autres professionnels qui participent au suivi de vos patients ? Pensez-vous qu'il y ait suffisamment de communication entre professionnels ? Quelles difficultés rencontrez-vous régulièrement dans cette communication ?

3^e partie

6/ Quelle serait votre définition d'un dossier médical pluri-professionnel ?

Vous êtes actuellement en train de monter un réseau de soins avec d'autres professionnels de santé. Dans le cadre de ce projet :

7/ Pourquoi mettre en place un dossier informatique plutôt qu'un dossier papier pour le suivi des patients à domicile ? En quoi l'informatisation pourrait-elle, selon vous, changer votre pratique ?

8/ Quelles sont vos motivations pour participer à ce projet ?

9/ Pensez-vous que vous allez plutôt utiliser ce dossier pour noter des informations à propos du patient ou pour aller chercher une information à propos du patient ?

10/ Y a-t-il des patients chez qui vous ne voyez pas l'intérêt d'utiliser cet outil ?

[Annexe 2 : Entretiens / Verbatim](#)

(Cf CD-ROM)

[Annexe 3 : Dossier médical infirmier de liaison](#)

(Cf CD- ROM)

[Annexe 4 : Guide méthodologique : Accord Conventionnel Interprofessionnel \(ACI\) signé le 20 avril 2017](#)

(Cf CD- ROM)

SERMENT

- *En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.*
- *Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.*
- *Admis (e) dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.*
- *Respectueux (se) et reconnaissant (e) envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*
- *Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert (e) d'opprobre et méprisé (e) de mes confrères si j'y manque.*

Résumé

Avec le vieillissement d'une population qui nécessite de plus en plus de soins, et une démographie médicale en baisse, la visite du médecin généraliste à domicile se raréfie. Le maintien des patients à domicile dépend de la qualité de la coordination des soins entre professionnels de santé.

Pour ce faire, un projet de maison de santé pluri professionnelles (MSP) multi sites, regroupant pharmaciens, kinésithérapeutes, infirmiers et médecins, est en cours de développement sur la commune de Frontignan.

L'objectif de cette thèse est d'évaluer les moyens nécessaires à la mise en place d'une coordination des soins entre professionnels de santé pour la prise en charge des patients à domicile, sur la commune de Frontignan.

Ce travail est une étude qualitative menée par entretiens semi dirigés auprès des 55 professionnels de santé de l'association, dont 58 % y ont participé.

Les résultats montrent que la coordination des soins s'articule en générale autour d'un classer de liaison. Cependant cette coordination est jugée comme insuffisante par 60 % des personnes interrogées.

L'organisation en MSP prévoit de répondre aux attentes des soignants par l'utilisation d'un dossier informatisé partagé. Par la suite un projet de communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) viendra compléter l'offre de soins en coordonnant les soins de premiers et de seconds recours, par la mise en place de réunions de concertations pluridisciplinaires, la création d'un poste de coordonnateur, l'élaboration de protocoles de soins, le renforcement de collaborations avec les structures médicosociales et hospitalières.

Mots clés : coordinations de soins – maison de santé pluri professionnelle – dossier informatisé – visite à domicile