



**HAL**  
open science

**Opinion des professionnels de santé libéraux de  
Martinique concernant l'application mobile "Entr'actes",  
dans le cadre de son utilisation pour la coordination des  
soins des patients suivis, en ambulatoire, pour la  
réhabilitation rapide après chirurgie (RRAC) de l'épaule**

Grégory Celtan

► **To cite this version:**

Grégory Celtan. Opinion des professionnels de santé libéraux de Martinique concernant l'application mobile "Entr'actes", dans le cadre de son utilisation pour la coordination des soins des patients suivis, en ambulatoire, pour la réhabilitation rapide après chirurgie (RRAC) de l'épaule. Sciences du Vivant [q-bio]. 2020. dumas-03040013

**HAL Id: dumas-03040013**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03040013>**

Submitted on 4 Dec 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.

**Opinion des professionnels de santé libéraux de Martinique concernant l'application mobile "Entr'actes", dans le cadre de son utilisation pour la coordination des soins des patients suivis, en ambulatoire, pour la réhabilitation rapide après chirurgie (RRAC) de l'épaule.**

## **T H E S E**

**Présentée et publiquement soutenue devant**

**LA FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET PARAMÉDICALES  
DE MARSEILLE**

**Le 27 Novembre 2020**

**Par Monsieur Grégory CELTAN**

**Né le 30 septembre 1989 à Schoelcher (MARTINIQUE)**

**Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine**

**D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE**

**Membres du Jury de la Thèse :**

<b>Monsieur le Professeur GERBEAUX Patrick</b>	<b>Président</b>
<b>Monsieur le Professeur GENTILE Gaëtan</b>	<b>Assesseur</b>
<b>Monsieur le Docteur (MCU-PH) DUFOUR Jean-Charles</b>	<b>Assesseur</b>
<b>Madame le Docteur CRIQUET-HAYOT Anne</b>	<b>Directeur</b>
<b>Monsieur le Docteur GOULON Gilles</b>	<b>Assesseur</b>

# FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & PARAMÉDICALES

---

**Doyen** : **Pr. Georges LEONETTI**

**Vice-Doyen aux affaires générales** : **Pr. Patrick DESSI**

**Vice-Doyen aux professions paramédicales** : **Pr. Philippe BERBIS**

**Conseiller** : **Pr. Patrick VILLANI**

## **Assesseurs :**

**aux études à la recherche** : **Pr. Kathia CHAUMOITRE**

: **Pr. Jean-Louis MEGE**

**à l'unité mixte de formation continue en santé pour le secteur NORD** : **Pr. Justin MICHEL**

: **Pr. Stéphane BERDAH**

**Groupements Hospitaliers de territoire aux masters** : **Pr. Jean-Noël ARGENSON**

: **Pr. Pascal ADALIAN**

## **Chargés de mission :**

**sciences humaines et sociales** : **Pr. Pierre LE COZ**

**relations internationales** : **Pr. Stéphane RANQUE**

**DU/DIU** : **Pr. Véronique VITTON**

**DPC, disciplines médicales & biologiques** : **Pr. Frédéric CASTINETTI**

**DPC, disciplines chirurgicales** : **Dr. Thomas GRAILLON**

## **ÉCOLE DE MEDECINE**

**Directeur** : **Pr. Jean-Michel VITON**

### **Chargés de mission**

**PACES – Post-PACES** : **Pr. Régis GUIEU**  
**DFGSM** : **Pr. Anne-Laure PELISSIER**  
**DFASM** : **Pr. Marie-Aleth RICHARD**  
**DFASM** : **Pr. Marc BARTHET**  
**Préparation aux ECN** : **Dr Aurélie DAUMAS**  
**DES spécialités** : **Pr. Pierre-Edouard FOURNIER**  
**DES stages hospitaliers** : **Pr. Benjamin BLONDEL**  
**DES MG** : **Pr. Christophe BARTOLI**  
**Démographie médicale** : **Dr. Noémie RESSEGUIER**  
**Etudiant** : **Elise DOMINJON**

Cabinet du Doyen – 25.02. 2020 (GL/HB)

## **ÉCOLE DE DE MAIEUTIQUE**

**Directrice** : **Madame Carole ZAKARIAN**

### **Chargés de mission**

**1er cycle** : **Madame Estelle BOISSIER**  
**Madame Cécile NINA**  
**2ème cycle** :

## **ÉCOLE DES SCIENCES DE LA RÉADAPTATION**

**Directeur** : **Monsieur Philippe SAUVAGEON**

### **Chargés de mission**

**Masso- kinésithérapie 1<sup>er</sup> cycle** : **Madame Béatrice CAORS**

**Masso-kinésithérapie 2<sup>ème</sup> cycle** : **Madame Joannie HENRY**

**Mutualisation des enseignements** : **Madame Géraldine DEPRES**

## **ÉCOLE DES SCIENCES INFIRMIERES**

**Directeur** : **Monsieur Sébastien COLSON**

### **Chargés de mission**

**Chargée de mission** : **Madame Sandrine MAYEN RODRIGUES**

**Chargé de mission** : **Monsieur Christophe ROMAN**

## PROFESSEURS HONORAIRES

MM	AGOSTINI Serge	MM	DUFOUR Michel
	ALDIGHERI René		DUMON Henri
	ALESSANDRINI Pierre		ENJALBERT Alain
	ALLIEZ Bernard		FAVRE Roger
	AQUARON Robert		FIECHI Marius
	ARGEME Maxime		FARNARIER Georges
	ASSADOURIAN Robert		FIGARELLA Jacques
	AUFFRAY Jean-Pierre		FONTES Michel
	AUTILLO-TOUATI Amapola		FRANCES Yves
	AZORIN Jean-Michel		FRANCOIS Georges
	BAILLE Yves		FUENTES Pierre
	BARDOT Jacques		GABRIEL Bernard
	BARDOT André		GALINIER Louis
	BERARD Pierre		GALLAIS Hervé
	BERGOIN Maurice		GAMERRE Marc
	BERLAND Yvon		GARCIN Michel
	BERNARD Dominique		GARNIER Jean-Marc
	BERNARD Jean-Louis		GAUTHIER André
	BERNARD Pierre-Marie		GERARD Raymond
	BERTRAND Edmond		GEROLAMI-SANTANDREA André
	BISSET Jean-Pierre		GIUDICELLI Roger
	BLANC Bernard		GIUDICELLI Sébastien
	BLANC Jean-Louis		GOUDARD Alain
	BOLLINI Gérard		GOUIN François
	BONGRAND Pierre		GRILLO Jean-Marie
	BONNEAU Henri		GRISOLI François
	BONNOIT Jean		GROULIER Pierre
	BORY Michel		HADIDA/SAYAG Jacqueline
	BOTTA Alain		HASSOUN Jacques
	BOURGADE Augustin		HEIM Marc
	BOUVENOT Gilles		HOUËL Jean
	BOUYALA Jean-Marie		HÜGUET Jean-François
	BREMOND Georges		JAQUET Philippe
	BRICOT René		JAMMES Yves
	BRUNET Christian		JOUBE Paulette
	BUREAU Henri		JUHAN Claude
	CAMBOULIVES Jean		JUIN Pierre
	CANNONI Maurice		KAPHAN Gérard
	CARTOUZOU Guy		KASBARIAN Michel
	CAU Pierre		KLEISBAUER Jean-Pierre
	CHABOT Jean-Michel		LACHARD Jean
	CHAMLIAN Albert		LAFFARGUE Pierre
	CHARPIN Denis		LAUGIER René
	CHARREL Michel		LE TREUT Yves
	CHAUVEL Patrick		LEVY Samuel
	CHOUX Maurice		LOUCHET Edmond
	CIANFARANI François		LOUIS René
	CLAVERIE Jean-Michel		LUCIANI Jean-Marie
	CLEMENT Robert		MAGALON Guy
	COMBALBERT André		MAGNAN Jacques
	CONTE-DEVOLX Bernard		MALLAN- MANCINI Josette
	CORRIOL Jacques		MALMEJAC Claude
	COULANGE Christian		MARANINCHI Dominique
	DALMAS Henri		MARTIN Claude
	DE MICO Philippe		MATTEI Jean François
	DESSEIN Alain		MERCIER Claudé
	DELARQUE Alain		METGE Paul
	DEVIN Robert		MICHOTÉY Georges
	DEVRED Philippe		MIRANDA François
	DJIANE Pierre		MONFORT Gérard
	DONNET Vincent		MONGES André
	DUCASSOU Jacques		MONGIN Maurice

## PROFESSEURS HONORAIRES

MM	MONTIES Jean-Raoul	VANUXEM Paul
	NAZARIAN Serge	VERVLOET Daniel
	NICOLI René	VIALETTES Bernard
	NOIRCLERC Michel	WEILLER Pierre-Jean
	OLMER Michel	
	OREHEK Jean	
	PAPY Jean-Jacques	
	PAULIN Raymond	
	PELOUX Yves	
	PENAUD Antony	
	PENE Pierre	
	PIANA Lucien	
	PICAUD Robert	
	PIGNOL Fernand	
	POGGI Louis	
	POITOUT Dominique	
	PONCET Michel	
	POUGET Jean	
	PRIVAT Yvan	
	QUILICHINI Francis	
	RANQUE Jacques	
	RANQUE Philippe	
	RICHAUD Christian	
	RIDINGS Bernard	
	ROCHAT Hervé	
	ROHNER Jean-Jacques	
	ROUX Hubert	
	ROUX Michel	
	RUFO Marcel	
	SAHEL José	
	SALAMON Georges	
	SALDUCCI Jacques	
	SAN MARCO Jean-Louis	
	SANKALE Marc	
	SARACCO Jacques	
	SARLES Jacques	
	SASTRE Bernard	
	SCHIANO Alain	
	SCOTTO Jean-Claude	
	SEBAHOUN Gérard	
	SERMENT Gérard	
	SOULAYROL René	
	STAHL André	
	TAMALET Jacques	
	TARANGER-CHARPIN Colette	
	THOMASSIN Jean-Marc	
	UNAL Daniel	
	VAGUE Philippe	
	VAGUE/JUHAN Irène	

## EMERITAT

### 2008

M. le Professeur	LEVY Samuel	31/08/2011
Mme le Professeur	JUHAN-VAGUE Irène	31/08/2011
M. le Professeur	PONCET Michel	31/08/2011
M. le Professeur	KASBARIAN Michel	31/08/2011
M. le Professeur	ROBERTOUX Pierre	31/08/2011

### 2009

M. le Professeur	DJIANE Pierre	31/08/2011
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2012

### 2010

M. le Professeur	MAGNAN Jacques	31/12/2014
------------------	----------------	------------

### 2011

M. le Professeur	DI MARINO Vincent	31/08/2015
M. le Professeur	MARTIN Pierre	31/08/2015
M. le Professeur	METRAS Dominique	31/08/2015

### 2012

M. le Professeur	AUBANIAC Jean-Manuel	31/08/2015
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2015
M. le Professeur	CAMBOULIVES Jean	31/08/2015
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2015
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2015
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2015
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2015

### 2013

M. le Professeur	BRANCHEREAU Alain	31/08/2016
M. le Professeur	CARAYON Pierre	31/08/2016
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2016
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2016
M. le Professeur	HENRY Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	LE GUICHAOUA Marie-Roberte	31/08/2016
M. le Professeur	RUFO Marcel	31/08/2016
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2016

### 2014

M. le Professeur	FUENTES Pierre	31/08/2017
M. le Professeur	GAMERRE Marc	31/08/2017
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2017
M. le Professeur	PERAGUT Jean-Claude	31/08/2017
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2017

### 2015

M. le Professeur	COULANGE Christian	31/08/2018
M. le Professeur	COURAND François	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2016
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2016
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2016



## EMERITAT

### 2016

M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2017
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2019
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2017
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2017
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2019
M. le Professeur	JAMMES Yves	31/08/2019
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2017
M. le Professeur	POITOUT Dominique	31/08/2019
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2017
M. le Professeur	VIALETES Bernard	31/08/2019

### 2017

M. le Professeur	ALESSANDRINI Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2018
M. le Professeur	CHAUVEL Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2018
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2018
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2018
M. le Professeur	SEBBAHOUN Gérard	31/08/2018

### 2018

M. le Professeur	MARANINCHI Dominique	31/08/2021
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2019
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2019

### 2019

M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2020
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2020
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2020
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2020
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2020
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2020
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2020

## PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert	CHOSSEGROS Cyrille	GUEDJ Eric
ALBANESE Jacques	COLLART Frédéric	GUIEU Régis
ALIMI Yves	COSTELLO Régis	GUIS Sandrine
AMABILE Philippe	COURBIERE Blandine	GUYE Maxime
AMBROSI Pierre	COWEN Didier	GUYOT Laurent
ANDRE Nicolas	CRAVELLO Ludovic	<i>GUYS Jean-Michel Surnombre</i>
ARGENSON Jean-Noël	CUISSET Thomas	HABIB Gilbert
ASTOUL Philippe	<i>CURVALE Georges Surnombre</i>	HARDWIGSEN Jean
ATTARIAN Shahram	DA FONSECA David	HARLE Jean-Robert
AUDOUIN Bertrand	DAHAN-ALCARAZ Laetitia	<i>HOFFART Louis Disponibilité</i>
AUQUIER Pascal	DANIEL Laurent	HOUVENAEGHEL Gilles
AVIERINOS Jean-François	DARMON Patrice	JACQUIER Alexis
AZULAY Jean-Philippe	D'ERCOLE Claude	JOURDE-CHICHE Noémie
BAILLY Daniel	D'JOURNO Xavier	JOUVE Jean-Luc
BARLESI Fabrice	DEHARO Jean-Claude	KAPLANSKI Gilles
BARLIER-SETTI Anne	DELAPORTE Emmanuel	KARSENTY Gilles
BARTHET Marc	<i>DELPERO Jean-Robert Surnombre</i>	<i>KERBAUL François détachement</i>
BARTOLI Christophe	DENIS Danièle	KRAHN Martin
BARTOLI Jean-Michel	DISDIER Patrick	LAFFORGUE Pierre
BARTOLI Michel	DODDOLI Christophe	LAGIER Jean-Christophe
BARTOLOMEI Fabrice	DRANCOURT Michel	LAMBAUDIE Eric
BASTIDE Cyrille	DUBUS Jean-Christophe	LANCON Christophe
BENSOUSSAN Laurent	DUFFAUD Florence	LA SCOLA Bernard
BERBIS Philippe	DUFOUR Henry	LAUNAY Franck
BERBIS Julie	DURAND Jean-Marc	LAVIEILLE Jean-Pierre
BERDAH Stéphane	DUSSOL Bertrand	LE CORROLLER Thomas
<i>BERNARD Jean-Paul Retraite au 25/11/2019</i>	EBBO Mikael	LECHEVALLIER Eric
BEROUD Christophe	EUSEBIO Alexandre	LEGRE Régis
BERTUCCI François	FAKHRY Nicolas	LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
BLAISE Didier	<i>FAUGERE Gérard Surnombre</i>	LEONE Marc
BLIN Olivier	FELICIAN Olivier	LEONETTI Georges
BLONDEL Benjamin	FENOLLAR Florence	LEPIDI Hubert
BONIN/GUILLAUME Sylvie	FIGARELLA/BRANGER Dominique	LEVY Nicolas
BONELLO Laurent	FLECHER Xavier	MACE Loïc
BONNET Jean-Louis	FOURNIER Pierre-Edouard	MAGNAN Pierre-Edouard
<i>BOTTA/FRIDLUND Danielle Surnombre</i>	FRANCESCHI Frédéric	MANCINI Julien
<i>BOUBLI Léon Surnombre</i>	FUENTES Stéphane	<i>MATONTI Frédéric Disponibilité</i>
BOUFI Mourad	GABERT Jean	MEGE Jean-Louis
BOYER Laurent	GABORIT Bénédicte	MERROT Thierry
BREGEON Fabienne	GAINNIER Marc	METZLER/GUILLEMAIN Catherine
BRETELLE Florence	GARCIA Stéphane	MEYER/DUTOUR Anne
BROUQUI Philippe	GARIBOLDI Vlad	MICCALEF/ROLL Joëlle
BRUDER Nicolas	GAUDART Jean	MICHEL Fabrice
BRUE Thierry	GAUDY-MARQUESTE Caroline	MICHEL Gérard
BRUNET Philippe	GENTILE Stéphanie	MICHEL Justin
BURTEY Stéphane	GERBEAUX Patrick	MICHELET Pierre
CARCOPINO-TUSOLI Xavier	GEROLAMI/SANTANDREA René	MILH Mathieu
CASANOVA Dominique	GILBERT/ALESSI Marie-Christine	MILLION Matthieu
CASTINETTI Frédéric	GIORGI Roch	MOAL Valérie
CECCALDI Mathieu	GIOVANNI Antoine	MORANGE Pierre-Emmanuel
CHAGNAUD Christophe	GIRARD Nadine	MOULIN Guy
CHAMBOST Hervé	GIRAUD/CHABROL Brigitte	MOUTARDIER Vincent
CHAMPSAUR Pierre	GONCALVES Anthony	<i>MUNDLER Olivier Surnombre</i>
CHANEZ Pascal	GRANEL/REY Brigitte	NAUDIN Jean
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle	GRANVAL Philippe	NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
CHARREL Rémi	GREILLIER Laurent	NICOLLAS Richard
CHAUMOITRE Kathia	GRIMAUD Jean-Charles	OLIVE Daniel
CHIARONI Jacques	GROB Jean-Jacques	OUAFIK L'Houcine
CHINOT Olivier		OVAERT-REGGIO Caroline

## PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

PAGANELLI Franck	ROCH Antoine	TRIGLIA Jean-Michel
PANUEL Michel	ROCHWERGER Richard	TROPIANO Patrick
PAPAZIAN Laurent	ROLL Patrice	TSIMARATOS Michel
PAROLA Philippe	ROSSI Dominique	TURRINI Olivier
<i>PARRATTE Sébastien Disponibilité</i>	ROSSI Pascal	VALERO René
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure	ROUDIER Jean	VAROQUAUX Arthur Damien
PELLETIER Jean	SALAS Sébastien	VELLY Lionel
PERRIN Jeanne	<i>SAMBUC Roland Surnombre</i>	VEY Norbert
PETIT Philippe	SARLES/PHILIP Nicole	VIDAL Vincent
PHAM Thao	SARLON-BARTOLI Gabrielle	VIENS Patrice
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique	SCAVARDA Didier	VILLANI Patrick
PIQUET Philippe	SCHLEINITZ Nicolas	VITON Jean-Michel
PIRRO Nicolas	SEBAG Frédéric	VITTON Véronique
POINSO François	SEITZ Jean-François	VIEHWEGER Heide Elke
RACCAH Denis	SIELEZNEFF Igor	VIVIER Eric
RANQUE Stéphane	SIMON Nicolas	XERRI Luc
RAOULT Didier	STEIN Andréas	
REGIS Jean	TAIEB David	
REYNAUD/GAUBERT Martine	THIRION Xavier	
REYNAUD Rachel	THOMAS Pascal	
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth	THUÏNY Franck	
ROCHE Pierre-Hugues	TREBUCHON-DÀ FONSECA Agnès	

---

### PROFESSEUR DES UNIVERSITES

ADALIAN Pascal  
AGHABABIAN Valérie  
BELIN Pascal  
CHABANNON Christian  
CHABRIERE Eric  
FERON François  
LE COZ Pierre  
LEVASSEUR Anthony  
RANJEVA Jean-Philippe  
SOBOL Hagay

### PROFESSEUR CERTIFIE

BRANDENBURGER Chantal

### PRAG

TANTI-HARDOUIN Nicolas

### PROFESSEUR DES UNIVERSITES MEDECINE GENERALE

GENTILE Gaëtan

### PROFESSEUR ASSOCIE DE MEDECINE GENERALE A MI-TEMPS

ADNOT Sébastien  
GUIDA Pierre

### PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES (disciplines médicales)

LOUIS-BORRIONE Claude

**MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS**

AHERFI Sarah	ELDIN Carole	NINOVE Laetitia
ANGELAKIS Emmanouil ( <i>disponibilité</i> )	FABRE Alexandre	NOUGAIREDE Antoine
ATLAN Catherine ( <i>disponibilité</i> )	FAURE Alice	OLLIVIER Matthieu
BARTHELEMY Pierre	FOLETTI Jean- Marc	PAULMYER/LACROIX Odile
BEGE Thierry	FOUILLOUX Virginie	PESENTI Sébastien
BELIARD Sophie	FRANKEL Diane	RADULESCO Thomas
BENYAMINE Audrey	FROMNOT Julien	RESSEGUIER Noémie
BERGE-LEFRANC Jean-Louis	GASTALDI Marguerite	ROBERT Philippe
BERTRAND Baptiste	GELSI/BOYER Véronique	ROMANET Pauline
BEYER-BERJOT Laura	GIUSIANO Bernard	SABATIER Renaud
BIRNBAUM David	GIUSIANO COURCAMBECK Sophie	SARI-MINODIER Irène
BONINI Francesca	GONZALEZ Jean-Michel	SAVEANU Alexandru
BOUCAUT Joseph	GOURIET Frédérique	SECQ Véronique ( <i>disponibilité</i> )
BOULAMERY Audrey	GRAILLON Thomas	STELLMANN Jan-Patrick
BOULLU/CIOCCA Sandrine	GUERIN Carole	SUCHON Pierre
BOUSSEN Salah Michel	GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné	TABOURET Emeline
BUFFAT Christophe	GUIDON Catherine	TOGA Caroline
CAMILLERI Serge	GUIVARCH Jokthan	TOGA Isabelle
CARRON Romain	HAUTIER/KRAHN Aurélie	TOMASINI Pascale
CASSAGNE Carole	HRAIECH Sami	TOSELLO Barthélémy
CERMOLACCE Michel	KASPI-PEZZOLI Elise	TROUSSE Delphine
CHAUDET Hervé	L'OLLIVIER Coralie	TUCHTAN-TORRENTS Lucile
CHRETIEN Anne-Sophie	LABIT-BOUVIER Corinne	VELY Frédéric
COZE Carole	LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina	VION-DURY Jean
CUNY Thomas	LAGIER Aude ( <i>disponibilité</i> )	ZATTARA/CANNONI Hélène
DADOUN Frédéric ( <i>disponibilité</i> )	LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude	
DALES Jean-Philippe	LEVY/MOZZICONACCI Annie	
DAUMAS Aurélie	LOOSVELD Marie	
DEGEORGES/VITTE Joëlle	MAAROUF Adil	
DELLIAUX Stéphane	MACAGNO Nicolas	
DESPLAT/JEGO Sophie	MAUES DE PAULA André	
DEVILLIER Raynier	MOTTOLA GHIGO Giovanna	
DUBOURG Grégory	NGUYEN PHONG Karine	
DUCONSEIL Pauline		
DUFOUR Jean-Charles		

**MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES**

(mono-appartenants)

ABU ZAINEH Mohammad	DEGIOANNI/SALLE Anna	POUGET Benoît
BARBACARU/PERLES T. A.	DESNUES Benoît	RUEL Jérôme
BERLAND/BENHAIM Caroline	MARANINCHI Marie	THOLLON Lionel
BOUCAULT/GARROUSTE Françoise	MERHEJ/CHAUVEAU Vieky	THIRION Sylvie
BOYER Sylvie	MINVIELLE/DEVICTOR Bénédictete	VERNA Emeline
COLSON Sébastien	POGGI Marjorie	

**MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE**

CASANOVA Ludovic

**MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS**

BARGIER Jacques  
 BONNET Pierre-André  
 CALVET-MONTREDON Céline  
 JANCZEWSKI Aurélie  
 NUSSLI Nicolas  
 ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle  
 THERY Didier (nomination au 1/10/2019)

DRH Campus Timone

MAJ 01.09.2019

**MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS**

BOURRIQUEN Maryline  
 EVANS-VIALLAT Catherine  
 LUCAS Guillaume  
 MATHIEU Marion  
 MAYENS-RODRIGUES Sandrine  
 MELLINAS Marie  
 REVIS Joana  
 ROMAN Christophe  
 TRINQUET Laure

**PROFESSEURS DES UNIVERSITES et MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS  
PROFESSEURS ASSOCIES, MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES mono-appartenants**

**ANATOMIE 4201**

CHAMPSAUR Pierre (PU-PH)  
LE CÔRROLLER Thomas (PU-PH)  
PIRRO Nicolas (PU-PH)

GUENOUN-MEYSSIGNAC Daphné (MCU-PH)  
LAGIER Aude (MCU-PH) *disponibilité*

THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

**ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203**

CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH)  
DANIEL Laurent (PU-PH)  
FIGARELLA/BRANGER Dominique (PU-PH)  
GARCIA Stéphane (PU-PH)  
XERRI Luc (PU-PH)

DALES Jean-Philippe (MCU-PH)  
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH)  
LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH)  
MACAGNO Nicolas (MCU-PH)  
MAUES DE PAULA André (MCU-PH)  
SECQ Véronique (MCU-PH) *disponibilité*

**ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ;  
MEDECINE URGENCE 4801**

ALBANESE Jacques (PU-PH)  
BRUDER Nicolas (PU-PH)  
LEONE Marc (PU-PH)  
MICHEL Fabrice (PU-PH)  
VELLY Lionel (PU-PH)

BOUSSEN Salah Michel (MCU-PH)  
GUIDON Catherine (MCU-PH)

**ANTHROPOLOGIE 20**

ADÁLIAN Pascal (PR)  
DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)  
POUGET Benoît (MCF)  
VERNA Emeline (MCF)

**BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501**

CHARREL Rémi (PU PH)  
DRANCOURT Michel (PU-PH)  
FENOLLAR Florence (PU-PH)  
FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH)  
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH)  
LA SCOLA Bernard (PU-PH)  
RAOULT Didier (PU-PH)

AHERFI Sarah (MCU-PH)  
ANGÉLAKIS Emmanouil (MCU-PH) *disponibilité*  
DUBOURG Grégory (MCU-PH)  
GOURIET Frédérique (MCU-PH)  
NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH)  
NINOVE Laetitia (MCU-PH)

CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)

LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section)  
DESNUES Benoit (MCF) ( 65ème section )  
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)

**BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401**

BARLIER/SETTI Anne (PU-PH)  
GABERT Jean (PU-PH)  
GUIEU Régis (PU-PH)  
OÜAFIK L'Houcine (PU-PH)

BUFFAT Christophe (MCU-PH)  
FROMNOT Julien (MCU-PH)  
MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)  
ROMANET Pauline (MCU-PH)  
SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

**ANGLAIS 11**

BRANDENBURGER Chantal (PRCE)

**BIOLOGIE CELLULAIRE 4403**

RÖLL Patrice (PU-PH)

FRANKEL Diane (MCU-PH)  
GASTALDI Marguerite (MCU-PH)  
KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH)  
LEVY-MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)

**BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT  
ET DE LA REPRODUCTION ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5405**

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)  
PERRIN Jeanne (PU-PH)  
DRH Campus Timone

MAJ 01.09.2019

GUEDJ Eric (PU-PH)  
 GUYE Maxime (PU-PH)  
 MUNDLER Olivier (PU-PH) *Sumombre*  
 TAIEB David (PU-PH)

BELIN Pascal (PR) (69ème section)  
 RANJEVA Jean-Philippe (PR) (69ème section)

CAMMILLERI Serge (MCU-PH)  
 VION-DURY Jean (MCU-PH)

BARBAÇARU/PERLES Teóдора Adriana (MCF) (69ème section)

**BIostatISTIQUES, INFORMATIQUE MEDICALE  
 ET TECHNOLOGIES DE COMMUNICATION 4604**

GAUDART Jean (PU-PH)  
 GIORGI Roch (PU-PH)  
 MANCINI Julien (PU-PH)

CHAUDET Hervé (MCU-PH)  
 DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH)  
 GIUSIANO Bernard (MCU-PH)

ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section)  
 BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)

**CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002**

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)  
 BLONDEL Benjamin (PU-PH)  
 CURVALE Georges (PU-PH) *Sumombre*  
 FLECHER Xavier (PU-PH)  
 PARRATTE Sébastien (PU-PH) *Disponibilité*  
 ROCHWÉRGER Richard (PU-PH)  
 TROPIANO Patrick (PU-PH)

OLLIVIER Matthieu (MCU-PH)

**CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702**

BERTUCCI François (PU-PH)  
 CHINOT Olivier (PU-PH)  
 COWEN Didier (PU-PH)  
 DUFFAUD Florence (PU-PH)  
 GONCALVES Anthony (PU-PH)  
 HOUVENAEGHEL Gilles (PU-PH)  
 LAMBAUDIE Eric (PU-PH)  
 SALAS Sébastien (PU-PH)  
 VIENS Patrice (PU-PH)

SABATIER Renaud (MCU-PH)  
 TABOURET Emeline (MCU-PH)

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)  
 BONELLO Laurent (PU-PH)  
 BONNET Jean-Louis (PU-PH)  
 CUISSET Thomas (PU-PH)  
 DEHARO Jean-Claude (PU-PH)  
 FRANCESCHI Frédéric (PU-PH)  
 HABIB Gilbert (PU-PH)  
 PAGANELLI Franck (PU-PH)  
 THUNY Franck (PU-PH)

**CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE 5202**

BERDAH Stéphane (PU-PH)  
 DELPERO Jean-Robert (PU-PH) *Sumombre*  
 HARDWIGSEN Jean (PU-PH)  
 MOUTARDIER Vincent (PU-PH)  
 SEBAG Frédéric (PU-PH)  
 SIELEZNEFF Igor (PU-PH)  
 TURRINI Olivier (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)  
 BEYER-BERJOT Laura (MCU-PH)  
 BIRNBAUM David (MCU-PH)  
 DUCONSEIL Pauline (MCU-PH)  
 GUERIN Carole (MCU-PH)

**CHIRURGIE INFANTILE 5402**

GUYS Jean-Michel (PU-PH) *Sumombre*  
 JOUVE Jean-Luc (PU-PH)  
 LAUNAY Franck (PU-PH)  
 MERROT Thierry (PU-PH)  
 VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH)  
 FAURE Alice (MCU-PH)  
 PESENTI Sébastien (MCU-PH)

LOUIS-BORRIONE Claude (PR associé des Universités)

**CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503**

CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH)  
 GUYOT Laurent (PU-PH)

FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)

**CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103**

COLLART Frédéric (PU-PH)  
 D'JOURNO Xavier (PU-PH)  
 DODDOLI Christophe (PU-PH)  
 GARIBOLDI Vlad (PU-PH)  
 MACE Loïc (PU-PH)  
 THOMAS Pascal (PU-PH)

FOUILLOUX Virginie (MCU-PH)  
 TROUSSE Delphine (MCU-PH)

**CHIRURGIE PLASTIQUE,  
RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛLOGIE 5004**

CASANOVA Dominique (PU-PH)  
 LEGRE Régis (PU-PH)  
 BERTRAND Baptiste (MCU-PH)  
 HAUTIER/KRAHN Aurélie (MCU-PH)

**CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104**

ALIMI Yves (PU-PH)  
 AMABILE Philippe (PU-PH)  
 BARTOLI Michel (PU-PH)  
 BOUFI Mourad (PU-PH)  
 MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)  
 PIQUET Philippe (PU-PH)  
 SARLON-BARTOLI Gabrielle (PU PH)

**HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202**

LEPIDI Hubert (PU-PH)  
 LEPIDI Hubert (PU-PH)  
 PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

**GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201**

BARTHET Marc (PU-PH)  
 BERNARD Jean-Paul (PU-PH) retraite au 25/11/2019  
 BOTTA-FRIDLUND Danielle (PU-PH) Surnombre  
 DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)  
 GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)  
 GRANDVAL Philippe (PU-PH)  
 GRIMAUD Jean-Charles (PU-PH)  
 SEITZ Jean-François (PU-PH)  
 VITTON Véronique (PU-PH)  
 GONZALEZ Jean-Michel (MCU-PH)

**DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003**

BERBIS Philippe (PU-PH)  
 DELAPORTE Emmanuel (PU-PH)  
 GAUDY/MARQUESTE Caroline (PU-PH)  
 GROB Jean-Jacques (PU-PH)  
 RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)

**GENETIQUE 4704**

BEROUD Christophe (PU-PH)  
 KRAHN Martin (PU-PH)  
 LEVY Nicolas (PU-PH)  
 SARLES/PHILIP Nicole (PU-PH)

**DUSI**

COLSON Sébastien (MCF)

BOURRIQUEN Maryline (MAST)  
 EVANS-VIALLAT Catherine (MAST)  
 LUCAS Guillaume (MAST)  
 MAYEN-RODRIGUES Sandrine (MAST)  
 MELLINAS Marie (MAST)  
 ROMAN Christophe (MAST)  
 TRINQUET Laure (MAST)

NGYUEN Karine (MCU-PH)  
 TOGA Caroline (MCU-PH)  
 ZATTARA/CANNONI Héléne (MCU-PH)

**GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403**

AGOSTINI Aubert (PU-PH)  
 BOUBLI Léon (PU-PH) Surnombre  
 BRETELLE Florence (PU-PH)  
 CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH)  
 COURBIERE Blandine (PU-PH)  
 CRAVELLO Ludovic (PU-PH)  
 D'ERCOLE Claude (PU-PH)

**ENDOCRINOLOGIE ,DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ;  
GYNECOLOGIE MEDICALE 5404**

BRUE Thierry (PU-PH)  
 CASTINETTI Frédéric (PU-PH)  
 CUNY Thomas (MCU PH)

AUQUIER Pascal (PU-PH)  
 BERBIS Julie (PU-PH)  
 BOYER Laurent (PU-PH)  
 GENTILE Stéphanie (PU-PH)  
 SAMBUC Roland (PU-PH) *Sumombre*  
 THIRION Xavier (PU-PH)

LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)  
 RESSEGUIER Noémie (MCU-PH)

MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF)(06ème section)  
 TANTI-HARDOUIN Nicolas (PRAG)

BLAISE Didier (PU-PH)  
 COSTELLO Régis (PU-PH)  
 CHIARONI Jacques (PU-PH)  
 GILBERT/ALÉSSI Marie-Christine (PU-PH)  
 MORANGE Pierre-Ermanuel (PU-PH)  
 VEY Norbert (PU-PH)

DEVILLIER Raynier (MCU PH)  
 GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)  
 LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)  
 LOOSVELD Marie (MCU-PH)  
 SUCHON Pierre (MCU-PH)

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

**IMMUNOLOGIE 4703**

KAPLANSKI Gilles (PU-PH)  
 MEGE Jean-Louis (PU-PH)  
 OLIVE Daniel (PU-PH)  
 VIVIER Eric (PU-PH)

FERON François (PR) (69ème section)

BOUCRAUT Joseph (MCU-PH)  
 CHRETIEN Anne-Sophie (MCU PH)  
 DEGEORGES/VITTE Joëlle (MCU-PH)  
 DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH)  
 ROBERT Philippe (MCU-PH)  
 VELY Frédéric (MCU-PH)

BOUCAULT/GARROUSTE Françoise (MCF) 65ème section)

**MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503**

BROUQUI Philippe (PU-PH)  
 LAGIER Jean-Christophe (PU-PH)  
 MILLION Matthieu (PU-PH)  
 PAROLA Philippe (PU-PH)  
 STEIN Andréas (PU-PH)

ELDIN Carole (MCU-PH)

**MEDECINE D'URGENCE 4805**

KERBAUL François (PU-PH) *détachement*  
 MICHELET Pierre (PU-PH)

**MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU  
 VIEILLISSEMENT ; ADDICTOLOGIE 5301**

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH)  
 DISDIER Patrick (PU-PH)  
 DURAND Jean-Marc (PU-PH)  
 GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)  
 HARLE Jean-Robert (PU-PH)  
 ROSSI Pascal (PU-PH)  
 SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)

BENYAMINE Audrey (MCU-PH)  
 EBBO Mikael (MCU-PH)  
 DRH Campus Timone

**MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603**

BARTOLI Christophe (PU-PH)  
 LEONETTI Georges (PU-PH)  
 PELISSIER-ALICOT Anne-Laure (PU-PH)  
 PIERCECCHI-MARTI Marie-Dominique (PU-PH)

TUCHTAN-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

BERLAND/BENHAIM Caroline (MCF) (1ère section)

**MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905**

BENSOUSSAN Laurent (PU-PH)  
 VITON Jean-Michel (PU-PH)

**MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602**

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

BERGE-LEFRANC Jean-Louis (MCU-PH)  
 SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)



GENTILE Gaëtan (PR Méd. Gén. Temps plein)

CASANOVA Ludovic (MCF Méd. Gén. Temps plein)

ADNOT Sébastien (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)

GUIDA Pierre (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)

BARGIER Jacques (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

BONNET Pierre-André (MCF associé Méd. Gén à mi-temps)

CALVET-MONTREDON Céline (MCF associé Méd. Gén. à temps plein)

JANCZEWSKI Aurélie (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

NUSSLI Nicolas (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

THERY Didier (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps) (nomination au 1/10/2019)

**NUTRITION 4404**

DARMON Patrice (PU-PH)

RACCAH Denis (PU-PH)

VALERO René (PU-PH)

ATLAN Catherine (MCU-PH) disponibilité

BELIARD Sophie (MCU-PH)

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

**ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)**

CHABANNON Christian (PR) (66ème section)

SOBOL Hagay (PR) (65ème section)

**OPHTALMOLOGIE 5502**

DENIS Danièle (PU-PH)

HOFFART Louis (PU-PH) Disponibilité

MATONTI Frédéric (PU-PH) Disponibilité

**OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501**

DESSI Patrick (PU-PH)

FAKHRY Nicolas (PU-PH)

GIOVANNI Antoine (PU-PH)

LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH)

MICHEL Justin (PU-PH)

NICOLLAS Richard (PU-PH)

TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH)

RADULESCO Thomas (MCU-PH)

REVIS Joana (MAST) (Orthophonie) (7ème Section)

BRUNET Philippe (PU-PH)

BURTEY Stéphanie (PU-PH)

DUSSOL Bertrand (PU-PH)

JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)

MOAL Valérie (PU-PH)

**NEUROCHIRURGIE 4902**

DUFOUR Henry (PU-PH)

FUENTES Stéphane (PU-PH)

REGIS Jean (PU-PH)

ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)

SCAVARDA Didier (PU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)

GRAILLON Thomas (MCU PH)

**NEUROLOGIE 4901**

ATTARIAN Sharham (PU PH)

AUDOIN Bertrand (PU-PH)

AZULAY Jean-Philippe (PU-PH)

CECCALDI Mathieu (PU-PH)

EUSEBIO Alexandre (PU-PH)

FELICIAN Olivier (PU-PH)

PELLETIER Jean (PU-PH)

MAAROUF Adil (MCU-PH)

**PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904**

DA FONSECA David (PU-PH)

POINSO François (PU-PH)

GUIVARCH Jokihan (MCU-PH)

**PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE -  
PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE 4903**

BLIN Olivier (PU-PH)

FAUGERE Gérard (PU-PH) Surnombre

MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH)

SIMON Nicolas (PU-PH)

BOULAMERY Audrey (MCU-PH)

RANQUE Stéphane (PU-PH)

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)

CASSAGNE Carole (MCU-PH)

MATHIEU Marion (MAST)

L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)

TOGA Isabelle (MCU-PH)

## PEDIATRIE 5401

## PHYSIOLOGIE 4402

ANDRE Nicolas (PU-PH)

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)

CHAMBOST Hervé (PU-PH)

BREGEON Fabienne (PU-PH)

DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)

GABORIT Bénédicte (PU-PH)

GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)

MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)

MICHEL Gérard (PU-PH)

TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)

MILH Mathieu (PU-PH)

BARTHELEMY Pierre (MCU-PH)

OVAERT-REGGIO Caroline (PU-PH)

BONINI Francesca (MCU-PH)

REYNAUD Rachel (PU-PH)

BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)

TSIMARATOS Michel (PU-PH)

DADOUN Frédéric (MCU-PH) (disponibilité)

DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)

COZE Carole (MCU-PH)

RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)

FABRE Alexandre (MCU-PH)

THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

TOSELLO Barthélemy (MCU-PH)

## PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903

## PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101

BAILLY Daniel (PU-PH)

ASTOUL Philippe (PU-PH)

LANCÓN Christophe (PU-PH)

BARLESI Fabrice (PU-PH)

NAUDIN Jean (PU-PH)

CHANEZ Pascal (PU-PH)

CERMOLACCE Michel (MCU-PH)

GREILLIER Laurent (PU PH)

## PSYCHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PSYCHOLOGIE SOCIALE 16

REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

AGHABABIAN Valérie (PR)

TOMASINI Pascale (MCU-PH)

## RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302

## RHUMATOLOGIE 5001

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)

GUIS Sandrine (PU-PH)

CHAGNAUD Christophe (PU-PH)

LAFFORGUE Pierre (PU-PH)

CHAUMOITRE Kathia (PU-PH)

PHAM Thao (PU-PH)

GIRARD Nadine (PU-PH)

ROUDIER Jean (PU-PH)

JACQUIER Alexis (PU-PH)

MOULIN Guy (PU-PH)

PANUEL Michel (PU-PH)

PETIT Philippe (PU-PH)

VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH)

VIDAL Vincent (PU-PH)

## THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4804

AMBROSI Pierre (PU-PH)

VILLANI Patrick (PU-PH)

STELLMANN Jan-Patrick (MCU-PH)

DAUMAS Aurélie (MCU-PH)

## REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE 4802

## UROLOGIE 5204

GAINNIER Marc (PU-PH)

BASTIDE Cyrille (PU-PH)

GERBEAUX Patrick (PU-PH)

KARSENTY Gilles (PU-PH)

PAPAZIAN Laurent (PU-PH)

LECHEVALLIER Eric (PU-PH)

ROCH Antoine (PU-PH)

ROSSI Dominique (PU-PH)

HRAIECH Samir, Gannous Timone

MAJ 01.09.2019

## **Remerciements**

Au président du jury

**Au Professeur Patrick GERBEAUX**

Merci d'avoir accepté de présider ce jury de thèse. Soyez assuré de ma sincère gratitude.

Aux membres du jury

**Au Professeur Gaëtan GENTILE**

Je suis honoré que vous acceptiez de juger mon travail. Soyez assuré de ma sincère gratitude.

**Au Docteur Jean-Charles DUFOR**

Merci d'avoir accepté de faire parti de ce juré. Soyez assuré de ma sincère gratitude.

**Au Docteur Anne CRIQUET-HAYOT**

Vous avez accepté de diriger ce travail de thèse et j'en suis profondément honoré. Merci pour vos conseils, votre soutien et votre disponibilité. Soyez assurée de ma sincère reconnaissance et de mon profond respect.

**Au Docteur Gilles GOULON**

Merci de votre participation et de votre implication dans ce travail. Soyez assuré de ma sincère reconnaissance et de mon profond respect.

A tous

Au Docteur Pierre-André BONNET, un grand merci pour m'avoir guidé lors du choix de mon sujet de thèse.

A Monsieur Thomas TREUVELOT et la CPTS Madinina, merci pour nos échanges et votre soutien qui m'ont permis de concrétiser ce travail.

A mes parents Georges et Claudine, merci pour votre amour et votre soutien toutes ces années. Je vous aime.

A mes frères Mathias et Steven, les personnes qui comptent le plus dans ma vie. Merci d'être toujours là pour moi.

A ma compagne Camille. Merci pour ton amour, ton soutien et ta patience.

A tous mes amis et ma famille sans qui ce travail n'aurait pas été possible : un grand merci !

## Table des matières

<b><u>Liste des abréviations</u></b> .....	<b>6</b>
<b><u>Introduction</u></b> .....	<b>8</b>
<b>I. La coordination des soins</b> .....	<b>10</b>
<b>A. Généralités</b> .....	<b>10</b>
1. Coordination des soins : une notion floue ?.....	10
2. Difficultés à coordonner les soins : une conséquence des fragmentations.....	11
<b>B. La coordination des soins en France</b> .....	<b>12</b>
1. La coordination territoriale d'appui : rapport de l'IGAS 2014.....	12
2. Des structures multiples aux caractères redondants.....	13
3. Le médecin généraliste : au cœur de la coordination des soins ?.....	14
4. Une coordination coûteuse.....	15
5. Les conditions de réussite de la coordination territoriale d'appui : vers une meilleure gestion des ressources.....	16
6. Formation à de nouveaux métiers de la coordination.....	18
6.1. Typologie des professionnels de la coordination .....	19
a. Les coordonnateurs de parcours .....	19
b. Les coordonnateurs d'innovation.....	19
c. Quatre nouveaux métiers à construire.....	20
<b>C. Nouvelles technologies : nouvelles coordinations ?</b> .....	<b>22</b>
1. L'e-santé.....	22
2. Différents modèles de la e-santé.....	23
3. Quelques exemples de plateformes au service de la coordination des soins.....	24
3.1 A l'échelle des régions.....	24
a. Le logiciel Terco.....	24
b. L'application « Un médecin 116 117 ».....	25
3.2 A l'échelle nationale.....	26
a. MS Santé.....	26
b. Le cas du dossier médical partagé (DMP).....	27
<b>D. La coordination des soins dans le monde</b> .....	<b>28</b>

1. En Europe.....	28
2. Aux Etats-Unis.....	29
a. La coordination, un enjeu économique et qualitatif.....	29
b. Contraindre l'hôpital à coordonner les soins.....	30
c. Les ACO, un nouveau modèle.....	31
d. La coordination des soins, thématique de recherche majeure au service d'une priorité politique.....	31
<b>II. Ma santé 2022.....</b>	<b>32</b>
<b>A. Accélérer le virage numérique : cinq orientations pour y parvenir.....</b>	<b>33</b>
1. Renforcer la gouvernance du numérique en santé.....	33
2. Intensifier la sécurité et l'interopérabilité des systèmes d'information en santé.....	34
3. Accélérer le déploiement des services numériques socles.....	35
4. Déployer au niveau national des plateformes numériques de santé.....	35
5. Stimuler l'innovation et favoriser l'engagement des acteurs.....	35
<b>B. Services numériques de coordination pour les parcours de santé.....</b>	<b>37</b>
<b>III. La réhabilitation rapide après chirurgie (RRAC) de l'épaule.....</b>	<b>38</b>
<b>IV. Entr'actes.....</b>	
<b>A. Le projet « @nsanm Martinique ».....</b>	<b>40</b>
1. Contexte.....	40
2. Objectifs.....	42
<b>V. Question de recherche et objectif de notre étude.....</b>	<b>43</b>
<b><u>Matériel et méthodes</u>.....</b>	<b>44</b>
<b>I. Type d'étude.....</b>	<b>44</b>
<b>II. Définition de la problématique de recherche.....</b>	<b>44</b>
<b>III. Choix du type de méthode qualitative.....</b>	<b>44</b>
<b>IV. Choix de l'échantillon.....</b>	<b>44</b>
<b>V. Choix de la technique de recueil des données.....</b>	<b>45</b>
<b>VI. Déroulement des entretiens.....</b>	<b>45</b>
<b>VII. Analyse.....</b>	<b>46</b>
<b>VIII. Méthodologie de la recherche bibliographique.....</b>	<b>46</b>

<b>Résultats</b> .....	<b>47</b>
<b>I. Les participants</b> .....	<b>47</b>
<b>II. Entretiens</b> .....	<b>48</b>
<b>III. Les apports d'Entr'actes</b> .....	<b>48</b>
<b>A. Un outil de communication</b> .....	<b>48</b>
1. Un partage instantané d'informations.....	48
2. Des échanges qui sécurisent la pratique.....	49
<b>B. Le temps</b> .....	<b>49</b>
1. Répondre quand on est disponible .....	49
2. Un gain de temps.....	50
<b>C. Une amélioration de la prise en charge du patient</b> .....	<b>50</b>
1. Facilite le travail.....	50
2. Améliore l'organisation .....	50
3. Permet de trouver plus facilement des intervenants.....	51
4. Rassure le patient.....	70
<b>D. L'ergonomie et les fonctionnalités de la plateforme</b> .....	<b>51</b>
1. Facile à utiliser.....	52
2. Une application pratique.....	52
3. La dématérialisation des données.....	53
4. Privilégie l'équipe de soin habituelle du patient.....	53
<b>II. Les limites d'Entr'actes</b> .....	<b>54</b>
<b>A. Les difficultés techniques rencontrées avec la plateforme</b> .....	<b>54</b>
<b>B. Le temps</b> .....	<b>55</b>
<b>C. Ne répond pas forcément à un besoin</b> .....	<b>55</b>
<b>III. Les attentes et les craintes des professionnels</b> .....	<b>56</b>
<b>A. Un peu trop tôt pour juger l'application</b> .....	<b>56</b>
<b>B. Faire participer les professionnels</b> .....	<b>57</b>
<b>C. Des modifications à apporter</b> .....	<b>58</b>
<b>IV. La coordination des soins</b> .....	<b>58</b>
<b>A. Absence de coordination de soins</b> .....	<b>58</b>
<b>B. Des difficultés à se joindre</b> .....	<b>59</b>
<b>C. Une coordination locale</b> .....	<b>60</b>

<b>V. Le numérique en santé.....</b>	<b>61</b>
<b>A. Les outils numériques.....</b>	<b>61</b>
1. Le téléphone, « Whatsapp » et les messageries.....	61
2. Les attentes des professionnels.....	62
a) Les qualités d'un outil numérique.....	62
b) Un besoin de formation.....	62
3. Une accessibilité limitée dans les DOM-TOM .....	63
4. Le domaine de la santé en retard .....	63
<b>B. Le numérique en santé : un avenir incertain.....</b>	<b>63</b>
1. L'avenir mais avec une grande vigilance.....	63
2. Une augmentation de la charge de travail.....	64
<b><u>Discussion</u>.....</b>	<b>65</b>
<b>I. Principaux résultats de l'étude.....</b>	<b>65</b>
<b>II. Forces et limites de l'étude.....</b>	<b>66</b>
<b>A. Le choix du qualitatif.....</b>	<b>66</b>
<b>B. La réalisation de l'échantillon .....</b>	<b>66</b>
<b>C. Les entretiens .....</b>	<b>67</b>
<b>D. L'analyse .....</b>	<b>68</b>
<b>E. À propos de l'investigateur .....</b>	<b>69</b>
<b>F. Originalité de la question .....</b>	<b>69</b>
<b>III. Discussion des résultats.....</b>	<b>69</b>
<b>A. A propos de la comparaison avec la littérature .....</b>	<b>69</b>
<b>B. Un peu trop tôt pour juger Entr'actes.....</b>	<b>70</b>
<b>C. Entr'actes.....</b>	<b>70</b>
1. Un outil de communication.....	70
2. La participation des professionnels de santé : un défi majeur.....	71
3. Un temps précieux.....	72
4. Une ergonomie perfectible.....	73
<b>D. La coordination des soins en Martinique.....</b>	<b>74</b>
1. Pas de réelle coordination des soins.....	74
2. Le médecin généraliste : pivot de la coordination des soins ?.....	75
<b>E. Le numérique en santé.....</b>	<b>76</b>



1. Les outils numériques.....	76
<b><u>Conclusion</u></b> .....	<b>77</b>
<b><u>Bibliographie</u></b> .....	<b>79</b>
<b><u>Annexes</u></b> .....	<b>83</b>
<i>Annexe 1 : Guide d'entretien.....</i>	<i>83</i>
<i>Annexe 2 : Questionnaire sur les caractéristiques de l'échantillon.....</i>	<i>84</i>
<i>Annexe 3 : Premier entretien.....</i>	<i>84</i>
<i>Annexe 4 : Deuxième entretien.....</i>	<i>87</i>
<i>Annexe 5 : Troisième entretien.....</i>	<i>90</i>
<i>Annexe 6 : Quatrième entretien.....</i>	<i>93</i>
<i>Annexe 7 : Cinquième entretien.....</i>	<i>96</i>
<i>Annexe 8 : Sixième entretien.....</i>	<i>98</i>
<i>Annexe 9 : Septième entretien.....</i>	<i>100</i>
<i>Annexe 10 : Huitième entretien.....</i>	<i>105</i>
<i>Annexe 11 : Neuvième entretien.....</i>	<i>108</i>
<i>Annexe 12 : Dixième entretien.....</i>	<i>111</i>
<i>Annexe 13 : Onzième entretien.....</i>	<i>113</i>
<i>Annexe 14 : Entr'actes en un coup d'œil.....</i>	<i>115</i>
<i>Annexe 15 : Illustration du rôle des professionnels de santé dans l'application Entr'actes dans la RRAC de l'épaule.....</i>	<i>115</i>

## Liste des abréviations

<b>ACO</b>	Accountable care organization
<b>ANS</b>	Agence du numérique en santé
<b>ARS</b>	Agence régionale de santé
<b>ASIP</b>	Agence des systèmes d'information partagés en santé
<b>CLIC</b>	Centres locaux d'information et de coordination
<b>CME</b>	Commission médicale d'établissement
<b>CNIL</b>	Commission nationale de l'informatique et des libertés
<b>CNN</b>	Conseil national du numérique
<b>CPTS Madinina</b>	Communauté professionnelle territoriale de santé Madinina
<b>DGOS</b>	Direction générale de l'offre de soins
<b>DIM</b>	Directeur de l'information médicale
<b>DMP</b>	Dossier médical partagé
<b>DNS</b>	Délégation ministérielle du numérique en santé
<b>EHESP</b>	École des hautes études en santé publique
<b>EHPAD</b> dépendantes	Etablissement d'hébergement pour personnes âgées
<b>ENMR</b>	Expérimentation des nouveaux modes de rémunération
<b>ESMS</b>	Etablissements et services sociaux et médico-sociaux
<b>FIR</b>	Fond d'investissement régional
<b>FFMPS</b>	Fédération française des maisons de santé et pôles de santé
<b>HPST</b>	Hôpital, patients, santé, territoires
<b>HUS</b>	Hôpitaux universitaires de Strasbourg
<b>IGAS</b>	Inspection générale des affaires sociales

<b>Madinina</b>	Martinique
<b>MAIA</b>	Maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer
<b>MDPH</b>	Maisons départementales pour l'autonomie des personnes handicapées
<b>MSSanté</b>	Messageries sécurisées Santé
<b>OMS</b>	Organisation mondiale de la santé
<b>PAERPA</b>	Personnes âgées en risque de perte d'autonomie
<b>PIA</b>	Programme investissements d'avenir
<b>PS</b>	Professionnels de santé
<b>PTA</b>	Plateforme territoriale d'appui
<b>RCP</b>	Réunion de concertation pluridisciplinaire
<b>RRAC</b>	Réhabilitation rapide après chirurgie de l'épaule
<b>SSIAD</b>	Services de soins infirmiers à domicile
<b>SNACS</b> des soins	Services numériques pour tous les acteurs de la coordination
<b>TIC</b>	Technologies de l'information et de la communication
<b>TSN</b>	Territoire de soins numériques
<b>URPS</b>	Union régionale des professionnels de santé

## **INTRODUCTION**

La montée des besoins en compétences spécifiques due à l'accroissement des nouvelles pathologies à caractère chronique, associée aux difficultés budgétaires ainsi que d'autres enjeux considérés de plus en plus pesants marquent le contexte sanitaire français actuel [1].

D'ordre organisationnel, fonctionnel ou structurel, ces contraintes ont été à l'origine de la remise en question des fondements de l'ancien système de soin. Ne reposant plus sur les hypothèses relatives à la segmentation traditionnelle du marché entre médecine de ville et médecine hospitalière, à l'indépendance entre secteur sanitaire et secteur social et à la concurrence entre secteur privé et secteur public, la reconfiguration actuelle du système de soins se démarque par de nouveaux leviers.

La recomposition organisationnelle du système de soins se différencie par le développement et le déploiement de structures hybrides de soins coordonnés (maison de santé, pôle de santé, centre de santé), la création de réseaux de soins ville-hôpital (programme personnes âgées en risque de perte d'autonomie PAERPA, par exemple en France), le développement des accords de partenariats entre structures sanitaires. Entre l'hôpital et les professionnels libéraux par exemple et entre les structures sanitaires et le secteur social pour une prise en charge globale de pathologies dites chroniques (diabète,

sida, etc.) ou de certaines catégories de patients (personnes âgées ou dépendantes principalement).

La coordination est devenue donc le maître mot des relations qui caractérisent la nouvelle configuration du système.

Face à ces enjeux, les modes d'exercice sont repensés pour construire un véritable « cercle de soins » autour du patient. Que l'on appelle bien souvent un parcours coordonné, entre les professionnels de santé de premier recours, l'hôpital et le médicosocial.

L'amélioration de l'organisation et de la coordination des professionnels de santé autour des usagers constitue un enjeu majeur de « Ma Santé 2022 » [2]. En effet, cette stratégie vise à replacer le patient au cœur du soin dans le cadre d'un parcours coordonné entre les professionnels, pour éviter les ruptures de parcours de soins.

Pour atteindre cet objectif, le numérique est un levier majeur. Par un outil adapté à leurs usages en mobilité, créé par les professionnels de santé, il permettra par une communication facilitée entre tous les professionnels de santé d'améliorer l'organisation et la qualité de prise en charge des soins.

C'est dans le cadre de ce projet que la communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) Madinina, financée par le ministère de la solidarité et de la santé dans le cadre de l'appel à projet services numériques pour tous les acteurs de la coordination des soins (SNACS) via l'agence régionale de santé (ARS), a mis à disposition des professionnels de santé, le 24 Mars 2020, une application mobile nommée « Entr'actes » destinée à remplir ces objectifs [3].

Le territoire martiniquais compte de nombreux patients souffrant de la coiffe des rotateurs, notamment les ouvriers agricoles de la banane avec un travail en élévation. Une

rupture dans le parcours de soins peut conduire à des difficultés financières, voir même à la perte de travail, conduisant à l'isolement et contribuant parfois à créer un handicap social en plus d'un handicap physique [4].

Pour ces raisons, la CPTS Madinina a fait le choix, lors du déploiement d'"Entr'actes" sur le territoire Martiniquais, de débiter par la coordination des soins des patients pris en charge en ambulatoire pour la réhabilitation rapide après chirurgie de l'épaule [5].

Je me suis donc interrogé sur l'opinion que les professionnels de santé, qui l'utilisent dans le cadre de la réhabilitation après chirurgie de l'épaule, ont d'Entr'actes.

L'enjeu de la coordination des soins est une question débattue, qui a déjà fait l'objet de plusieurs évaluations. C'est un sujet d'actualité et une source d'incertitudes pour l'avenir.

## **I. La coordination des soins**

### **A. Généralités**

#### **1. Coordination des soins : une notion floue ?**

La coordination des soins est un concept à la mode dont les contours sont souvent flous. Chaque professionnel, chaque institution, pense travailler en réseau et que ses actions sont coordonnées avec les autres prestataires de soins [6].

Dans la littérature, la définition de la coordination de soins proposée par McDonald fait autorité : « La coordination des soins est l'organisation intentionnelle des activités de soins au patient entre deux ou plusieurs personnes (incluant le patient) impliquées dans ces soins pour faciliter la prestation appropriée des services de santé. » [7]

Pourtant, le constat sur le terrain est autre.

Il est fréquent d'entendre des professionnels se plaindre de la mauvaise collaboration avec d'autres groupes de professionnels.

L'infirmière n'arrive pas à joindre le médecin, ce dernier regrette le peu d'initiatives des autres soignants, le pharmacien estime que ses compétences ne sont pas assez mises à contribution, le physiothérapeute regrette de ne pas être au courant de l'histoire clinique du patient.

Le jeu institutionnel accentue encore ces attitudes corporatistes. L'hôpital n'a pas, parfois, connaissance des investigations et des traitements des médecins de ville, le secteur public et le secteur privé ne trouvent pas les collaborations nécessaires pour garantir l'accès équitable à des soins de qualité.

## **2. Difficultés à coordonner les soins : une conséquence des fragmentations**

La difficulté à coordonner les actions et les contributions de chaque prestataire résulte des fragmentations que connaît notre système de santé. En premier lieu, l'absence de cadre fédéral de gouvernance ne force pas les acteurs à coopérer. Ensuite, le financement dual des soins entre l'assurance maladie et l'état, ainsi que les sectorisations entre privé et public, ambulatoire et stationnaire, le tout sur un fond de fédéralisme se traduisent par un fort éclatement des prestataires.

La performance d'ensemble du système de soins est loin d'être optimale, chacun étant avant tout préoccupé par ses propres résultats et accessoirement par sa contribution au produit sanitaire global. Cette approche segmentée de la maladie est, aussi, une conséquence du financement par catégorie de prestations.

« Cette situation est particulièrement inquiétante au moment où la maladie chronique, qui requiert la continuité des soins grâce à l'intervention coordonnée de tous les prestataires impliqués dans la prise en charge du patient, occupe une place de plus en plus importante dans le tableau épidémiologique ».

## **B. La coordination des soins en France**

### **1. La coordination territoriale d'appui : rapport de l'IGAS 2014 [8]**

En décembre 2014, une mission diligentée par l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) a procédé à « un inventaire et à une analyse de l'ensemble des coordinations d'appui déployées en France ».

Cette réflexion menée en France n'est pas isolée puisque tous les pays de l'OCDE ont exprimé un besoin de coordination. Il est pourtant difficile de faire des comparaisons et des bilans des coordinations existantes du fait de l'absence d'une définition consensuelle de ce qu'est une coordination en matière de parcours de soins, a fortiori de ce qu'est une coordination territoriale d'appui.

Devant cette lacune, la mission s'est dotée d'une définition à laquelle se référer tout au long des bilans qu'elle a réalisés et des propositions qu'elle a élaborées en vue de garantir la mise en œuvre d'une véritable coordination territoriale d'appui : selon elle, la coordination territoriale d'appui rassemble tous les acteurs (des professionnels de santé jusqu'aux personnels médico-sociaux ou sociaux) dont la coordination permet une prise en charge complète du patient, sans rupture des soins qui lui sont dispensés. La coordination vient en complément de l'exercice clinique et en appui à celui-ci pour une amélioration de l'état de santé global au sens de l'organisation mondiale de la santé (OMS). En fonction des besoins



de santé, la coordination peut être ponctuelle à l'occasion d'un accident de santé ou installée dans la durée.

## **2. Des structures multiples aux caractères redondants**

Des bilans, il ressort que les structures de coordination sont nombreuses et diverses, mais elles se cantonnent le plus souvent à de la coordination soit strictement clinique, soit strictement médico-sociale et sociale. Elles sont donc rarement transversales d'autant qu'elles sont très souvent organisées par pathologies ou par secteur.

Ainsi, au gré des plans de santé publique, chaque pathologie a conduit au développement d'organisations coordonnées. Les maladies chroniques ont favorisé ces organisations, notamment les programmes de disease management qui sont les plus anciens et les plus nombreux ; toutefois, ce sont souvent des coordinations cliniques c'est-à-dire limitées aux professionnels de santé telles que les centres régionaux de lutte contre le cancer, cancérôpôles, centres de coordination en cancérologie...coordonnés par les réseaux régionaux en cancérologie, réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP), etc.

Dans le secteur des personnes âgées, ont été créés les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) ou les centres locaux d'information et de coordination gérontologiques (CLIC) ou encore les maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer (MAIA). Dans le secteur du handicap, ce sont les maisons départementales pour l'autonomie des personnes handicapées (MDPH) qui se sont installées. Ici ce sont les coordinations médico-sociales qui sont les plus développées.

En outre, la difficulté à organiser une prise en charge globale et pluridisciplinaire conduit à multiplier les structures au risque de les rendre redondantes les unes par rapport aux autres, et sans toujours intégrer les professionnels de santé. Ainsi, les MAIA qui devaient être sanitaires, médico- sociales et sociales n'ont pu s'imposer aux professionnels de santé et sont restées sur le champ médico-social et social sur lequel les CLIC, notamment ceux de niveau 3, étaient déjà positionnés. Aussi, les pouvoirs publics expérimentent-ils désormais le dispositif PAERPA.

Cette situation a conduit à organiser la coordination de la coordination, dans une fuite en avant nuisible tant à l'efficacité qu'à la lisibilité pour les principaux intéressés.

En revanche, plusieurs dispositifs généralistes tels que le parcours de soins coordonnés, les maisons et pôles de santé pluridisciplinaires, les réseaux de santé polyvalents, prennent en charge les patients, indépendamment de leurs âge et pathologie, et en faisant le lien entre ses besoins sanitaires et médico-sociaux. Ces dispositifs ne répondent toutefois pas encore assez à cet objectif de coordination transversale, notamment le parcours de soins coordonnés qui a répondu avant tout à des motifs économiques.

Les coordinations se heurtent en outre aux cloisonnements entre les soins à l'hôpital et les soins en ville ou entre les différentes administrations (nationales, locales, sociales), cloisonnements que des nomenclatures plurielles des différents territoires de mise en œuvre viennent encore complexifier.

### **3. Le médecin généraliste : au cœur de la coordination des soins ?**

Bien qu'elles soient très diverses, les fonctions assurées restent parcellaires et incomplètes : selon les éléments recueillis par la mission par le biais d'un questionnaire

transmis aux ARS, les principaux rôles de la coordination sont la prise de rendez-vous, la mobilisation de soins et services à domicile, l'acquisition d'aides techniques et l'aménagement du domicile.

Pour la quasi-totalité des dispositifs, une évaluation concertée des besoins des patients est assurée et les deux tiers assurent cette évaluation en passant par le domicile du patient.

Toutefois si plus des deux tiers des structures élaborent un plan personnalisé de santé, outil formalisé de la coordination, un peu plus de la moitié seulement associe le médecin traitant et le personnel médico-social à l'élaboration du plan. Le médecin traitant ne valide finalement que 27 % des plans dont il n'est destinataire qu'à 50 %. Dans à peine plus de la moitié des cas, le dispositif effectue des retours formalisés d'informations au médecin traitant.

Cette structuration des coordinations peine ainsi à répondre aux besoins des patients en termes d'accessibilité et des médecins qui sont peu informés et impliqués par les coordinations existantes, sauf lorsqu'elles sont intégrées à leur pratique comme certaines maisons de santé.

#### **4. Une organisation coûteuse**

Dans le même temps, cette organisation, qui ne fait l'objet d'aucune évaluation médico-économique, s'avère au final coûteuse pour l'Etat, les collectivités locales et la sécurité sociale. Il s'agit soit de financements à des dispositifs auxquels sont consacrés près de 300 millions d'euros (160 millions d'euros pour les réseaux, 55 millions d'euros pour les MAIA, 60 millions d'euros pour les CLIC, 15 millions d'euros pour les centres de santé), soit de financements directs des professionnels de santé, sous forme de forfaits (600 millions

d'euros environ), sans que soit explicitement rémunérée une fonction de coordination. S'y ajoutent 8 millions d'euros environ pour le module 1 de coordination dans le cadre de l'expérimentation des nouveaux modes de rémunération (ENMR). Par ailleurs, les financements affectés à la coordination sont organisés en silos, malgré les progrès réalisés grâce à la mise en place du fond d'investissement régional (FIR), et ne contribuent ainsi pas à structurer une coordination transversale.

Au nombre des éléments structurant la construction d'une coordination d'appui, la mission a inscrit le fait que la coordination devait proposer des fonctions complémentaires aux soins : selon de nombreuses études, une coordination efficace en appui aux médecins permet d'améliorer la qualité des soins, dans un système de santé complexe et fractionné.

En effet, ce soutien doit permettre aux professionnels de santé d'exercer leur métier sans se délester, pour les cas les plus consommateurs de temps, sur les urgences des hôpitaux ou des réseaux trop spécialisés et de bénéficier d'une assistance logistique ou d'une aide dans les prolongements médico-sociaux et sociaux de la prise en charge des patients.

## **5. Les conditions de réussite de la coordination territoriale d'appui : vers une meilleure gestion des ressources**

Dans une troisième partie du rapport, la mission a analysé les conditions de réussite de la coordination territoriale d'appui. En matière d'organisation, la coordination d'appui devrait être organisée au plus près des médecins de premier recours pour en faire un des outils de leur pratique : quel que soit leur mode d'exercice, individuel ou regroupé, la prestation de coordination d'appui pourrait être sollicitée auprès de tout professionnel ou toute structure offrant cette prestation : des structures collectives de soins (cabinet de groupe, maisons ou pôles ou centres de santé), des structures de coordination déjà existantes (réseaux de

santé, CLIC, MAIA, services sociaux divers), d'autres groupements de professionnels constitués par exemple sous forme associative. Et il serait possible que le médecin confie la coordination à un professionnel (social ou de santé) en l'intégrant dans l'équipe de soins, notion figurant dans l'article 25 du projet de loi santé et définie comme :

« Un ensemble de professionnels qui participent directement au profit d'un même patient à la réalisation d'un acte diagnostique thérapeutique de compensation du handicap ou de prévention de perte d'autonomie ou aux actions nécessaires à leur coordination. »

L'ARS quant à elle serait chargée d'organiser l'offre de coordination, en définissant une stratégie de développement des coordinations d'appui sur le territoire régional, et en attachant à ce développement une offre de services, en matière d'information des médecins ou de mesures incitatives à la coordination.

Pour les ressources humaines, la mission recommandait la définition d'un socle professionnel de compétences/connaissances pour les coordonnateurs, qui pourrait compléter un cursus initial, qu'il soit social ou sanitaire. Les différentes formations proposées devraient déboucher sur un diplôme afin de structurer l'émergence de ces nouvelles compétences et assurer la mobilité professionnelle.

Pour les ressources informatiques, la mission soulignait leur caractère stratégique pour la coordination qui suppose par nature un échange d'informations efficace entre les professionnels concernés. Les outils informatiques devraient comprendre impérativement une messagerie sécurisée. Elle insistait également pour que les systèmes d'information soient d'abord une réponse aux besoins exprimés par les professionnels de terrain, qu'ils soient simples d'utilisation et intégrés aux outils informatiques habituels du médecin de premier recours. Le développement du recours effectif à ces outils passe par une assistance

technique de proximité à l'utilisateur. Cette fonction d'assistance aux utilisateurs pourrait être logée dans la plateforme de service organisée sous l'égide de l'ARS.

Le système proposé pourrait être mis en œuvre progressivement, par exemple en le proposant d'abord aux médecins exerçant dans le cadre collectif pour l'étendre progressivement aux médecins de premier recours en exercice individuel.

Enfin, la mission recommandait que la future coordination d'appui fasse l'objet d'une évaluation médico-économique, par exemple par la HAS. Si le modèle économique des coordinations repose sur le fait que le coût de la prestation de coordination serait inférieur aux hospitalisations évitées ou prolongées, aux actes redondants, il faut également évaluer les effets positifs à travers l'accès à des soins de qualité mieux adaptés aux besoins de la personne.

## **6. Formation à de nouveaux métiers de la coordination**

Les métiers de la coordination sont l'objet d'appellations très diverses [9]. De plus, la population est diverse, peu stable, et peu connue. La définition d'un socle de compétences peut être une réponse à ces enjeux de stabilisation et de professionnalisation de ces activités, en fournissant notamment des compétences transférables dans un faisceau de fonctions proches à partir de ce qui fait la spécificité de ces professions.

Ces professionnels sont impliqués dans la coordination à deux niveaux différents :

- Les coordonnateurs de parcours interviennent directement auprès des patients ou des personnes en perte d'autonomie.
- Les coordonnateurs d'innovation (au niveau institutionnel) vont impulser des nouveaux projets, ou de nouveaux dispositifs.

## **6.1. Typologie des professionnels de la coordination**

### **a. Les coordonnateurs de parcours**

- Le médecin généraliste (et parfois le pharmacien sur certains territoires très ruraux) est le premier à avoir un rôle de coordination.
- Pour des situations complexes, les gestionnaires de cas (ou « coordonnateurs de santé ») ont été expérimentés dans le cadre du plan Alzheimer.
- Le coordinateur spécialisé peut avoir un rôle auprès des personnes directement, mais les coordinateurs spécialisés ont souvent également un rôle institutionnel. Il s'agit par exemple de l'infirmier coordinateur en EHPAD ou des médecins coordinateurs de réseau. Mais ce ne sont pas forcément des professionnels de santé : on trouve également des administratifs, dans les CLIC par exemple.

### **b. Les coordonnateurs d'innovation**

- Les relais traducteurs agissent au niveau des ARS. Ils ont un rôle descendant, de diffusion des circulaires ou des nouveaux projets. Ils vont ainsi « traduire » les directives pour les acteurs de terrain. Ils vont également permettre de faire remonter des problématiques ou des propositions émanant des acteurs de terrain.

- Les entrepreneurs de réforme incarnent le projet, le plan de santé publique etc... On observe chez ces acteurs une grande diversité d'origines professionnelles (médecins, travailleurs sociaux, ergothérapeutes, cadres administratifs). Ils peuvent avoir une fonction d'évaluation clinique (au contact des personnes), un rôle de management d'équipe et/ou un rôle d'animation de réseau.

- Le « champion organisationnel » joue un rôle de coordination au sein de grosses structures comme l'hôpital, en lien avec la direction, le président de la commission médicale d'établissement (CME), les cadres de pôle et les cadres de santé. La profession des directeurs des soins, exemple étudié, a beaucoup évolué ces dernières années.

Les acteurs de la coordination interviennent donc auprès des personnes, au niveau des institutions et au niveau des pouvoirs publics. Il s'agit de voir comment ces professionnels vont s'articuler et se soutenir les uns les autres, et agir ainsi de manière systémique.

### **c. Quatre nouveaux métiers à construire**

#### 1/ L'infirmière clinicienne

On parle également d'infirmière de santé publique. Elle n'est pas uniquement dans une relation directe avec le patient, puisqu'elle s'occupe aussi de la patientèle en général, autour de problématiques de santé publique. Elle a un rôle important dans la production de données et d'éducation à la santé. L'expérience Asalée - il s'agit de l'expérimentation dans plusieurs régions d'un dispositif de coopération interprofessionnelle (entre médecins généralistes et infirmières), à l'initiative de l'association 'Action de santé libérale en équipe' (Asalée) - montre des résultats satisfaisants en termes de qualité de soins.

#### 2/ Le poste de coordination d'équipe



Ces personnes viennent du secteur social et sont en général de niveau master 2. Elles s'occupent de toutes les tâches qui ne relèvent pas du soin et que les professionnels de santé ne veulent pas assumer :

- La dynamique d'équipe, pour créer du lien dans ces équipes qui comprennent des professionnels ayant des niveaux d'études et économiques hétérogènes.
- Les systèmes d'information, pour convaincre les professionnels et les aider à fournir des indicateurs et des données.
- La relation à l'ARS, car il est très compliqué pour les pouvoirs publics de toucher les professionnels de santé.

Un nouveau métier se dessine donc : on compte aujourd'hui en France une centaine de postes existants. La haute autorité de santé (HAS), l'école des hautes études en santé publique (EHESP) et la fédération française des maisons de santé et pôles de santé (FFMPS) ont défini des modules de formation pour stabiliser ce poste de coordination d'équipe qui devient de plus en plus nécessaire. Les pouvoirs publics manifestent un grand intérêt pour cette question, puisque les ARS vont financer en partie l'ingénierie de ces formations.

### 3/ Les DIM ambulatoires (directeurs de l'information médicale, qui existent déjà à l'hôpital)

Il s'agit d'aider les équipes à « upgrader » leur logiciel, pour aboutir à un système d'information correspondant à leur projet de santé.

### 4/ Les facilitateurs

Une expérience menée au Colorado a montré l'efficacité et la pertinence d'un professionnel de santé qui aide les équipes à se structurer.

## **C. Nouvelles technologies : nouvelles coordinations ?**

Comme nous l'avons vu précédemment, l'enjeu de la coordination des soins est une question débattue, qui a déjà fait l'objet de plusieurs évaluations. Plusieurs dispositifs et mesures ont été proposés et mis en place sans parvenir à s'imposer comme modèles de généralisation.

Face à ces enjeux, les technologies peuvent-elles modifier les rapports entre les acteurs impliqués par la coordination (professionnels, gestionnaires, patients) ? En effet, il existe une variable technologique très importante dans la coopération entre acteurs des soins [10].

### **1. L'e-santé**

Si la e-santé peut être une aide pour le patient, la télémédecine est en soi un parcours de soins, car elle illustre la coordination nécessaire entre les différents partenaires qui accompagnent le patient dans la prise en charge de sa maladie. En effet, dans un système de télémédecine, les partenaires doivent travailler ensemble et articuler leurs actions. Le bénéfice est dans l'accompagnement du patient et dans son implication directe. Paradoxalement beaucoup de patients déclarent avoir retrouvé un lien avec leur médecin avec un système de télémédecine.

Quant aux professionnels de santé, ils se retrouvent à devoir échanger sur un dossier ou un patient via une interface technique d'échange de données. C'est à ce niveau qu'interviennent les nouveaux métiers, comme les infirmières de télésurveillance par exemple.

Il est également important de noter que le médecin qui est acteur dans une solution de télésurveillance, et qui est donc déchargé d'une surveillance au quotidien des patients, peut ainsi consacrer plus facilement ses consultations aux cas les plus graves demandant plus de temps.

## **2. Différents modèles de la e-santé**

La « digital Santé » concerne par exemple les fiches de cuisine pour patients diabétiques, les applications mobiles liées à l'exercice physique, la cartographie des lieux de santé etc...

La « télésanté » concerne les applications qui accompagnent le patient et requièrent des données de santé, mais qui ne seront pas analysées par un professionnel de santé : Télé-observance, accompagnement nutritionnel / activité physique, éducation aux traitements, dossiers médicaux informatisés. Habituellement, elle n'implique pas le médecin du patient même si le patient peut envoyer des données/résultats à son médecin (qui ne les a pas expressément demandés).

Enfin, la « télémédecine » est définie par la loi hôpital, patients, santé, territoires (HPST) de 2009 et le décret d'application de 2010, comme un ensemble d'actes médicaux réalisés à distance par l'utilisation des technologies de l'information et de la communication (TIC) : Téléconsultation, Téléexpertise, Télésurveillance médicale, Téléassistance médicale, Samu. La télémédecine a bien évidemment pour objectif principal d'améliorer l'accès à des soins de qualité dans les « déserts médicaux » mais elle est également là pour assurer la coordination des soins entre professionnels de santé pour une meilleure optimisation de la prise en charge et des traitements des patients. La télémédecine engendre des décisions et/ou des actes médicaux, c'est ce qui en fait une approche différente de la e-santé. La solution de télémédecine se doit de répondre véritablement à un besoin médical à l'origine

d'une recherche d'une réponse technologique, et elle ne doit pas être une « solution-gadget » à laquelle on va trouver une application médicale.

### **3. Quelques exemples de plateformes numériques au service de la coordination des soins**

#### **3.1 A l'échelle des régions**

##### a. Le logiciel Terco

Le logiciel Terco, pour "terminal de coordination", a été mis à disposition des structures de coordination des soins de la région PACA, parmi lesquelles les plateformes territoriales d'appui (PTA), les réseaux de santé, les dispositifs Maia, les structures de gérontologie, les plateformes spécialisées en addictologie, les unités de soins palliatifs et d'éducation thérapeutique [11].

Accessible sous la forme d'une application web, depuis un ordinateur ou un téléphone portable, Terco contient des fonctionnalités d'enregistrement des actions d'orientation et de coordination, de saisie des plans personnalisés de santé (PPS), d'édition de courriers automatisés, de rappels de planning et de traçabilité des actions sur les dossiers patients.

En septembre 2017, le terminal était utilisé par 250 professionnels agissant au sein de 29 structures de coordination des parcours, a-t-il poursuivi.

"Plus de 150 professionnels extérieurs à ces structures s'y connectent chaque mois, dont 95% de libéraux et 5% d'hospitaliers", a ajouté le GIP.

Le GIP explique cette "diffusion rapide" de l'outil par son positionnement sur le portail de santé de la région Paca, plateforme pluridisciplinaire dédiée aux professionnels de santé enregistrant plus de 2.500 connexions par jour.

Terco utilise également les données du répertoire opérationnel des ressources (ROR) de la région qui comprend un inventaire complet de l'offre de soins régionale.

#### b. L'application « Un médecin 116 117 »

L'union régionale des professionnels de santé-médecins libéraux (URPS-ML) et l'agence régionale de santé (ARS) Grand Est ont lancé fin mars 2018 « Un médecin 116 117 », une application pour faciliter la prise en charge de soins non programmés par la médecine de ville dans le Bas-Rhin [12].

L'initiative permet de coupler le numéro national d'appel unique pour la permanence des soins ambulatoires 116 117 avec l'application Entr'actes.

Cette application permet aux médecins régulateurs du 116 117 d'envoyer une notification sur les téléphones mobiles des médecins du secteur abonnés à la plateforme et géolocalisables, si ceux-ci ont indiqué qu'ils pouvaient prendre en charge des soins non programmés.

Dès qu'un médecin accepte de prendre en charge le patient, le médecin régulateur libéral fixe un rendez-vous selon les disponibilités.

C'est un système basé sur le volontariat, les médecins choisissent quand ils sont disponibles et s'ils souhaitent prendre en charge un patient.

Pour inciter les médecins libéraux à participer à la prise en charge des soins non programmés, ils bénéficient pour chaque acte d'un intéressement de 13 euros versés en fin de mois, auxquels s'ajoutent 2 euros versés en fin d'année.

Ce dispositif a été lancé dans le Bas-Rhin fin novembre 2018 et compte 120 médecins inscrits, essentiellement au sein de l'Eurométropole de Strasbourg.

L'objectif premier est de limiter les arrivées aux urgences des HUS (Hôpitaux universitaires de Strasbourg). Grâce à une prise de rendez-vous rapide par le 116 117, les patients s'évitaient également une attente trop longue aux urgences.

Les HUS ont été très engagés et associés au groupe de travail qui a préparé le lancement de l'application.

### **3.2 A l'échelle nationale**

#### **a. MSSanté**

MSSanté est un espace de confiance au sein duquel les professionnels habilités à échanger des données de santé, en ville comme à l'hôpital, peuvent s'échanger par mail des données de santé de manière dématérialisée en toute sécurité. MSSanté facilite les échanges interprofessionnels et accélère l'usage du numérique en santé [13].

L'espace de confiance MSSanté s'appuie sur :

- l'Annuaire Santé, qui référence les professionnels enregistrés par leur autorité compétente. Ces acteurs forment une communauté fermée d'utilisateurs clairement identifiés au sein de l'espace de confiance;
- une « liste blanche » des opérateurs gérée par l'Agence du Numérique en Santé, dont les domaines de messagerie sont autorisés à échanger des données dans l'espace de confiance MSSanté ;
- des référentiels, qui reposent sur les standards de l'internet et de la messagerie afin d'aider les industriels, les établissements et les institutions à développer conformément leurs offres.

MSSanté est soutenu au niveau national, et fait partie du socle commun des projets e-santé. L'utilisation d'une messagerie professionnelle intégrée à l'espace de confiance MSSanté n'est pas en tant que telle obligatoire. Tout professionnel de santé est cependant

tenu de respecter le cadre juridique encadrant l'échange des données personnelles de santé (article L1110-4 du code de la santé publique) ainsi que leur hébergement (article L1111-8). Les données de santé à caractère personnel sont des données sensibles, protégées par la loi et dont le traitement est soumis aux principes de la protection des données personnelles tels que définis par la loi Informatique et Libertés.

Depuis 2017, la CNAM accompagne le déploiement des messageries sécurisées de santé auprès des professionnels de santé libéraux (médecins, pharmaciens, infirmiers, sages-femmes et maïeuticiens, chirurgiens-dentistes, orthophonistes, orthoptistes, opticiens, pédicures, diététiciens et masseurs-kinésithérapeutes-rééducateurs). En Juillet 2019, plus de 38% d'entre eux était déjà équipé d'une messagerie sécurisée. Au total, près de 152 000 professionnels de santé utilisent MSSanté, dont un médecin libéral sur deux.

#### b. Le cas du dossier médical partagé (DMP)

Le dossier médical partagé (DMP), anciennement dossier médical personnel, est un projet de longue date, puisqu'il a été initié dès 2004 par Philippe Douste-Blazy, alors ministre de la Santé de Jacques Chirac.

Après quinze ans d'attente et de tentatives avortées, il est finalement devenu une réalité le 6 novembre 2018. Ce jour-là, Agnès Buzyn, ministre des Solidarités et de la Santé, et l'Assurance maladie ont annoncé la généralisation du DMP sur l'ensemble du territoire [14].

Le DMP est un carnet de santé numérique et sécurisé qui conserve en un seul endroit les informations médicales personnelles du patient qui l'a ouvert à sa demande et de manière totalement facultative. Consultable en ligne par les patients et les professionnels de santé, l'accès au dossier médical partagé n'est autorisé que par le patient.

Le DMP a pour objectif d'améliorer la coordination des soins du patient. Il doit ainsi permettre d'éviter la répétition d'examens, les prescriptions inutiles ou les interactions entre médicaments. Avec, en filigrane, la volonté de soulager financièrement les caisses de l'Assurance maladie.

En l'espace d'un an, plus de 8 millions de Français ont ouvert leur dossier médical partagé, selon un communiqué publié par l'Assurance maladie en décembre 2019 [15]. Ce sont ainsi plus de 12% de la population qui disposaient à cette date d'un DMP, selon la même source. Le 6 novembre 2018, la ministre de la santé Agnès Buzyn annonce la volonté de généraliser le DMP à près de 40 millions de patients d'ici 2023.

## **D. La coordination des soins dans le monde**

### **1. En Europe**

Les pays du Nord de l'Europe sont très avancés en la matière : la Finlande, la Suède, le Danemark et l'Estonie sont des pionniers de la numérisation de leur administration. Services en ligne, carte d'identité connectée, la quasi-totalité des citoyens passent désormais par Internet pour leurs démarches administratives. Il en est de même pour les services de santé .  
[16]

Un Estonien qui se rend à l'hôpital présente seulement sa carte d'identité, sur laquelle toutes ses informations sont regroupées (dont sa carte de sécurité sociale). Cette organisation permet au médecin d'accéder rapidement aux dossiers médicaux de ses patients, puisque toutes les données y sont centralisées.

Au Danemark, l'initiative Medcom a été lancée en 1994 : il s'agit d'un réseau national de données de santé, avec un portail Internet qui rassemble et distribue les données médicales entre les professionnels de santé et les citoyens. Ainsi, depuis 2004, chaque Danois possède un dossier médical en ligne contenant toutes ses prescriptions. L'objectif est que chaque professionnel de santé puisse disposer de l'historique médical complet du patient,



ce qui permet un gain de temps non négligeable dans sa prise en charge. 95 % des médecins l'utilisent.

La Suède a adopté dès 2006 une stratégie nationale en matière de *e-santé*. Le dossier médical suédois (NPÖ) est accessible aux intervenants autorisés, et n'importe quel système informatique existant peut s'y connecter.

Dans le sud de l'Europe, en Espagne, la région de l'Andalousie a lancé le programme Diraya qui a pour but d'assurer la continuité des soins en harmonisant les informations, pour qu'elles soient accessibles à tous, patients comme médecins. Un dossier médical unique a été mis en place et les informations sont centralisées sur des sites spécialisés. Plus de 90 % de la population andalouse est couverte par ce dispositif, ce qui a permis d'économiser plusieurs millions d'euros.

Le développement des DMP dans les pays de l'Europe du Nord a été favorisé par deux éléments qui n'existent pas en France :

- l'existence d'une caisse unique de sécurité sociale, centralisant et normalisant les échanges de documents et fournissant un identifiant unique ;

- le caractère obligatoire de son usage, pour les praticiens comme pour les patients.

## **2. Aux Etats-Unis**

### **a. La coordination, un enjeu économique et qualitatif**

Trente pour cent des dépenses de santé américaines ne seraient pas médicalement justifiées et entraîneraient un gaspillage de 700 milliards de dollars par an [17]. La non-coordination du système de soins est responsable d'une partie de ces dépenses superflues

à travers la réplication des examens, un nombre important d'admissions aux urgences et des réhospitalisations évitables.

Globalement, aux États-Unis, en 2011, la mauvaise coordination des soins aurait coûté 25 à 45 milliards de dollars. Les réadmissions hospitalières dans les 30 jours, à elles seules, seraient responsables de 15 milliards de dollars de dépenses pour Medicare (l'assurance santé pour les personnes de plus de 65 ans et les personnes handicapées) alors que les trois quarts pourraient être évités par une meilleure coordination des soins.

Le manque de coordination fait également partie des facteurs explicatifs de la performance médiocre du système de santé américain. Dans ce contexte, plusieurs approches de l'évaluation qualitative de la coordination des soins ont été développées.

## **b. Contraindre l'hôpital à coordonner les soins**

Le 23 mars 2010, le président Obama a signé une réforme complète du système de santé, le Patient Protection and Affordable Care Act. Cette loi inclut un programme de réduction des réadmissions à l'hôpital, qui se traduit par des pénalités envers les hôpitaux pour lesquels le taux de réadmissions évitables atteint des valeurs considérées comme excessives. En 2013, ces pénalités ont représenté 280 millions de dollars et concerné 2 225 hôpitaux.

Ces pénalités ne s'appliquent que pour certaines pathologies : l'infarctus, l'insuffisance cardiaque et la pneumonie. Elles visent à faire diminuer le nombre de réadmissions évitables en réduisant la pression sur la durée moyenne de séjour et en augmentant le retour sur investissement des projets d'amélioration de la qualité des prises en charge.

Plusieurs effets pervers ont cependant été constatés. Les hôpitaux qui prennent en charge des populations défavorisée et des patients polypathologiques ont été davantage pénalisés. Au départ, les déterminants sociaux et le case-mix n'étaient pas suffisamment pris en compte. Une réflexion est en cours pour intégrer davantage les facteurs de risque indépendants de la qualité de la prise en charge.

### **c. Les ACO, un nouveau modèle**

Les accountable care organizations (ACO ou « organismes de soins responsables ») constituent un nouveau modèle d'organisation de l'offre de soins. Reconnues et encouragées par la loi Obama, les ACO sont des groupements de fournisseurs de soins qui couvrent une population définie de patients dans le cadre d'un budget limité par le coût antérieur de leur prise en charge. Les ACO fonctionnent sur une base de paiement à l'acte mais offrent une prime à la performance aux organisations qui parviennent à améliorer la qualité des soins.

Elles permettent également aux fournisseurs de soins de partager les économies réalisées s'ils parviennent à réduire les coûts en deçà de la cible fixée tout en respectant des critères de qualité relatifs notamment à la coordination des soins. Deux ans et demi après la réforme, le bilan des 361 ACO en contrat avec Medicare est plutôt positif: elles sont globalement parvenues à améliorer la qualité des soins et certaines ont réalisé d'importantes économies.

### **d. La coordination des soins, thématique de recherche majeure au service d'une priorité politique**

L'amélioration de la coordination des soins constitue à la fois une priorité politique et une thématique de recherche majeure aux États-Unis. La mise en place récente de pénalités pour réadmissions et des ACO consacre une approche essentiellement opérationnelle de la coordination des soins dont les fournisseurs de soins sont responsables.

En raison de la lourdeur des enjeux financiers et en dépit de ses limites, cette conception a entraîné la mise en œuvre de nombreux projets et expérimentations d'amélioration de la coordination des soins. La recherche opérationnelle sur les modèles et incitations économiques à la coordination des soins s'oriente maintenant vers l'évaluation de ces nouveaux modèles, dans le cadre d'un dialogue continu entre recherche, expérimentation, évaluation et implémentation.

Aux États-Unis, comme dans de nombreux pays de l'OCDE, la recherche sur la coordination des soins est au centre de la réforme des systèmes de santé. La comparaison internationale ouvre de nombreuses perspectives pour éclairer les prochaines évolutions du système français : mesurer plus précisément le coût de la non-coordination, mieux évaluer la qualité de la coordination des soins, analyser l'impact de la complexité institutionnelle actuelle et proposer de nouvelles pistes d'expérimentations pour de nouveaux modèles et incitations économiques à la coordination des soins.

## **II. Ma santé 2022**

Le 18 septembre 2018, le Président de la République, Emmanuel Macron, et la ministre des Solidarités et de la Santé, Agnès Buzyn, ont présenté Ma Santé 2022, une transformation en profondeur de notre système de santé [18].

Le vieillissement de la population, la forte augmentation des maladies chroniques, mais aussi les progrès technologiques, l'apparition de nouvelles thérapeutiques ou l'entrée du numérique dans la santé ont considérablement changé les besoins et les approches en matière de soins. Les attentes des professionnels de santé ont elles aussi évolué.

Ma Santé 2022 propose de créer dans chaque territoire un véritable projet de soins qui associe tous les professionnels de santé, hospitaliers, ambulatoires et médico-sociaux. Médecins, pharmaciens, infirmiers, kinésithérapeutes, etc. doivent rassembler leurs compétences et leurs moyens, et les mettre au service de la santé des patients de leur territoire.

## **A. Accélérer le virage numérique : cinq orientations pour y parvenir**

Traditionnellement, le système de santé place l'utilisateur comme un objet de soins prodigués par des professionnels [19]. Ce dernier est souvent réduit à un rôle passif dans la construction de son parcours de soin et n'a qu'une visibilité extrêmement faible sur l'utilisation de ses données de santé. En outre, l'utilisateur ne dispose à l'heure actuelle que d'un panel de services numériques en santé très limité par rapport aux usages qu'il peut développer dans d'autres secteurs. Le virage numérique en santé, au sens de l'OMS, doit donc avoir comme objectif essentiel de repositionner l'utilisateur comme le premier bénéficiaire des services numériques en santé en lui donnant les moyens d'être véritablement acteur de sa santé [2].

### **1. Renforcer la gouvernance du numérique en santé**

Le pilotage de l'ensemble des chantiers de transformation numérique sera assuré par la délégation ministérielle du numérique en santé (« DNS »), rattachée directement à la

ministre des Solidarités et de la santé. Elle assurera un pilotage resserré de l'agence du numérique en santé (« ANS »), dont la mission sera centrée sur la mise en œuvre opérationnelle de la politique du numérique en santé.

Afin d'impliquer tous les acteurs, les grandes orientations de la politique du numérique en santé seront débattues au sein du Conseil du numérique en santé. La délégation s'appuiera également sur une cellule d'éthique pour inscrire son action dans un cadre de valeurs humanistes.

## **2. Intensifier la sécurité et l'interopérabilité des systèmes d'information en santé**

Améliorer l'identification numérique des acteurs de santé, c'est-à-dire de tous les professionnels concourant aux systèmes d'information de santé, est une condition indispensable au bon fonctionnement des systèmes d'information de santé. Pour ce faire, l'identification numérique issue d'un même référentiel national sera généralisée. La dématérialisation des moyens d'authentification permettra de sécuriser l'accès aux téléservices, avec en particulier l'appli carte Vitale ou la e-CPS.

Afin d'assurer la continuité des parcours, un même patient devra être reconnu dans tous les systèmes informatiques de manière unique. Pour ce faire, le déploiement de l'identifiant national de santé (INS) sera accéléré. La mise à disposition de l'appli carte Vitale permettra l'authentification numérique des usagers du système de santé.

Au-delà des problématiques d'accès et de sécurité, afin que tous les systèmes anciens ou nouveaux puissent communiquer, une étude sur l'opposabilité des référentiels d'interopérabilité communs sera lancée. Un accompagnement des acteurs concernés sera mis en place pour assurer la convergence.

Pour se prémunir collectivement des risques, tous les acteurs de santé pourront bénéficier du dispositif de déclaration des incidents de sécurité. Un service national de cybersurveillance en santé sera déployé.

### **3. Accélérer le déploiement des services numériques socles**

La feuille de route comporte quatre principaux services pour échanger et partager les données de santé en toute confiance :

Le déploiement du DMP, Dossier Médical Partagé, sera poursuivi pour stocker toutes les données qu'il est utile de partager, entre le patient et les professionnels qui le prennent en charge tout au long de son parcours.

L'usage des messageries sécurisées de santé pour sécuriser l'échange d'information de santé entre professionnels sera élargi et accompagné.

La e-prescription sera développée pour simplifier et sécuriser le circuit de transmission de l'ordonnance depuis la prescription jusqu'à la dispensation par le pharmacien.

Les services numériques territoriaux de coordinations de parcours inscrits dans le programme e-parcours seront déployés.

Ces services se déploieront suivant leur propre calendrier, mais tous dans une même vision d'ensemble, un même schéma d'urbanisation.

### **4. Déployer au niveau national des plateformes numériques de santé**

Ces plateformes constitueront un réceptacle aux applications proposées par les acteurs publics et privés qui s'y inscrivent. L'objectif est simple : permettre aux usagers et

professionnels de santé de trouver leurs repères dans des espaces numériques fiables et simples d'accès.

Dans une vision d'ensemble, les pouvoirs publics organiseront la mise en œuvre de trois plateformes pour gagner en agilité tout en conservant une souveraineté par la maîtrise des règles d'urbanisation, d'interopérabilité, de sécurité et d'éthique :

L'Espace Numérique de Santé permettra à chaque citoyen, acteur du système de santé, de choisir et d'accéder à des services numériques de santé dans un cadre sécurisé et avec une navigation fluide.

Les professionnels pourront quant à eux accéder à une plateforme de bouquets de services communicants.

En rassemblant les données de santé dans un même schéma d'urbanisation sécurisé, les pouvoirs publics se donneront les moyens de les analyser à grande échelle au bénéfice de tous. C'est l'objectif du Health Data Hub, la plateforme des données de santé, en cours de déploiement.

Ces espaces numériques se constitueront étape par étape, avec l'évolution de services existants, grâce à des méthodes de co-conception et via des appels à projet.

## **5. Stimuler l'innovation et favoriser l'engagement des acteurs**

Des grands programmes d'investissement concourent aux objectifs de la politique nationale, tels le programme HOP'EN pour le soutien aux systèmes d'information hospitaliers et le plan « Etablissements et services sociaux et médico-sociaux (ESMS) numérique » pour aider les structures médico-sociales à s'inscrire pleinement dans le virage numérique.



L'innovation en matière de services numériques en santé sera encouragée via la création du « Lab esanté ». Son rôle sera d'identifier, de faire émerger et de diffuser de nouveaux concepts, technologies, solutions et usages en matière de e-santé, et d'aiguiller les acteurs du marché dans l'ensemble des dispositifs existants.

## **B. Services numériques de coordination pour les parcours de santé**

L'amélioration de l'organisation et de la coordination des professionnels de santé autour des usagers constitue un enjeu majeur de « Ma Santé 2022 » [20]. En effet, cette stratégie vise à replacer le patient au cœur du soin dans le cadre d'un parcours coordonné entre les professionnels.

Elle insiste également sur la nécessité de transformer l'organisation territoriale des soins pour permettre une coopération entre les professionnels de ville et de l'hôpital autour d'un projet de santé adapté aux besoins des patients dans les territoires. La mise en place des parcours de santé, ne doit plus relever du patient, mais d'une coordination fluide entre l'ensemble des acteurs et professionnels du champ sanitaire, médico-social et social.

Pour atteindre ces objectifs, le numérique est un levier majeur pour faciliter la coordination et fluidifier les parcours. Il s'agit, notamment, de simplifier l'accès aux différents services numériques de coordination dans le but d'améliorer l'organisation et la qualité de prise en charge. Ces services numériques de coordination comprennent notamment les outils régionaux de « workflow » au service de la coordination, déployés au travers du programme e-parcours pour un périmètre de fonctionnalités défini ; d'autres services régionaux outillant la coordination inter et pluri professionnelle peuvent être déployés par les ARS, pour un périmètre ne présentant pas d'intersection avec celui défini pour les outils numériques e-parcours : par exemple des services de télé-expertise.

Le programme national e-parcours constitue ainsi le vecteur de déploiement d'un ensemble d'outils de workflow sécurisés permettant aux professionnels de se coordonner, de partager des informations autour de la situation de l'utilisateur et d'organiser son parcours de santé sur le territoire sans rupture, par exemple au moyen du plan personnalisé de santé d'un utilisateur, du réseau social professionnel territorial...

Ces services sont notamment destinés aux professionnels des secteurs sanitaires, médicosociaux et sociaux dans le cadre des nouvelles organisations coordonnées de santé promues dans le cadre de Ma Santé 2022 : communauté professionnelles territoriales de santé, dispositifs d'appui à la coordination, groupement expérimentateur au titre de « l'article 51 » ...

Dans tous les cas, les services numériques de coordination contribuent à la qualité des prises en charge usagers et soutiennent le virage numérique de la santé en :

- Développant le partage des informations de santé entre les professionnels grâce à des services numériques sécurisés, interopérables (communicants) et simples à utiliser, s'appuyant sur le bouquet de services aux professionnels ;
- Participant à la mise en place de services utiles aux usagers et patients, en facilitant l'accès à leurs données personnelles, l'information en santé au moyen de l'espace numérique de santé.

### **III. La réhabilitation rapide après chirurgie (RRAC) de l'épaule**

L'épaule douloureuse est un motif fréquent de consultation en médecine de premier recours et le diagnostic de rupture de la coiffe des rotateurs est porté dans un quart des cas. Après un traitement initial conservateur, une minorité seulement sera opérée. La

rééducation après chirurgie étant longue, le rôle du médecin de premier recours dans le suivi est capital [21].

La récupération améliorée après chirurgie (RAAC) ou RRAC en Martinique, initialement développée dans les années 1990 par l'équipe danoise du Pr. Henrik Kehlet est une approche de prise en charge globale du patient favorisant le rétablissement précoce de ses capacités après la chirurgie [22].

**La coordination des soins avant et après une hospitalisation est importante pour améliorer la qualité de prise en charge des patients et l'efficacité du système de santé.** Différents protocoles de soins centrés sur le patient ont été développés dans la littérature médicale. Ils sont de plus en plus employés dans les établissements de santé.

La RAAC a un impact significatif sur le nombre de séjours en SSR et le nombre de journées d'hospitalisation, sans compromettre la sécurité du patient [23].

Un programme de RAAC s'inscrit dans un projet d'établissement et se base sur un chemin clinique pour l'ensemble des 3 phases avant, pendant et après la chirurgie.

La mise en place d'un tel programme représente une démarche d'amélioration des pratiques pour toutes les équipes. Celle-ci nécessite une réorganisation des soins et des efforts combinés au sein d'une équipe pluripro-fessionnelle impliquant tous les acteurs autour du patient, équipes hospitalières et de ville.

Si un programme RAAC peut intégrer jusqu'à une vingtaine de paramètres sur les périodes pré, per et post opératoires, les points clés en sont :

- Informer le patient et le former à la démarche
- Anticiper l'organisation des soins et la sortie du patient
- Réduire les conséquences du stress chirurgical

- Contrôler la douleur dans toutes les situations
- Favoriser et stimuler l'autonomie des patients

## **IV. Entr'actes**

Comme nous l'avons vu précédemment, la RRAC repose en grande partie sur la coordination des soins aussi bien sur le plan médical qu'organisationnel. Portée par la CPTS Madinina, Entr'actes est un outil de coordination numérique mobile, qui a pour objectif de permettre aux patients de bénéficier d'une prise en charge pluri professionnelle de qualité et sécurisée dans le cadre de la RRAC de l'épaule.

### **A. Le projet « @nsanm Martinique »**

#### **1. Contexte**

Le programme e-parcours, lancé en avril 2017, entend répondre au défi majeur de la coordination des soins et vise à dépasser le cloisonnement entre la ville, l'hôpital, le médico-social et le social [24]. Il a pour but sur la période 2017-2021 :

- D'accompagner, la mise en œuvre de SNACs pour faciliter les échanges d'informations en direct entre professionnels et organisations sanitaires, médico-sociales, sociales,
- Coordonner au travers des dispositifs d'appui à la coordination polyvalente des parcours tels que les plateformes territoriales d'appui (PTA).

Il capitalise sur le programme « Territoire de soins numérique » (TSN).

*Le programme TSN est un programme bénéficiant de 80 millions d'€ dans le cadre du programme investissements d'avenir (PIA) sur la période 2014-17 [25].*

*Avec la mobilisation de l'ensemble des acteurs de l'offre de soins et l'appui des industriels, le programme « Territoire de soins numérique » vise à faire émerger, dans des territoires pilotes, des organisations innovantes de prise en charge des patients renforcées par un bouquet de services intégrés et utilisés au quotidien par les professionnels et les patients.*

*Concrètement, il s'agit de tirer tous les bénéfices des nouvelles technologies de l'information et de la communication pour aider le patient à s'orienter dans le système de santé et pour renforcer la coordination entre les professionnels de santé.*

*En lien avec les grandes orientations de la stratégie nationale de santé ( miser sur la prévention, organiser les parcours de soins les plus cohérents pour les usagers, en garantir l'égal accès, renforcer l'information et les droits des personnes), ce programme permettra d'expérimenter les services et les technologies les plus innovants pour garantir, sur un territoire, une coordination optimale de tous les acteurs de santé (établissements de santé, EHPAD, maisons de santé, laboratoires, pharmacies, professionnels de santé...). Cette coordination sera centrée sur la prise en charge du patient : prise de rendez-vous dématérialisée, géo-localisation des équipes mobiles, gestion et disponibilité des lits...*

L'instruction n° DGOS/PF5/2017/135 du 24 avril 2017 relative à l'accompagnement du déploiement des SNACs dans les régions détermine les modalités de financement de ces

services numériques en région. Dans ce cadre, les ARS sont chargées de déployer progressivement les services numériques auprès des acteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux participant à la coordination des parcours, sur l'ensemble du territoire, notamment (mais pas uniquement) pour accompagner les missions d'appui à la coordination telles que définies par le décret no 2016-919 du 4 juillet 2016 relatif aux fonctions d'appui aux professionnels pour la coordination des parcours de santé complexes.

## **2. Objectifs**

Le projet régional @nsanm Martinique vise à améliorer et à sécuriser les parcours de santé et de vie, et la prise en charge des patients, en prévenant les ruptures de prise en charge et les hospitalisations inadéquates. Il s'agit de renforcer et de structurer les interventions autour du patient, de la coordination de soins primaires, de premier et de second recours, jusqu'à la gestion des cas complexes, qu'ils soient mono ou poly pathologies en étroite collaboration avec le médecin traitant, pivot de la coordination.

Il s'inscrit dans une démarche innovante et moderne, en voulant mettre à la disposition des professionnels de santé libéraux un outil simple, mobile, sécurisé, et traçable de support à la coordination des soins non programmés de premier et de second recours, l'ambulatoire, la Réhabilitation Rapide Après Chirurgie (RRAC) dans le cadre de la chirurgie de l'épaule et le maintien à domicile. Une illustration de l'interface d'Entr'actes est disponible en annexe 14.

Pour la RRAC, Gilles GOULON, chirurgien orthopédique est le chef de projet, Sandrine TIGNAC et Anne CRIQUET-HAYOT, médecins généralistes, sont les chefs de projet sur les soins non programmés.

La CPTS s'est appuyé par le cabinet CARE INSIGHT pour le pilotage et la méthodologie de projet.

Pour répondre à l'enjeu de répondre aux attentes des libéraux de la Martinique, la CPTS a décidé d'impliquer des professionnels de santé représentants les différents acteurs pour :

- Le recueil des pratiques et des besoins aussi larges que possible,
- La validation de chaque processus par les différentes professions de santé,
- D'avoir un consensus assez large sur le cahier des charges.

Plusieurs réunions préliminaires ont été organisées pour présenter et valider la méthodologie de travail pour la rédaction du cahier des charges. La CPTS a rencontré avec Care Insight les différents URPS Chirugiens-Dentistes, Infirmiers, Masseurs-Kinésithérapeutes et Pharmaciens, ainsi que le laboratoire Bio Santé.

## **V. Question de recherche et objectif de notre étude**

L'objectif principal de notre travail était donc d'étudier l'opinion des professionnels de santé libéraux de Martinique concernant l'application mobile "Entr'actes", un outil destiné à améliorer la prise en charge et la coordination des soins des patients suivis pour la réhabilitation rapide après chirurgie de l'épaule.

## **Matériels et méthodes**

### **I. Type d'étude**

Il s'agissait d'une étude qualitative observationnelle par entretiens individuels semi-directifs auprès des professionnels de santé inclus dans la prise en charge de patients via Entr'actes pour la RRAC de l'épaule.

### **II. Définition de la problématique de recherche**

La plateforme numérique Entr'actes étant récente et les études scientifiques à court et à long terme inexistantes, il était intéressant d'analyser le ressenti des professionnels de santé l'ayant utilisée dans le cadre de la coordination des soins, sujet d'actualité.

### **III. Choix du type de méthode qualitative**

Dans un deuxième temps, il a fallu déterminer le type de méthode qualitative le plus adapté au sujet. Nous avons choisi d'utiliser la méthode de la théorisation ancrée.

Elle consistait à développer une théorie basée sur la réalité construite par les personnes étudiées, en réalisant simultanément l'échantillonnage, la collecte des données et l'analyse. Elle permettait une comparaison permanente des données établies, pour arriver jusqu'à saturation, c'est-à-dire jusqu'à ce que plus aucun phénomène nouveau ne soit mis en évidence dans les entretiens.

### **IV. Choix de l'échantillon**

Notre étude s'est intéressée à la population des professionnels de santé inclus dans la prise en charge de patients via Entr'actes pour la RRAC de l'épaule : médecins généralistes, chirurgiens orthopédistes, kinésithérapeutes, pharmaciens, infirmiers impliqués.



Le faible effectif de départ n'a pas permis discrétiser de variables dites « pertinentes » afin d'accomplir un échantillonnage raisonné en variation maximale.

## **V. Choix de la technique de recueil des données**

Le recueil des données devait aussi s'adapter à l'étude réalisée. Dans notre cas, nous avons choisi de réaliser des entretiens semi-dirigés.

Notre méthode de recueil de données s'est faite par entretiens semi-dirigés en raison du thème abordé qui se prêtait difficilement à une exploration en groupe. En effet, il s'agissait là d'explorer les opinions et les pratiques de chaque professionnel de santé, le groupe pouvant influencer les réponses de chacun.

## **VI. Déroulement des entretiens**

Les entretiens se sont déroulés dans les cabinets des différents intervenants, en tête à tête, enregistrés par un smartphone Huawei P20 Lite jusqu'à saturation des données. Deux autres entretiens ont été effectués afin de confirmer cette saturation. Un guide d'entretien (annexe 1) a été réalisé à partir des postulats de départ. Il fut optimisé à la suite du premier entretien. Après l'entretien, un questionnaire a été recueilli afin de caractériser l'échantillon (annexe 2).

Au début de chaque entretien, l'enquêteur se présentait de la façon suivante : « Bonjour, je m'appelle CELTAN Grégory, je suis médecin généraliste remplaçant depuis 2 ans en Martinique. J'effectue actuellement mon travail de thèse sur le ressenti des professionnels de santé vis-à-vis de la plateforme numérique Entractes dans le cadre de la RRAC de l'épaule.

L'entretien sera intégralement enregistré et les données seront traitées de façon anonyme. Si vous le désirez, une copie de l'enregistrement audio, de la retranscription écrite et des résultats de l'étude pourront vous être envoyés à la fin de l'étude ».

## **VII. Analyse**

L'intégralité de l'enregistrement était retranscrite et anonymisée avec le logiciel de traitement de texte Microsoft Word®. Le verbatim ainsi obtenu était ensuite codé et triangulé afin de réaliser une analyse thématique à l'aide du logiciel QSR NVivo 12®.

## **VIII. Méthodologie de la recherche bibliographique**

Les recherches bibliographiques pour cette étude ont été réalisées en français et en anglais. Elles se sont principalement déroulées avant le début de l'étude pour connaître au mieux les données actuelles de la science sur le sujet et être les plus pertinentes possibles dans le choix des questions du guide d'entretien.

Les bases de données le plus utilisées ont été : Pubmed, EM-consulte, Cismef, Google Scholar et Google.

Les mots-clefs utilisés en français ont été : Entr'actes, réhabilitation rapide après chirurgie, réhabilitation améliorée après chirurgie, plateforme numérique de santé, coordination des soins, numérique et coordination des soins.

Les mots-clefs utilisés en anglais ont été : Fast-Track-Chirurgie, enhanced recovery after surgery, care coordination, coordination and numeric, health care technology.

# Résultats

## I. Les participants

Onze professionnels de santé (PS) ont participé à l'enquête (trois médecins généralistes, trois infirmiers, trois kinésithérapeutes, un pharmacien et un chirurgien orthopédiste) âgés de 31 à 64 ans (moyenne d'âge 41 ans). Leur ancienneté d'exercice en Martinique variait de 3 ans à plus de 21 ans avec une moyenne de 10 ans.

Tous les professionnels interrogés étaient inscrits sur Entr'actes. Sur les onze praticiens, sept ont utilisé Entr'actes dans le cadre de la RRAC de l'épaule, quatre jamais dans ce cadre.

Les caractéristiques des médecins interrogés sont reprises dans le tableau 1.

Professionnels de santé (numéro de l'entretien)	Sexe (M= Masculin ; F=Féminin)	Age (temps en années)	Mode d'exercice	Type d'exercice	Utilisation d'Entr'actes	Temps d'activité en Martinique (années)	Profession
PS1	M	36	Semi-rural	Groupe	Non	6	Médecin Généraliste
PS2	F	34	Urbain	Groupe	Oui	6	Infirmière
PS3	F	64	Semi-rural	Groupe	Oui	20	Infirmière
PS4	F	31	Urbain	Groupe	Oui	3	Infirmière
PS5	M	36	Urbain	Groupe	Oui	13	Kinésithérapeute
PS6	F	34	Urbain	Individuel	Oui	6	Médecin Généraliste
PS7	M	41	Urbain	Individuel	Oui	8	Chirurgien Orthopédique
PS8	F	57	Semi-rural	Individuel	Non	>21	Médecin Généraliste
PS9	F	43	Urbain	Individuel	Oui	4	Kinésithérapeute
PS10	M	42	Urbain	Individuel	Non	8	Pharmacien
PS11	M	37	Urbain	Groupe	Non	14	Kinésithérapeute

## II. Entretiens

Tous les entretiens se sont déroulés dans les cabinets des différents professionnels de santé. Les entretiens ont duré entre 5 et 19 minutes avec une moyenne de 11 minutes.

La saturation des données a été obtenue au neuvième entretien, deux autres ont été réalisés afin de confirmer l'absence d'émergence de nouveau nœud.

## III. Les apports d'Entr'actes

### A. La communication

Les professionnels de santé ont tous jugé que la simplification de la communication entre professionnels est le principal atout d'Entr'actes.

#### 1. Un partage instantané d'informations

Plusieurs professionnels ont souligné la simplicité du partage d'informations et des échanges :

*PS2 : Enfin, l'application reste quand même d'une grande pratique, **un petit coup de clic sur le téléphone et ça y est, on n'en parle plus et tout le monde a les données donc ça c'est génial et après on va voir comment cela va se développer.***

*PS5 : Je trouve cela pas mal, enfin pour l'instant, je trouve que cela fonctionne bien. **Et ouais, je pense qu'à l'usage cela peut m'apporter une simplicité dans les échanges avec les différents acteurs de soins pour un patient donné. S'il y a un souci ou une remarque à faire, je pense que cela peut être plus simple effectivement, en utilisant ça.***

La plateforme numérique permet d'améliorer la coordination avec les autres professionnels :

*PS8 : Donc, justement pour moi, **cette RRAC et cette coordination des soins permet de discuter avec le chirurgien, avec l'infirmier, avec le kiné, avec le pharmacien... Donc, moi, je trouve que ça permet de, pour moi, les deux avantages sont : la communication parce que c'est vraiment un défaut de communication et c'est souvent des... donc la communication entre les acteurs au service du patient.***

La traçabilité et la sécurisation des échanges semblent être des notions essentielles pour les professionnels :

*PS2 : Si on pouvait avoir des applications pour tout, faire des petits clics et que nos collègues voient telle personne, il s'est senti bien ou il n'était pas très bien ; **tout de suite, on fait des transmissions en direct de façon sécurisée et de noté et d'écrit.***

**PS8 : ça fait une traçabilité et une lisibilité qui est adaptée à la pratique parce que c'est facile, c'est ergonomique et du coup, on a les informations essentielles et on a pas du blabla qui veut rien dire.**

## **2. Des échanges qui sécurisent la pratique**

Deux professionnels déclaraient que l'application, via l'échange d'informations, sécurisaient leur pratique :

**PS7 : C'est-à-dire que les patients opérés quand même je trouve que c'est bien, j'ai tout de suite une vue en fait sur le premier passage du kiné et de l'infirmière, je sais comment va le patient via leurs appréciations ou leurs réponses aux questionnaires. Donc, pour moi déjà, c'est rassurant, pour le patient j'imagine que ça peut l'être aussi. En tous cas, pour le moment à défaut d'être facilitant, c'est sécurisant.**

**PS9 : Exactement. Dans la logique du truc c'est plus rassurant de faire ça, même pour nous professionnels hein... C'est rassurant pour nous aussi de savoir qu'on a cet échange-là, qu'on est chapeauté, pour nous, c'est plutôt agréable.**

## **B. Le temps**

Selon plusieurs professionnels, un des autres points forts de la plateforme est le temps qu'Entr'actes permet d'économiser.

### **1. Répondre quand on est disponible**

**PS10 : Donc, c'est un outil qui permet de répondre quand on est disponible et ça, c'est à mon sens, c'est le gros point fort.**

Notamment, grâce aux notifications et aux alertes qui permettent de différer sa réponse :

**PS4 : Et euh, par exemple, le fait que sur Entr'actes, on puisse déclencher, faire des alertes au médecin, c'est vraiment génial puisque des fois, on se retrouve en difficulté avec un patient au domicile. On appelle, on a la secrétaire, le médecin n'est pas disponible, euh...**

**PS7 : Ça m'arrive parfois de voir des patients un petit peu à retardement, j'aurais préféré parfois les voir avant. Et là, l'intérêt de cette application, c'est qu'il y a des notifications, alors on n'est pas toujours scotché au téléphone mais si on ne voit pas la notification tout de suite, on a aussi un mail donc c'est assez sécurisant. Et ça permet d'éviter de se confronter aux barrières téléphoniques.**

## 2. Un gain de temps

Pour la majorité des praticiens, Entr'actes permet de gagner du temps en évitant premièrement de se confronter aux difficultés de joindre son interlocuteur :

**PS10 : Ce qui manque, c'est le temps et c'est clairement un outil qui me semble nous permettre de gagner du temps entre professionnels, éviter de passer du temps au téléphone, à chercher à se joindre parce que parfois, on prend plus de temps à essayer de joindre la personne qu'à se parler.**

En optimisant la prise en charge du patient :

**PS10 : Par exemple, le chirurgien a besoin de prescrire une épaule, il sait exactement ce qu'il veut mais par exemple, elle n'est pas disponible en pharmacie et bien, si on renseigne directement ce qu'on veut sur Entr'actes, ça permet de faire gagner du temps à tous, au pharmacien, au chirurgien et surtout au patient.**

## C. Une amélioration de la prise en charge du patient

L'amélioration de la qualité des soins et de la prise en charge des patients est également au cœur des préoccupations des différents intervenants.

### 1. Facilite le travail

Une grande partie des professionnels de santé a trouvé que l'outil a facilité la prise en charge du patient :

**PS2 : Mais le premier patient, il n'y avait pas encore l'application en place, donc c'était les dossiers papiers qu'on devait remplir et ramener, enfin que le patient ramenait le dernier jour. Et de là, le médecin, le chirurgien triait les papiers, tout ça. Et là, en ce moment on a un patient avec l'application, et là, c'est vrai que c'est beaucoup plus facile.**

### 2. Améliore l'organisation

La plateforme permet aux professionnels d'anticiper les prises en charge et d'améliorer leur organisation :

**PS4 : Quand on a la prise en charge d'un patient, le patient en général nous appelle... quand il sort déjà d'hospitalisation pour nous dire : "je suis sorti, il me faut absolument une infirmière en urgence". Là, déjà, l'avantage avec Entr'actes, on est déjà prévenu quelques semaines en avant voire quasiment un mois en amont. Et ça, ça, j'ai vraiment trouvé ça génial puisque dans le cas de cette patiente, le jour où on serait venu faire le pansement, peut-être qu'on aurait vu qu'elle était en difficulté et on aurait**

**dû s'organiser rapidement et ça nous aurait mis nous, en difficulté dans notre organisation. Alors que là, on a pu s'organiser rapidement.**

Selon un des professionnels, Entr'actes permet un meilleur suivi du patient et donc de dépister plus rapidement des complications :

*PS7 : Ben là, je préfère travailler avec, puisque comme je te l'ai dit, j'ai vu dans les premiers jours comment les patients évoluaient et ça me paraît moi d'être tranquille, de dire mais tout va bien ou de reconvoquer le patient si je m'aperçois que cela ne va pas, et de tout de suite dépister une complication. Peut être rectifier le tir, et éviter de se retrouver avec une coiffe itérative, ce qui peut arriver dans les premières semaines post opératoires et donc à éviter au patient une deuxième intervention.*

### **3. Permet de trouver plus facilement des intervenants**

L'application peut permettre selon certains professionnels de trouver plus facilement des intervenants dans le cadre de la prise en charge des patients :

*PS11 : Parfois, il est peut-être difficile de trouver le kiné qui nous correspond. Dans ce cas, la coordination des soins peut être intéressante quand les... Quand les professionnels, quand les prescripteurs connaissent un peu comment les autres kinés travaillent, ils peuvent éventuellement orienter vers eux.*

**Mais sinon, c'est un outil qui est intéressant dans la mesure où les gens n'ont pas de kiné et veulent, enfin acceptent sans problème le kiné qu'on leur propose.**

*PS3 : Autrement, je trouve que ça peut être une bonne ouverture. Parce qu'effectivement, ça peut réguler beaucoup de problèmes de par le fait que par exemple, tu as un patient qui voit le médecin qui lui aura prescrit des soins infirmiers, des soins de kinés et, et, et... pour trouver un kiné, il faut s'accrocher. Alors, donc, effectivement, cela sera peut-être plus facile d'avoir accès directement aux intervenants. Voilà, ça peut aider à régler ce problème de ne pas trouver d'intervenants.*

### **4. Rassure le patient**

Entr'actes permet de rassurer le patient selon une des professionnelles :

*PS9 : Ça rassure énormément le patient de savoir qu'on est en coordination. Il est content et te dit : "ah ouais, alors le chirurgien est au courant alors, non" et elle est beaucoup plus détendue. Du coup, elle avait très peur, c'est une patiente, elle avait de grosses appréhensions sur la prise en charge de la rééducation, c'était horrible et quand on lui a dit "non, non tu vas être sur ENTR'ACTES. et tout, regarde" ben elle était détendue. Pour elle, il y avait le chirurgien qui regardait, ce qui n'était pas le cas mais bon, elle était contente. C'est déjà pas mal quand un patient est rassuré, c'est important.*

## D. L'ergonomie et les fonctionnalités de la plateforme

L'ergonomie et les fonctionnalités de la plateforme représentent également un autre avantage d'Entr'actes :

### 1. Facile à utiliser

La majorité des professionnels a estimé qu'Entr'actes est facile à utiliser :

*PS3 : Non, j'ai eu des difficultés dans la mesure où ça capotait un peu au début, mais après non, je n'ai pas eu de difficultés. Oui, ce n'est pas compliqué.*

*PS4 : Et euh... je trouve que c'est assez pratique, **c'est facile à utiliser.***

*PS5 : Non. Non, non. Et puis, pareil, **si on a un message à faire passer, c'est simple de faire avec ça** et avec n'importe quelle... avec l'infirmière, avec le médecin. C'est relativement pratique ouais.*

*PS6 : L'application, donc pour le peu que je l'ai utilisé, euh oui, oui, **ça a l'air d'être simple. Ça a l'air d'être simple.***

*PS7 : **Ouais, c'est simple.***

*PS9 : C'était assez simple, en fait c'est une patiente que je vois toujours. Très simple, vraiment, sauf quand ça bugge au niveau informatique, ça prend trois plombes, enfin il est lent, mais sinon **il est hyper simple.***

### 2. Une application pratique

La majorité des professionnels a déclaré que l'application était pratique. Notamment grâce à la possibilité d'avoir immédiatement compte-rendu opératoire :

*PS5 : Pour l'instant, **je trouve cela relativement pratique avec... notamment les comptes rendus opératoires, tout ça, enfin, c'est pas mal.***

D'autres professionnels ont trouvé qu'Entr'actes amenait de la nouveauté et ont vanté sa richesse :

*PS9 : Quoi qu'il arrive, ce que je voulais dire, c'est qu'ENTR'ACTES, **c'est quand même une bonne chose, on n'a pas ce genre de plateforme et c'est une bonne chose.***

*PS7 : Et bien là, c'est un domaine à développer, **c'est hyper riche, on peut faire plein de choses avec l'application.** Euh, il ne faut pas que les gens le voient comme un boulet en fait aux pieds donc, il faut tout faire pour l'améliorer, pour que ce soit vraiment facilitant. Et je pense que ce le sera vraiment si on arrive à corriger les tout petits détails techniques.*



### 3. La dématérialisation des données

Une des notions qui était également importante à leurs yeux était la dématérialisation des données :

*PS2 : Pour moi, c'est super, d'ailleurs on essaie de trouver d'autres applications pour nous améliorer nos conditions de travail, et justement pour améliorer ça entre les collègues, et même tout simplement pour dire « Au revoir » au dossier de soins papier.*

***C'est sûr que c'est beaucoup plus simple et pratique qu'un bic et un papier, avec des feuilles volantes qu'il faut tout le temps réimprimer.***

*PS4 : J'étais très contente de l'initiative puisque, comme je vous l'ai dit, on en parlait déjà avec ma collègue, parce qu'on trouvait ça un peu aberrant en 2020 qu'on se retrouve avec des dossiers de soins, surtout on parle de dématérialiser, avec ma collègue, qu'on puisse mettre en place des dossiers de soins au domicile, avec des feuilles qu'il faut archiver ensuite, donc on avait déjà cette volonté.*

*PS3 : au niveau enfin évolution et peut-être gain de temps et j'étais contente. J'ai quand même connu le temps où on remplissait les feuilles de soins à la main et tout ça, voilà, on ne le fait plus. On ne fait que le pc et ça c'est pas mal. Là, je trouve, tout comme la télétransmission et tout ça, je trouve ça très bien.*

### 4. Privilège l'équipe de soin habituelle du patient

Une des autres caractéristiques plébiscitées par les professionnels était que l'application privilégiait toujours l'équipe de soins habituelle du patient :

*PS7 : Ensuite d'incrémenter ses professionnels de santé, **donc on respecte toujours le libre choix du patient sur le choix des professionnels, si il a déjà un kiné, une infirmière.** On les met dedans et je passe un peu de temps à les appeler ces professionnels pour qu'ils téléchargent l'appli.*

*PS8 : Donc, bien sûr, le patient, **pour être pris en RRAC, il faut qu'il soit d'accord et ce que je trouve bien, c'est que c'est l'équipe de soin habituelle qu'on demande et si le patient n'a pas d'équipe de soin et bien, on va trouver une équipe de soin géolocalisée à proximité.** Parce que si c'est pour faire des kilomètres pour aller voir un kiné, ça ne sert à rien. Et le kiné qui va venir à domicile, il faut qu'il soit à côté du patient.*

## II. Les limites d'Entr'actes

### A. Les difficultés techniques rencontrées avec la plateforme

Beaucoup de professionnels ont éprouvé des difficultés lors de l'utilisation d'Entr'actes.

Il s'agissait surtout de difficultés techniques, des bugs informatiques et des soucis d'accès à la plateforme :

*PS1 : J'ai testé l'application, il y avait quelques bugs informatiques, on a fait remonter, c'était l'objectif du test. Euh... sinon ben on sentait qu'il y avait soit des problèmes d'accès à l'application... des documents auxquels on n'avait pas accès et puis voilà, comme ça.*

*Ben, ça fonctionnait plutôt bien sauf 2, 3 petits bugs mais ça c'était normal, ça fonctionnait plutôt bien.*

*PS2 : La difficulté qu'on a rencontrée là, c'est que je suis en collaboration avec une collègue et comme moi j'ai validé le patient, elle n'avait pas accès au dossier et aux autres praticiens. Et du coup, c'était compliqué, je suis obligée de lui envoyer les données alors qu'elle, elle a son code, elle aurait pu se connecter afin que les données lui soient accessibles et là pour l'instant ce n'est pas possible.*

*Par prise en charge, c'est un seul personnel de santé dédié en fait. Et une fois que la personne a validé l'alerte, si elle en tant qu'infirmière, elle a validé l'alerte, même si je suis une autre infirmière qui travaille avec elle, je ne peux pas avoir accès à une alerte qu'elle a validé.*

*PS3 : Par exemple, le questionnaire, on ne l'avait pas. A un moment Mme.F, elle a disparu de mon application, mais après bon, ça a été quoi.*

*PS4 : Euh... la dernière difficulté qu'on a eue, c'est qu'on n'a pas pu ajouter ma collègue. Donc là, déjà, c'est la difficulté qu'on a eue, donc du coup, on se partage ma session au final, mais sinon dans l'ensemble, c'est facile d'utilisation.*

*PS7 : En fait, il y a eu des problèmes techniques, puisqu'on a fait quelques tests au départ. Donc le problème technique qu'on a eu c'est la disparition par exemple du compte-rendu opératoire ou le fait qu'on déclenche pour avoir un Kiné, une infirmière, un médecin traitant, mais si on le fait pas dans le bon tempo avant l'intervention, ils peuvent apparaître comme annulés dans l'application.*

*La dernière : c'est pouvoir rendre accessible le dossier RRAC aux membres d'un même cabinet. C'est très important. Puisque souvent les kinés, ils sont en équipe, les infirmières aussi, pour les médecins, je ne sais pas, pas systématiquement.*

## B. Le temps

Le temps constituait une autre limite de l'application dépeinte par les professionnels de santé. En effet, certains professionnels ont suggéré que si la transmission des informations était plus rapide, il fallait également du temps pour les traiter :

**PS11 : Ça peut permettre d'aller plus vite au niveau de la transmission des informations sauf qu'en fait, il faut à ce moment là euh... On va dire, que trouver un créneau à ce moment là dans la journée dédiée à la réception de toutes les informations. Alors que quand ça se faisait par téléphone ou, le direct se fait plus facilement et on prend le temps tout de suite. Alors que, et après, on va dire qu'on a pas beaucoup de coups de téléphone à donner à un médecin tous les jours mais si jamais on est amené à utiliser que les plateformes numériques, ça risque d'être quand même chronophage euh, ce sera un temps à prendre dans la mesure où le kiné, il est, c'est un thérapeute donc il est là pour le soin et gérer un peu l'administratif, et déjà, il y en a à faire par rapport, pour pointer, les télétransmissions tout ça. Ça risque potentiellement de rajouter du temps à gérer les... les nouveaux patients, regarder le dossier en amont, des choses comme ça. Alors que quand on, c'est un temps qui est différé en fait mais c'est... C'est potentiellement un temps à prendre, voilà quoi.**

D'autres ont évoqué la lenteur du logiciel et le temps pour l'utiliser :

**PS7 : Sinon, en dehors des problèmes techniques, il y a pour moi un problème, pour moi en tout cas, un petit peu chronophage au départ, c'est-à-dire de rentrer de données administratives. Parce que pour déclencher le patient, il faut que j'aille sur le site ENTR'ACTES, que je crée le déclenchement en rentrant à nouveau : son nom, son prénom, ce que j'ai déjà fait dans mon logiciel avant, je suis obligé de le faire en doublon, en fait, le numéro de sécu etc., l'adresse ... L'authentification est forte, comme on est sur des données de santé, il faut que ça soit hyper sécurisé, quand un professionnel de santé se connecte sur son ordinateur, donc il se connecte, il rentre son mot de passe et il reçoit un code par SMS qu'il doit rentrer dans l'application, c'est long, c'est fastidieux, voilà.**

**PS9 : Alors, ce que j'ai trouvé de moins bien au début, c'est que le logiciel est lent et puis à chaque fois qu'on va sur un item, enfin il bug un peu, je trouve que c'est un peu... On est beaucoup plus moderne, on va plus vite que ça maintenant, j'ai trouvé ça entre guillemets chiant. Enfin, je ne vais pas tout dire mais bon, j'ai trouvé le logiciel un peu... pas obsolète, mais bon il est un peu vieillot**

## C. Ne répond pas forcément à un besoin

Certains intervenants ont trouvé que l'application ne modifiait pas leur prise en charge :

**PS3 : Si vous voulez, je suis passée par ENTR'ACTES euh... Et je suis intervenue de la même façon que je serais intervenue sans ENTR'ACTES, voilà.**

D'autres, qu'elle ne répondait pas forcément à un besoin et qu'ils ne se sentaient pas concernés :

**PS5 : De mon côté, en besoin pas forcément, non je n'ai pas forcément besoin de ça, après c'est beaucoup plus une question pratique que réellement un besoin de ma part.**

Peut-être que pour les médecins c'est plus simple pour eux de communiquer, d'avoir des retours sur les séances de kiné ou les soins infirmiers, tout cela. **Mais, moi personnellement, je ne me sentais pas forcément concerné.**

Euh... de mon côté pas forcément, **j'ai pas changé ma façon, enfin ma prise en charge n'a pas changé par rapport à cette application.**

Alors effectivement, il y a eu des bilans à faire, à envoyer directement sur l'application donc peut-être pour le retour du médecin lui-même, c'est plus simple **mais moi de mon côté, non, ça n'a pas changé grand-chose.**

**PS9 : Pas tant que ça, bon du coup j'ai aucune information de ce que l'infirmière fait, sauf quand elle a fait le dernier pansement, oui j'ai vu mais ce n'est pas nécessaire pour moi non plus, pour ma prise en charge. Je vois comment est la cicatrisation etc... Mais j'ai pas, enfin à mon niveau, je ne dirais pas qu'il n'y a pas d'intérêt, mais bon à mon niveau ça ne change pas vraiment ma façon d'exercer, franchement.**

### **III. Les attentes et les craintes des professionnels**

Les professionnels se sont également exprimés sur leurs attentes et leurs craintes vis-à-vis d'Entr'actes :

#### **A. Un peu trop tôt pour juger l'application**

En premier lieu, la majeure partie des professionnels interviewés a fait part de son manque de recul pour donner un avis sur la plateforme numérique. A leur avis, il aurait fallu laisser plus de temps à la plateforme pour pouvoir la juger :

**PS1 : Euh, je réfléchis... Euh, non, pas forcément, la question que je te pose, moi, c'est "Est-ce que ce n'est pas un petit peu trop tôt pour évaluer Entr'actes dans la RRAC alors que ça vient de... se lancer."**

**PS10 : Mais on, du coup, on ne l'a pas utilisé mais j'avais été aux formations, enfin j'ai fait le tout, j'ai même assisté à une formation en ligne au début de la période de confinement. Euh, c'est un outil qui me semble extrêmement bien fait et j'ai hâte de l'utiliser mais je n'ai pas eu la chance d'avoir de patient concerné.**

**PS11 : Hum, pour le moment, je n'en ai pas. J'étais plus euh... sollicité pour l'explication et la mise en place de la structure au début mais au niveau, comment on appelle ça, mais au niveau pratique, au niveau de l'expérimentation de l'application en elle-même, je n'ai pas encore utilisé. Donc, je ne pourrai pas dire plus parce que je ne connais pas. Je sais qu'elle existe, je sais qu'elle a été mise en place depuis le début de l'année mais je n'ai pas encore utilisé.**

**PS3 : Effectivement, je trouve que cette démarche d'ENTR'ACTES, c'est pas mal, ça pourrait être pas mal. Maintenant, ça vient de démarrer donc ce n'est pas évident pour l'instant d'avoir un avis. Alors, disons pour en revenir à ENTR'ACTES, que pour l'instant, je ne peux pas moi dire si c'est bien ou pas, ça m'a l'air d'être bien, voilà.**

**PS5 : Mais je n'ai pas suffisamment de recul avec cette application encore, donc je ne peux pas dire si ça fonctionne vraiment bien, je sais pas. Comme c'est la première patiente que j'ai, je n'ai qu'une patiente avec cette application donc je n'ai pas suffisamment de recul.**

**PS6 : Euh, ben mon expérience est assez pauvre, j'ai eu un gentil monsieur là qui m'a appelé pour euh... Bon, l'installation n'était pas si compliquée que ça, j'avais essayé déjà de m'inscrire pendant le Covid, j'avais pas réussi, ça avait un petit eu bugué. J'ai vu qu'elle devait être opérée après bon, j'ai pas, j'ai pas encore beaucoup d'expérience avec...**

**PS8 : Alors, euh, moi l'expérience avec la RRAC de l'épaule j'ai envoyé des patients. Malheureusement, avec le Covid, ça a été annulé puisque tout a été mis en standbye puisque les opérations qui étaient autorisées n'étaient que les opérations urgentes et la coiffe de l'épaule n'était pas considérée comme une opération urgente. Donc mes patients vont être pris en charge plus tard, quand, l'organisation du chirurgien, il n'a pas encore opéré mon patient mais j'ai eu le retour d'autres patients donc je, j'ai participé aux travaux d'élaboration donc je sais comment ça fonctionne. Mais à titre personnel, mes patients n'ont pas encore été inclus parce que dû au retard dû à l'infrastructure avec le Covid où les opérations avaient été, tout a été complètement chamboulé.**

**PS9 : C'est une bonne chose. C'est un outil qu'on n'a pas, bon, c'est vrai que c'est trop tôt pour dire c'est super, c'est pas bien, des petits trucs qu'on peut voir tout de suite, j'ai pas encore eu assez de patients sur ce truc là, pour dire euh mais finalement, ça sert à rien, etc...**

## **B. Faire participer les professionnels**

Deuxièmement, leur principale inquiétude était que la plateforme numérique ne soit pas suffisamment populaire, la réussite de l'application semblait dépendre pour eux de l'importance de sa communauté :

**PS1 : Moi la question, dans la vie réelle, qui se pose, c'est "Comment va bien se constituer l'équipe autour du patient ? Est ce que les acteurs vont tout être intéressés pour participer ou pas ?" C'est un défi, il faut des gens qui participent sinon ça ne peut pas fonctionner.**

**PS3 : Un besoin. Oui, à condition que les intervenants répondent présents.**

**PS7 : Alors, actuellement c'est pas le cas, pas encore le cas, à terme ça le sera, là parce que c'est une phase on va dire de début, donc il y a un travail assez long, en tout cas de bouche à oreille ou de communication auprès des professionnels puisque le système ne fonctionnera que lorsqu'il y aura une bonne partie des professionnels qui vont l'adopter.**

Pour un des intervenants, la géolocalisation des autres acteurs était également une des conditions de réussite :

**PS1 : Oui, voilà, donc il faut que les gens s'impliquent dans le projet et voilà, pour que ça fonctionne parce que moi, je ne vais pas pouvoir bosser avec, euh, je suis sur Ducos, et toute façon, s'il y a un kiné qui est à Schoelcher, au Robert, euh, qui participent...**

## C. Des modifications à apporter

Selon certains intervenants, des améliorations pourraient être apportées à la plateforme :

*PS9 : Peut être l'améliorer au niveau de l'interaction, peut être. De dire, elle est un peu plus algique, bon je sais que le chirurgien n'est pas trop pour la prise d'antalgiques forts mais au moins qu'il soit informé qu'on a du mal à avancer et des choses comme cela, simples.*

D'autres souhaiteraient que l'application s'étende à d'autres prises en charge :

*PS4 : Donc c'est vrai que quand on nous a parlé du projet, on a trouvé que c'était génial et on se dit que l'idéal, c'est vrai que ça puisse s'étendre à toutes les prises en charge et euh...*

Quelques professionnels ne connaissaient pas les fonctionnalités la plateforme :

*PS6 : J'ai pas encore bien compris si moi, je peux mettre des documents et ce qu'il faut que je mette vraiment dessus.*

*Je trouve que c'est une bonne idée, que ça peut être pratique hum... Alors déjà, je vois qu'en tant que médecin généraliste, annuler je sais pas. Enfin, je suis encore novice dessus hein. Je vois là annuler sur euh... sur le dossier, je sais pas si ils m'ont retiré ou quoi, je sais pas [Rires].*

## IV. La coordination des soins

La coordination des soins est un des grands thèmes abordés au cours des entretiens.

### A. Absence de coordination de soins

La majorité des professionnels pensait qu'il n'existe pas de coordination des soins en

Martinique :

*PS4 : Des fois, je vous donne un exemple tout bête : "On peut se retrouver en difficulté parce qu'on a un patient qui nous dit, non, je ne marche pas... je ne peux pas me lever ; deux semaines plus tard, on voit qu'avec le kiné, il marche". Et ça, c'est parce qu'en fait, on n'a pas vraiment de, il n'y a pas vraiment de coordination entre les différents professionnels de santé à domicile. C'est à dire que là, c'est, c'est un peu galère... Alors là, c'est très difficile, euh, la coordination des soins, euh, on a une grosse difficulté, c'est... c'est qu'il n'y en a pas, au final, il n'y en a pas...*

Beaucoup mettaient particulièrement en avant l'absence de communication entre les différentes professions :

*PS5 : On n'a pas trop de communication... avec les médecins, on ne leur envoie pas systématiquement de retour, de bilan, on ne voit pas forcément... Enfin on ne communique pas énormément entre les différents acteurs de soins en fait, notamment, nous dans le cabinet en tout cas. Après, peut-être que d'autres cabinets le font mais on n'a pas trop de relations avec les médecins et tout.*

Cette absence de coordination touche également aux échanges entre l'hôpital et les professionnels de santé de ville :

**PS9 : Et donc, c'est vraiment la première fois qu'il y a ça et je ne pense pas qu'il y a une réelle coordination des soins en Martinique. En tout cas, je ne suis pas au courant. Même au niveau de l'hôpital, les posts op chir, non en général, on transmet soit en rééducation de ville ou en centre de rééducation, mais il n'y a pas vraiment de suivi entre les professionnels.**

Selon les intervenants, cette absence de coordination résulterait d'un manque de transparence ou d'interactions entre les différentes professions :

**PS10 : Hmm, non. Ce qui est dommage, c'est que chacun, personne ne sait comment l'autre travaille et euh... Par exemple, le chirurgien ne sait pas ce que fait le pharmacien, le pharmacien ne sait ce que fait le kiné et ce serait un énorme gain de temps de savoir ce que chacun fait... Ben, l'idée est bonne [rires] mais malheureusement, la réalisation euh, ça ne suit pas quoi, hein, enfin, je ne trouve pas qu'il y ait beaucoup de coordination.**

Mais également d'un manque de temps :

**PS6 : Et après, en termes de coordination des soins euh, par exemple, paramédicaux-médicaux, euh... ben c'est vrai que c'est assez pauvre je pense, enfin ça m'arrive quand même d'échanger avec des infirmières euh, de patients, mais c'est vrai qu'on est souvent bousculés. C'est difficile, ça ne se fait pas tant que ça quoi. Je pense que ce n'est pas si... enfin, je, voilà.**

## **B. Des difficultés à se joindre**

La majorité des professionnels se heurtait aux barrières téléphoniques et éprouvait des difficultés à joindre son interlocuteur :

**PS3 : Ouais, ça, c'est un peu compliqué la coordination des soins. Si vous voulez nous, on est bloqué, on est bloqué quand on est face à un problème médical, pour avoir un rendez-vous, un rendez-vous quelque part. Euh, euh... Tout traîne ou on ne vous répond pas au téléphone, à l'hôpital on ne répond pas au téléphone.**

**PS8 : Donc, quand on appelle l'infirmière, elle n'est pas joignable. Quand on appelle le spécialiste, il n'est pas joignable.**

Cette difficulté à communiquer se rencontrait particulièrement avec le médecin généraliste :

**PS4 : Parce que ce n'est pas toujours évident de joindre le médecin traitant en sachant que... chaque patient reste libre de son professionnel de santé donc si on a 20 patients, on peut se retrouver avec 20 médecins différents, euh un kiné différent, le pharmacien qui est différent donc euh...**

**PS7 : Par exemple, une infirmière qui voit une plaie d'un patient, qui a été opéré, et qu'elle ne trouve pas forcément belle, elle va dire au patient de reprendre contact avec son médecin, ou elle va essayer de le recontacter, ce qui n'est pas toujours évident puisque soit le téléphone ne répond pas, ou le secrétariat c'est pas toujours évident de contacter le professionnel, donc il y a cette barrière-là.**

Son rôle en tant que coordinateur des soins était remis en cause par plusieurs professionnels :

**PS10 : Malheureusement, j'ai le sentiment, je suis désolé mais, le maillon faible, souvent, c'est le médecin, qui, en tout cas, ceux avec qui, ils ne sont pas, vous n'avez pas le temps. Vous n'êtes pas disponibles pour coordonner les soins. C'est mon sentiment. Euh, le travail avec les infirmiers par exemple, en tant que pharmacien, est assez fluide et fonctionne vraiment très bien. Euh, par contre, avec les médecins, je pense que c'est un manque de temps. Ça, c'est moins évident les échanges, les échanges sont insuffisants.**

D'autres professionnels pointaient du doigt les difficultés à joindre les centres hospitaliers et les spécialistes :

**PS1 : Euh, voilà, souvent, on ne reçoit pas aussi, tout ce qui est compte-rendu, euh... Quand c'est du privé, on reçoit assez rapidement mais dès que c'est hospitalier, il faut, je ne sais pas, 3 à 6 mois à peu près donc voilà, c'est surtout ça, ouais.**

**PS6 : même si bon, le manque de spécialistes dans certaines spécialités fait que, c'est des fois compliqué. Mais, je trouve que c'est beaucoup plus difficile avec les hospitaliers, la coordination des soins. Entre libéraux, je trouve qu'il y a quand même des échanges assez faciles, quand il n'y a pas trop de pénurie de spécialiste mais avec le... mais avec l'hôpital, je trouve que c'est très, très compliqué de joindre les spécialistes, d'échanger avec eux.**

Une professionnelle a exprimé que cette coordination est devenue nécessaire en 2020 :

**PS8 : Alors, la coordination des soins en 2020, c'est un vaste sujet vu que c'est un changement de paradigme de l'exercice médical, puisqu'on se rencontre qu'on doit un peu travailler un petit peu comme à l'hôpital avec une équipe de soins, centrée autour du patient et il faut que le médecin, les infirmiers, les kinés, les laboratoires travaillent en coordination.**

## **C. Une coordination locale**

Souvent, la coordination se fait au sein d'un réseau « local » avec des acteurs de proximité, chacun disposant de son propre réseau de soins :

**PS1 : La coordination des soins, euh... Ben c'est surtout de la coordination on va dire de l'équipe de soin, plutôt locale hein, donc ce sont les mêmes, on est en maison de santé, on est plusieurs généralistes ensemble dans la maison de santé. Et puis, on se coordonne avec les infirmières ou les kinés de la commune**

**PS2 : Alors, on essaie de mettre en place, justement, un petit réseau entre les professionnels de santé, surtout qu'on connaît, avec qui on a l'habitude de travailler.**  
« Bon, je n'ai pas le temps d'attendre parce que j'ai d'autres patients derrière. Est-ce que je peux avoir une ordonnance ? Est-ce que tu peux me l'envoyer par mail ? » **c'est beaucoup plus compliqué, alors que quand on connaît et que ça fait partie du réseau, ben on sait qu'on peut avoir une certaine liberté, cette liberté-là, et effectivement ben le patient est beaucoup plus facilement pris en charge.**

**PS6 : Euh, la coordination des soins, ben... ben en fait, c'est plus le bouche à oreilles je trouve. Enfin, j'ai découvert la plateforme Entr'actes il n'y a pas si longtemps que ça donc je ne l'ai pas encore bien utilisé. Comme c'est un pays insulaire, on se connaît euh, donc c'est plus sur les relations dans le libéral, entre libéraux, on arrive quand même à communiquer.**



## V. Le numérique en santé

Le dernier grand thème abordé au cours de ces échanges était le numérique en santé, et si pour la plupart des professionnels, son utilisation était quotidienne, elle était le plus souvent limitée.

### A. Les outils numériques

#### 1. Le téléphone, « Whatsapp » et les messageries

Pour la majorité des professionnels interrogés, l'usage du numérique pouvait se résumer au téléphone, à « Whatsapp » et aux messageries web pour pouvoir communiquer :

*PS2 : Principalement, c'est téléphone, du coup Whatsapp, beaucoup, mails pour les envois un peu plus sécurisés. Mais sinon c'est téléphone et Whatsapp.*

*PS5 : C'est juste par téléphone du coup, le téléphone.*

*PS10 : Alors, moi, euh, on utilise toujours le téléphone hein, c'est quand même le principal moyen de communication, euh... J'essaie d'utiliser la, la messagerie de santé sécurisée Mailyz. Je l'utilise, j'ai déjà envoyé plusieurs fois des mails à des médecins notamment, rarement eu des réponses. Euh, et puis après avec les infirmiers, ce qui fonctionne très bien, c'est Whatsapp.*

*PS6 : Bah, ça sera, ben voilà, c'est via nos groupes Whatsapp, on obtient les... quand ce ne sont pas des gens que je connais personnellement, on obtient les numéros de téléphone et on les appelle sur leur portable, quand ils acceptent de répondre. C'est plus ça, plus que des Whatsapp même, c'est plus des appels sur leur téléphone portable, c'est comme ça que je fais en tout cas.*

Quelques professionnels pointaient du doigt l'absence de sécurité liées aux échanges avec la plateforme Whatsapp :

*PS4 : Alors, soit c'est par Whatsapp, soit on les appelle directement, soit des fois, on a les dossiers au cabinet, enfin au domicile des patients.*

*Alors, on utilise Whatsapp mais ça reste quand même non sécurisé, donc c'est un peu la limite. C'est à dire que c'est pratique un peu pour tout, on va plus vite avec mais bon ce n'est pas...*

Un d'entre eux l'utilisait également à domicile pour avoir accès au dossier de ses patients :

*PS1 : Euh, oui, alors, bon moi j'aime bien tout ce qui est numérique donc bon, voilà, ça ne me dérange pas du tout, j'utilise pas mal mon téléphone... Euh, qu'est ce qu'il y a ... donc on a un logiciel qui est disponible par Internet donc ça me permet par exemple en visite, j'ai accès au dossier du patient sur mon téléphone. J'utilise aussi des trucs euh... des sites donc voilà.*

## **2. Les attentes des professionnels**

Les professionnels de santé exprimaient des attentes diverses vis-à-vis des outils numériques.

### **a) Les qualités d'un outil numérique**

Pour certains, faciliter le travail et faire gagner du temps étaient les points essentiels si l'application voulait être utilisé par tout un chacun :

*PS7 : L'objectif, c'est justement de faciliter le travail des gens, pas de leur rendre la tâche plus compliquée. Si c'est un système qui veut être utilisé par d'autres personnes, il ne faut pas qu'il y ait, il ne faut pas qu'il soit gonflant quoi.*

Pour d'autres, ils devaient non seulement à répondre à leurs besoins mais devaient également recevoir le concours des professionnels pour leur conception :

*PS8 : Le numérique doit avoir des outils créés par les professionnels pour répondre à leurs besoins, qui soient créés à leur demande et non pas par des fabricants. Il faut que le numérique soit facilitateur, soit un gain de temps et soit un gage de qualité, de suivi, et justement de fléchage.*

L'interopérabilité, l'accessibilité et le coté pratique sont d'autres qualités plébiscitées par certains professionnels :

*PS2 : Enfin, peut-être qu'il y a, que je ne connais pas, il y a peut-être d'autres outils mais pour l'instant, les outils ne sont pas coordonnés, ils ne sont pas mis en relation, il faut qu'ils soient accessibles, pratiques, assez légers pour qu'un téléphone puisse emmagasiner les données.*

Une professionnelle affichait le besoin de pouvoir les utiliser n'importe où, y compris en visite à domicile :

*PS4 : Des outils numériques pour qu'on puisse avoir accès au dossier du patient quand on est en tournée, que la collègue puisse avoir aussi accès, de dire qu'on a fait tel soin, de dire qu'on a eu telle difficulté.*

### **b) Un besoin de formation**

Plusieurs professionnels ont évoqué le besoin de formation et de communication à propos de ces outils :

*PS6 : Non. Non, après la seule chose que je peux hum, dire, c'est que je pense que de nous mêmes, on ne pense pas trop à aller, à se développer sur ces choses là et je pense que les médecins généralistes, ils ont besoin qu'on vienne un peu à eux pour ces nouvelles technologies et qu'on vienne vraiment nous montrer des fois, même sur place, comment ça*

**fonctionne**, avec des tutos bien détaillés quoi, ou même qu'il y ait quelqu'un qui nous aide à distance comme ça a été le cas avec Thomas.

### 3. Une accessibilité limitée dans les DOM-TOM

Une minorité de professionnels déclarait que ces outils n'étaient pas disponibles en Martinique :

**PS2 : C'est assez limité, en termes d'accessibilité, je parle. Ça doit exister, il y en a, je vois au fur et à mesure qu'il y a des logiciels de facturation qui proposent des applications, qui proposent mais pour l'instant pas encore au point ou en tout cas pas pour les DOM-TOM. Ils seraient déjà au point en Métropole, quand nous on demande, on dit "non, ce n'est pas encore accessible pour nous". Donc est-ce que cela va être accessible un jour pour nous, un jour je ne sais pas.**

### 4. Le domaine de la santé en retard

Enfin, certains professionnels pensaient que le domaine de la santé par rapport à d'autres domaines, était en retard :

**PS4 : Je trouve que, au temps dans certains domaines, on est très avancé, au temps dans le domaine de la santé, c'est vrai qu'on est assez en retard.**

## B. Le numérique en santé : un avenir incertain

Au cours des entretiens, il s'est avéré que si le numérique constituait pour certains « l'avenir » et un domaine à développer, pour d'autres, il s'accompagnait d'un changement de leur pratique et n'était pas synonyme d'amélioration.

### 1. L'avenir mais avec une grande vigilance

De l'avis de plusieurs professionnels, le numérique représente l'avenir, mais un avenir pour lequel il faut rester vigilant, notamment concernant la confidentialité des données et leur utilisation par des tiers :

**PS8 : Ben, je pense que c'est l'avenir. C'est l'avenir, c'est un sujet, tout le monde en parle avec plein d'avis. C'est l'avenir avec des points de vigilance où les bases de données doivent restées la propriété du patient, ne doivent pas errées comme ça à droite, à gauche ; il faut être vigilant dans l'utilisation des données qui soie faite... que le respect des règles de confidentialité, le respect des droits de la personne.**

**Et que l'outil numérique est un appui, mais que cet appui, il doit être guidé, il doit être bien utilisé et pas dévié à des fins commerciales ou des fins mercantiles ou des fins d'utilisation de, des assurances, ou de X ou Y, il faut être vigilant à ce sujet. Parce que ce sont des données qui sont confidentielles.**

Pour ces mêmes professionnels, il permettra également d'améliorer les prises en charge en détectant précocement des complications et en rassemblant des données :

**PS8 : Parce que ça permettra d'augmenter la prise en charge en qualité, en efficience et je pense que par ce numérique, par cette intelligence artificielle, on va arriver à déceler des choses qu'on ne décèle pas tout seul dans notre coin parce que la congrégation de données permettra de voir, de déceler des alertes en se disant : "tiens, il y a un truc qui se passe". Donc, pour moi, c'est comme la voiture, l'outil numérique est un moyen d'arriver à mes fins.**

PS7 : Et bien là, **c'est un domaine à développer, c'est hyper riche, on peut faire plein de choses** avec l'application. Euh, il ne faut pas que les gens le voient comme un boulet en fait aux pieds donc, il faut tout faire pour l'améliorer, pour que ce soit vraiment facilitant.

## 2. Une augmentation de la charge de travail

Plusieurs professionnels ont estimé que le numérique ajoutait du travail supplémentaire :

*PS6 : J'ai Apicrypt, c'est assez pratique par contre donc la messagerie sécurisée pour les bilans, même si ça nous rajoute beaucoup de travail malgré tout le soir. Mais euh... c'est pratique quand même d'avoir des résultats rapidement et de... ça, c'est bien mais c'est tout ce que j'utilise comme outil numérique.*

*Parce que de nous-mêmes, on voit ça comme une charge de travail supplémentaire à laquelle il faut s'adapter et on repousse, on repousse, c'est comme le dossier médical personnalisé. On a essayé de l'installer, ça a buggué, et ben, on a laissé tomber et on ne l'a jamais réinstallé depuis plus d'un an quoi... Donc, en fait, mais je pense que si quelqu'un venait vraiment nous prendre la main pour le faire, on ferait plus de choses [Rires], c'est comme Entr'actes hein, ils m'en ont parlé vaguement, et c'est quand il a insisté Thomas que je l'ai fait, parce que sinon, je reportais toujours à après, voilà.*

D'autres ne se sont pas montrés intéressés par le numérique qu'il considère de surcroît comme un « gadget » et ne remplace pas le format « papier » :

*PS3 : Voilà, quand tu as fini ta journée, tu n'as pas encore envie en plus. Même si c'est quand même mieux à l'heure actuelle de ne pas avoir à remplir des papiers et des papiers, bien qu'on en remplisse toujours des papiers, faut pas croire. Voilà, donc je le vois un peu comme un gadget, c'est un peu gadget parce que ça n'a pas enlevé ce temps de travail passé à remplir de la paperasse qui apparemment, est quand même toujours un des supports les plus fiables et ceux qu'on te demande si tu as un souci.*

# DISCUSSION

## I. Principaux résultats de l'étude

Notre étude a bien répondu à l'objectif initialement fixé. En effet, les professionnels de santé ont exprimé leur ressenti vis-à-vis d'Entr'actes mais également sur la coordination des soins et le numérique en santé.

Ils ont donné leur avis sur les apports de la plateforme numérique, au premier rang desquels la communication et le temps. Ils ont régulièrement souligné l'amélioration de la prise en charge des patients ainsi que l'ergonomie et les fonctionnalités de l'application.

Ils ont également évoqué les limites d'Entr'actes, avec en premier lieu les difficultés techniques qu'ils avaient rencontré avec la plateforme et son côté chronophage. Certains déploraient également que la plateforme ne réponde pas à un de leurs besoins.

Troisièmement, les PS ont fait part de leurs attentes et leurs craintes. La majorité a jugé qu'il était trop tôt pour juger l'application mais aussi que le défi serait de faire participer les professionnels de santé. Ils ont également suggéré des modifications à apporter à la plateforme.

Quatrièmement, les professionnels ont abordé la problématique de la coordination des soins en Martinique. Selon eux, il n'existe pas de réelle coordination des soins en Martinique et la coordination se fait essentiellement à une échelle locale. Ils ont aussi exprimé les difficultés à joindre les autres PS.

Enfin, ils ont fait part de leur avis sur les outils numériques et l'avenir du numérique dans le domaine de la santé.

## **II. Forces et limites de l'étude**

### **A. Le choix du qualitatif**

La recherche qualitative est la plus à même de cerner les comportements des individus. Elle est d'ailleurs appelée par certains auteurs recherche compréhensive [26] répondant aux questions « pourquoi ? » et « comment ? » [27]. Elle permet par son ouverture de ne négliger aucune possibilité, contrairement à la recherche quantitative qui impose des choix pré exploratoires stricts.

Néanmoins, les conclusions de ce type d'étude ne peuvent être généralisées compte tenu du faible effectif et de la représentativité de l'échantillon. Toutefois, une enquête qualitative peut constituer une étape préliminaire à la réalisation d'une étude quantitative.

Le choix de la méthode qualitative s'est donc imposé naturellement afin d'étudier le ressenti des professionnels de santé.

### **B. La réalisation de l'échantillon**

L'échantillonnage a été réalisé de façon raisonnée, c'est-à-dire intentionnelle et non probabiliste.

D'une part, parce que le but était de générer un maximum d'informations et non pas de reproduire le plus fidèlement possible la population cible.

D'autre part, parce que la population d'intervenants utilisant Entr'actes, pour la RRAC de l'épaule, au moment de la réalisation de cette thèse était limitée à 12 professionnels de santé.

En effet, la diffusion limitée de l'application mobile Entr'actes et la restriction de l'étude au seul cadre de la prise en charge de la RRAC de l'épaule amènent de fait un très faible effectif de l'échantillon interviewé.

Par ailleurs, la RRAC de l'épaule fait principalement intervenir le chirurgien orthopédiste et le kinésithérapeute, pouvant laisser une place marginale aux pharmaciens, infirmiers et médecins généralistes.

Le choix d'interroger des professionnels de santé de corps de métiers différents pouvait induire un biais de sélection, d'autant plus que la répartition entre les différentes professions de santé était inégale. En effet, seul un pharmacien et un chirurgien orthopédiste ont été inclus au sein de l'effectif, ce qui a pu contribuer à ce biais de population.

Cependant, la variété des professions au sein de l'effectif peut également constituer une force de l'étude car elle a pu amener une plus grande diversité de réponses à propos d'Entr'actes et de la coordination des soins.

Ce fut l'obtention de la saturation des données, c'est-à-dire l'absence d'émergence de nouveaux concepts (ou nœuds) lors du codage, et sa confirmation par deux nouveaux entretiens sans nouveau nœud qui commanda l'arrêt des entretiens. Un échantillonnage mal réalisé peut provoquer une saturation précoce et donc erronée des données. Même si cela n'est pas un critère de qualité en soi, le nombre d'entretiens de cette étude est dans la moyenne des autres études qualitatives.

## **C. Les entretiens**

L'entretien individuel offre au sujet interrogé une introspection plus authentique qu'en focus-groupe [28]. Le professionnel interrogé n'avait pas à se soucier de l'éventuelle image qu'il pourrait projeter en fonction de sa réponse et il pouvait ainsi s'exprimer plus librement.

Par ailleurs, le professionnel étant seul, il n'était pas inspiré par l'idée d'un autre confrère et ne pouvait se laisser influencer par un autre témoignage. Ce type d'entretien a également permis une relance plus personnalisée au moment de la formulation des réponses.

Ces entretiens étaient semi-directifs, c'est-à-dire qu'un ensemble de thèmes à aborder était au préalable imposé, mais les questions étant ouvertes, la liberté de réponse était totale, permettant de couvrir d'autres thèmes non prévus initialement. Le guide d'entretien était donc revu en cas d'émergence de nouvelles thématiques. Cette adaptabilité était une force de l'étude.

En revanche, certaines questions fermées entraînaient un biais d'induction de réponse que nous avons tenté de diminuer avec la sollicitation de justifications, bien que non exhaustives.

Enfin, le fait de voir le professionnel au sein de son cabinet, entre deux appels téléphoniques pouvait être une limite (pression pour finir l'entretien dans le temps imparti) et ainsi constituer un biais externe.

## **D. L'analyse**

La retranscription intégrale et fidèle des enregistrements sans aucune interprétation préalable assurait la fiabilité du recueil des données.

Le codage était réalisé directement après chaque entretien, l'avantage étant d'adapter au plus vite le guide d'entretien et d'améliorer la formulation des questions aux prochains entretiens.

Enfin, concernant l'analyse, les entretiens ont été réalisés et interprétés par une seule et même personne ce qui a pu amener un biais d'interprétation et altérer la validité interne de



l'étude. Tous les entretiens ont été enregistrés et fidèlement retranscrits dans le but de limiter la subjectivité de l'analyse.

## **E. À propos de l'investigateur**

L'interviewer étant également l'investigateur, cela constituait un biais d'investigation. Par ailleurs, le manque d'expérience de l'investigateur en recherche qualitative et dans la conduite d'entretien pouvait être une source d'erreurs.

Néanmoins, la possibilité de modifier le guide d'entretien a permis de limiter ce risque d'erreurs, et l'expérience acquise au cours des premiers entretiens fut profitable aux suivants.

## **F. Originalité de la question**

Ce travail est original, en ce sens que peu d'études ont été réalisées à ce jour sur le sujet. Il s'agit d'un sujet au cœur de l'actualité et des préoccupations des pouvoirs publics dans un contexte de désertification médicale et d'accès aux soins [24].

Cette étude traite de thèmes facilement compréhensibles et accessibles à tout public. Néanmoins, le lancement récent et au cours de la crise sanitaire du COVID-19 de la plateforme numérique Entr'actes a pu constituer une des limites de l'étude.

# **III. Discussion des résultats**

## **A. A propos de la comparaison avec la littérature**

Le manque de publications sur le sujet nous a posé des difficultés au moment de la recherche bibliographique.

## **B. Un peu trop tôt pour juger Entr'actes**

Comme précisé dans l'introduction, le lancement de la plateforme numérique a eu lieu le 27 Mars 2020 en Martinique. La crise sanitaire du COVID-19 a durablement retardé les interventions chirurgicales dont celles de l'épaule. Les professionnels de santé interviewés n'ont donc eu qu'un temps réduit pour utiliser Entr'actes lors de la réalisation de cette étude, ce qu'ils ont souvent déploré lors des entretiens.

Ainsi, les résultats de cette étude se doivent d'être nuancés.

## **C. Entr'actes**

### **1. Un outil de communication**

Notre étude a montré qu'Entr'actes, selon les PS interrogés, est un outil de coordination qui facilite la communication et les échanges entre ces derniers, notamment grâce à un partage direct et simultané des informations à l'ensemble des acteurs.

Si Entr'actes la simplifie, la communication semble être le principal défaut de la coordination des soins actuelle en Martinique.

Selon notre étude et sans surprise, qu'il s'agisse d'échanges entre professionnels libéraux ou entre milieux libéraux et hospitaliers, la communication se heurte aux barrières téléphoniques et à la temporalité des professionnels de santé.

Dans une étude réalisée par l'Union régionale des professionnels de santé (URPS) Infirmière libérale PACA auprès des infirmières de la région, 72% d'entre elles estimaient que les professionnels n'ont pas suffisamment de temps pour se coordonner et 66% que le retour d'information n'est pas bien organisé [29].

Ces difficultés de communication ont également été mises en évidence dans d'autres études [30].

## **2. La participation des professionnels de santé : un défi majeur**

Entr'actes permettrait donc d'apporter une réponse à cette problématique de communication en simplifiant l'accès aux différents intervenants. Mais pour cela, il faut que la plateforme numérique réussisse à faire participer les acteurs de la santé, ce qui constitue une des principales attentes des professionnels interrogés.

Cette attente des PS peut être considérée comme légitime au regard du passé.

On peut prendre pour exemple le DMP, dossier médical partagé, anciennement dossier médical personnel puis à nouveau dossier médical partagé.

Selon un rapport de l'Assemblée Nationale de juillet 2020 : « il apparaît que les professionnels de santé, qui étaient en charge de l'alimentation et de la consultation du dossier médical personnel, n'ont pas été impliqués dans le projet de manière efficace. La convention médicale du 26 juillet 2011, approuvée par arrêté du 22 septembre 2011, comprenait un volet « médecin traitant et parcours de soins », prévoyant le cadre dans lequel l'assurance maladie allait rémunérer les médecins pour produire un document annuel, le « volet médical de synthèse ». Ce volet devait être réalisé automatiquement à partir de 2013 par le médecin traitant en se dotant d'une passerelle logicielle intégrée dans son logiciel professionnel. Cependant, faute d'y avoir été incités et motivés, la plupart des praticiens n'ont pas fait le nécessaire pour réaliser et faire vivre ce volet médical de synthèse » [14].

On peut aussi s'appuyer sur le constat suivant du Conseil National du Numérique datant de 2015 : « l'avenir du secteur de la e-santé dépend en grande partie de la capacité des acteurs de la santé à incorporer l'innovation et d'en faire un atout au service d'une meilleure prise en charge du patient, de la qualité des soins et d'une gestion efficiente des ressources [...] Or faute d'une demande suffisamment mature et de contraintes internes spécifiques au secteur de la santé, de nombreux produits ou services numériques innovants peinent à dépasser la phase d'expérimentation ou à trouver des débouchés économiques pérennes une fois commercialisés »[31].

Comme le stipule les deux travaux suscités, l'existence d'un outil n'en garantit pas l'usage. Entr'actes devra donc relever le défi de convaincre et de faire participer les PS.

### **3. Un temps précieux**

Si le temps est un des atouts majeurs d'Entr'actes, il représente également une de ses principales limites.

La majorité des professionnels interrogés trouve que la plateforme leur permet de gagner du temps en résolvant la problématique de la « temporalité ». Effectivement, l'application mobile permet d'apporter ou d'obtenir une réponse différée à une demande via des notifications et des alertes. Elle permet donc de répondre lorsqu'on est « disponible ».

Mais si elle résout le problème de la temporalité, une autre partie des intervenants interrogés pense à contrario que ce temps différé occasionnera une augmentation de la charge de travail. En effet, selon ces derniers, le temps qui n'aura pas été pris pour répondre dans l'immédiat à une demande, devra l'être à un autre moment de la journée, provoquant de ce fait une augmentation de leur charge de travail.

Le temps était également un des principaux facteurs influençant l'utilisation de l'informatique dans une thèse réalisée auprès de médecins généralistes à l'échelle nationale en 2015 [32].

Cette même idée était également soutenue dans le travail du Dr.ZENAGUI en Janvier 2020. Dans son enquête visant à évaluer le degré de satisfaction globale des médecins généralistes utilisant différents outils numériques développés dans le cadre d'une expérimentation, le temps et la chronophagie d'utilisation de ces mêmes outils constituaient un frein à leur utilisation [33].

#### **4. Une ergonomie perfectible**

De nombreux professionnels jugent la plateforme numérique facile à utiliser et pratique. Ils soulignent l'amélioration de la prise en charge du patient, notamment parce l'application facilite l'organisation des soins en amont et sécurise leur propre pratique.

S'ils ont rencontré des difficultés lors de l'utilisation d'Entr'actes, il s'agissait essentiellement de problèmes techniques. Des améliorations semblent tout de même à apporter à la plateforme concernant sa lenteur d'utilisation et son ergonomie.

L'absence d'interopérabilité d'Entr'actes avec les logiciels métiers est également perçue comme une contrainte, ce qui peut freiner son utilisation.

Dans l'étude comparative des outils de messageries sécurisées du Dr. DUFRENNE en 2011, la non-intégration de certaines MSS aux logiciels métiers constituait déjà un des facteurs limitant leur utilisation [34].

Plusieurs professionnels ont mentionné un besoin de formation à Entr'actes mais également aux outils numériques. Une partie d'entre eux ne connaissait pas les fonctionnalités de la plateforme comme la possibilité d'envoyer des messages instantanés.

Dans deux travaux de thèse évaluant la satisfaction de médecins généralistes vis-à-vis d'outils numériques à la coordination [33], [35], il apparaît que la simplicité d'utilisation d'un outil numérique, son ergonomie, son interopérabilité avec les logiciels métiers et la formation à son utilisation constituent des paramètres importants, influençant directement le recours au dit-outil.

A l'heure actuelle, des formations en ligne (e-formations) et théoriques sont disponibles sur le site de la CPTS Madinina (<https://www.cpts-madinina.org/professionnels-de-sante/application-entr-actes-martinique/e-formation/>).

Cependant, du discours des PS, on peut émettre l'hypothèse que ces dispositifs sont soit « mal connus » soit insuffisants à une formation adaptée. Il paraît intéressant de renforcer la formation par un accompagnement de « proximité ».

## **D. La coordination des soins en Martinique**

### **1. Pas de réelle coordination des soins**

Une grande partie des professionnels estime qu'il n'existe pas de coordination des soins en Martinique. Cette absence se justifie essentiellement selon ces PS du fait que chacun travaille au sein de son propre réseau avec souvent des partenaires de proximité ; et qu'il n'existe pas de cadre de gouvernance de la coordination des soins.

Un rapport de la cour des comptes datant de 2013 émettait le constat suivant : [...] la coordination est le plus souvent le fruit de réseaux relationnels personnels que d'une

démarche construite [...]L'adressage et le retour d'information, principales modalités de la relation entre les médecins traitants et correspondants, n'ont été de fait ni rigoureusement organisés (délais, contrôle, sanction éventuelle) ni méthodiquement outillés (formulaire ou modèle, messagerie sécurisée, annuaire professionnel détaillé) [36].

Ce constat est également retrouvé dans le rapport de Dominique PON et Annelore COURY « Accélérer le visage numérique » et il s'agit de l'un des objectifs prioritaires défini dans le schéma d'architecture cible du projet « Ma santé 2022 » [2].

Ce qui est implicitement noté au regard des entretiens, c'est que la coordination des soins est une notion floue pour la plupart des professionnels. Il s'agit souvent de l'obtention d'une réponse ou d'un avis à une question à un instant donné.

On peut de fait licitement se demander quelles sont les attentes des professionnels de santé en matière de coordination de soins. Une étude auprès de ces derniers pourrait être réalisée afin de le déterminer.

## **2. Le médecin généraliste : pivot de la coordination des soins ?**

Au cours de notre travail et de façon inattendue, le rôle du médecin généraliste en tant que pivot de la coordination a été remis en cause, précisément parce que ces derniers ne disposeraient pas du temps nécessaire à sa réalisation.

Selon l'étude de l'URPS PACA précédemment citée, le rôle de coordinateur du médecin traitant est également remis en question : « On remarque que les infirmières effectuent la coordination des soins : elles collaborent avec le médecin traitant, les autres professionnels de santé, l'hôpital, les autres structures et le secteur médico-social. Cette coordination représente environ 9% de leur temps de travail et elles considèrent qu'elle ne relève pas du rôle du médecin traitant » [29].

Ce constat se retrouve aussi dans l'étude du Dr.ZENAGUI dans laquelle 61.31% des médecins perçoivent le rôle de coordinateur attribué aux généralistes comme « plutôt difficile » et 12.41% comme « difficile » [33].

Aux Etats-Unis, plusieurs travaux soutiennent que les infirmières, par leur connaissance du système de santé combinée à leur capacité à communiquer et négocier avec les autres professionnels, sont bien situées pour coordonner les soins et améliorer la prise en charge des patients [37], [38], [39].

Dans le cadre de l'utilisation d'Entr'actes pour la RRAC de l'épaule, il n'existe pas explicitement de rôle de coordinateur au sein de l'équipe de prise en charge. Le rôle de chacun est précisé dans un document adressé à chaque professionnel. (Cf. Annexe 4)

## **E. Le numérique en santé**

### **1. Les outils numériques**

Les principaux moyens de communication entre les PS de notre étude sont le téléphone et l'application mobile « WhatsApp ». Aucune étude sur le sujet n'a été retrouvée dans la littérature.

S'il s'agit des principaux moyens de communication énoncés, on note que les professionnels sont inquiets du manque de sécurité liés à ces modèles de communication. Aussi, ces derniers sont sensibles au sujet de la sécurisation et de la traçabilité des échanges.

Ainsi, leurs attentes en matière d'outil numérique peuvent être résumées à :

- Leur facilité d'utilisation
- L'accessibilité et l'interopérabilité de ces outils
- Un gain de temps



- Le respect de la confidentialité des patients
- Une réponse à leurs besoins
- Un outil créé par des professionnels et pour les professionnels
- Une formation adaptée

## CONCLUSION

La coordination des soins est un enjeu de santé publique majeur et le numérique, un levier essentiel afin de l'améliorer.

Développé par le cabinet Care Insight et soutenu par la CPTS Madinina et l'ARS de Martinique, la plateforme numérique Entr'actes est un outil de coordination destiné à améliorer la communication entre les professionnels de santé et la prise en charge des patients. Si elle remplit très bien ces fonctions, elle devra néanmoins s'affranchir de nombreux obstacles pour s'imposer aux acteurs de la santé dans le temps.

Pour atteindre cet objectif, Entr'actes devra :

- Convaincre les professionnels de santé de l'intérêt et de l'utilité de la plateforme
- Améliorer son ergonomie et sa rapidité d'exécution
- Améliorer la formation des professionnels de santé à l'utilisation de l'outil
- La rendre interopérable avec les logiciels métiers, notamment dans un souci de gain d'efficacité et de temps

Les résultats de notre étude restent tout de même à nuancer en raison de la précocité de sa réalisation par rapport au lancement de l'application mobile.

De nouvelles études seraient nécessaires afin de déterminer la satisfaction globale des utilisateurs d'Entr'actes en Martinique.

## Bibliographie

1. Sebai J. Une analyse théorique de la coordination dans le domaine des soins : application aux systèmes de soins coordonnés. Santé Publique [Internet]. 2016 ;28(2):223-34. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2016-2-page-223.htm>
2. PON D, COURY A. Accélérer le virage numérique [Internet]. 2019 [cité 14 févr. 2020] p. 1-33. Report No. : Rapport final. Disponible sur : <https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/184000613.pdf>
3. CPTS Madinina. Entr'actes : Impliquez-vous pour une meilleure coordination des soins [Internet]. 2020 [cité 17 févr 2020]. Disponible sur : <https://www.cpts-madinina.org/professionnels-de-sante/application-entr-actes-martinique/>
4. Confédération générale du travail de Martinique. La question de la pénibilité au travail se pose également en Martinique [Internet]. 2020. Disponible sur: <http://www.cgt-martinique.fr/Penibilite.asp>
5. CPTS Madinina. La Réhabilitation Rapide Après Chirurgie (RRAC) de l'épaule [Internet]. 2020 [cité 17 févr 2020]. Disponible sur: <https://www.cpts-madinina.org/la-rehabilitation-rapide-apres-chirurgie-rrac-de-lepaule/>
6. Schaller P, Gaspoz J-M. Continuité, coordination, intégration des soins : entre théorie et pratique. RMS [Internet]. 2008 [cité 2 mars 2020];4(172):2034-9. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/RMS/2008/RMS-172/Continuite-coordination-integration-des-soins-entre-theorie-et-pratique>
7. Schultz EM, McDonald KM. What is care coordination? International Journal of Care Coordination [Internet]. 1 juin 2014 [cité 2 avr 2020];17(1-2):5-24. Disponible sur: <https://doi.org/10.1177/2053435414540615>
8. BLANCHARD P, ESLOUS L, YENI I, LOUIS P. Évaluation de la coordination d'appui aux soins [Internet]. Inspection générale des affaires sociales; 2014 déc [cité 3 mars 2020]. Report No.: 2014-010R. Disponible sur: [http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2014-010R\\_Evaluation\\_coordination\\_appui\\_soins.pdf](http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2014-010R_Evaluation_coordination_appui_soins.pdf)
9. BLOCH M-A, Hénaut L. Coordination et parcours. La dynamique du monde sanitaire, social et médico-social. Dunod. 2014. (Collection Santé-social).
10. Laboratoire interdisciplinaire, d'évaluation des politiques publiques). Journée d'étude « Evaluation des politiques publiques et coordination des soins ». In: LIEPP Sciences Po – Axe « Politiques de santé » [Internet]. 2015 [cité 6 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.sciencespo.fr/liepp/sites/sciencespo.fr.liepp/files/150106-LIEPP-SANTE-Compte-rendu-coordination.pdf>
11. La rédaction ticsanté. Coordination des soins: le logiciel Terco\* suit 25.000 patients en région Paca [Internet]. 2017 [cité 8 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.ticsante.com/story/3756/coordination-des-soins-le-logiciel-terco-suit-25000-patients-en-region-paca.html>

12. Lang G. « Un médecin 116 117 », une application pour désengorger les urgences dans le Grand Est [Internet]. 2019. Disponible sur: <https://www.ticsante.com/story/4594/un-medecin-116-117-une-application-pour-desengorger-les-urgences-dans-le-grand-est.html>
13. Agence française de la santé numérique en santé. Messageries sécurisées de santé MSSanté [Internet]. [cité 12 oct 2020]. Disponible sur: [https://esante.gouv.fr/sites/default/files/media\\_entity/documents/mssante.pdf](https://esante.gouv.fr/sites/default/files/media_entity/documents/mssante.pdf)
14. Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale sur le dossier médical partagé et les données de santé [Internet]. ASSEMBLÉE NATIONALE; 2020 juillet [cité 4 sept 2020]. Report No.: 3231. Disponible sur: [http://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/rapports/cion-soc/l15b3231\\_rapport-information#\\_Toc256000015](http://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/rapports/cion-soc/l15b3231_rapport-information#_Toc256000015)
15. Caisse nationale de l'assurance maladie. 5 MILLIONS DE PERSONNES ONT OUVERT LEUR DMP [Internet]. 2019. Disponible sur: [https://www.ameli.fr/fileadmin/user\\_upload/documents/DP\\_5\\_millions\\_de\\_DMP.pdf](https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/DP_5_millions_de_DMP.pdf)
16. MILLET L. Système européen d'échange des données : quels enjeux pour la santé ? [Internet]. 2019 avr [cité 3 juin 2020]. Disponible sur: <https://www.institutmontaigne.org/blog/systeme-europeen-dechange-des-donnees-quels-enjeux-pour-la-sante>
17. Catillon M. Améliorer la coordination des soins. nov 2014 [cité 30 mars 2020];540. Disponible sur: <http://gestions-hospitalieres.fr/ameliorer-la-coordination-des-soins/>
18. Ma santé 2022: un engagement collectif [Internet]. 2018 [cité 11 avr 2019]. Disponible sur: [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ma\\_sante\\_2022\\_synthese.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ma_sante_2022_synthese.pdf)
19. Pon D, Létourneau L. Feuille de route « Accélérer le virage numérique » [Internet]. 2019 [cité 11 avr 2020]. Disponible sur: [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/190425\\_dossier\\_presse\\_masante2022\\_ok.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/190425_dossier_presse_masante2022_ok.pdf)
20. esante.gouv.fr. Les services numériques socles [Internet]. 2019 [cité 12 avr 2020]. Disponible sur: [https://esante.gouv.fr/sites/default/files/media\\_entity/documents/Doctrine\\_3\\_4\\_Services\\_d\\_e\\_coordination\\_0.pdf](https://esante.gouv.fr/sites/default/files/media_entity/documents/Doctrine_3_4_Services_d_e_coordination_0.pdf)
21. Pichonnaz C, Luthi F, Farron A, Milliet J. Mise au point sur la rééducation après chirurgie de la coiffe des rotateurs de l'épaule. RMS [Internet]. 2016 [cité 2 mars 2020];12(525):1278-83. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/RMS/2016/RMS-N-525/Mise-au-point-sur-la-reeducation-apres-chirurgie-de-la-coiffe-des-rotateurs-de-l-epaule>
22. Haute autorité de santé. Programmes de récupération améliorée après chirurgie (RAAC) [Internet]. 2016 [cité 28 févr 2020]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_1763416/fr/programmes-de-recuperation-amelioree-apres-chirurgie-raac](https://www.has-sante.fr/jcms/c_1763416/fr/programmes-de-recuperation-amelioree-apres-chirurgie-raac)
23. Malléjac N, Or Z. Évaluation d'impact d'une nouvelle organisation des soins à l'hôpital sur les parcours de soins. Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique [Internet]. 1 mars 2019;67:S86-7. Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S039876201930046X>

24. CPTS Madinina. Rapport d'activité 2019 - Les professionnels de santé libéraux de la Martinique se coordonnent pour améliorer votre accès aux soins et votre prise en charge. CPTS; 2019.

25. Direction générale de l'offre de soins. Le programme Territoire de Soins Numérique - TSN [Internet]. 2016 [cité 12 oct 2020]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/e-sante/sih/tsn/article/le-programme-territoire-de-soins-numerique-tsn>

26. Dumez H. Méthodologie de la recherche qualitative - Les 10 questions clés de la démarche compréhensive. Paris: VUIBERT; 2013. 240 p.

27. Dumez H. Qu'est-ce que la recherche qualitative? Libellio Aegis. 2011;7(4- Hiver):47-58.

28. Focus groupe et entretien individuel: 2 moyens de recueil des données possédant des vocations distinctes [internet]. GM Consultants. 2008. Available from: <http://www.g-m-consultants.com/2008/02/27/focus-groupe-et-entretien-individuel-2-moyens-de-recueil-des-donnees-possedant-des-vocations-distinctes.html>

29. Union régionale des professionnels Infirmière PACA. CONDITION D'EXERCICE DES INFIRMIERS LIBÉRAUX EN PACA [Internet]. [cité 9 oct 2020]. Disponible sur: <https://www.urps-infirmiere-paca.fr/les-dossiers/condition-exercice-infirmiers-liberaux-paca/>

30. Binart Ecale H. Recensement des difficultés et possibilités d'amélioration de la communication d'informations médicales entre médecins généralistes et autres professionnels de santé du secteur libéral [Thèse d'exercice]. Paris, France : Université Paris Nord ; 2012

31. Thieulin B, Fauvel V. LA SANTÉ, BIEN COMMUN DE LA SOCIÉTÉ NUMÉRIQUE [Internet]. Conseil National du Numérique; 2015 oct [cité 3 sept 2020]. Disponible sur: [https://cnnumerique.fr/files/2017-10/Rapport\\_CNNum\\_Sante.pdf](https://cnnumerique.fr/files/2017-10/Rapport_CNNum_Sante.pdf)

32. DABOUL G. Le médecin généraliste au « tout numérique » : Bientôt une réalité ? [Internet]. LILLE 2; 2015 [cité 3 juill 2020]. Disponible sur: <https://pepite-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/11131a7a-56f5-4dbd-9d0c-b6e74cbb2d88>

33. ZENAGUI H. Santé connectée et coordination des soins en médecine générale : Enquête de satisfaction auprès des médecins généralistes de la région Auvergne-Rhône-Alpes utilisant les outils numériques développés dans le cadre du programme PASCALINE (PARcours de Santé Coordonné et Accès à L'Innovation Numérique) [Internet]. Claude Bernard Lyon 1; 2020. Disponible sur: [file:///C:/Users/Mitsu/Downloads/THm\\_2020\\_ZENAGUI\\_Hanane.pdf](file:///C:/Users/Mitsu/Downloads/THm_2020_ZENAGUI_Hanane.pdf)

34. DUFRENNE J. DEMATERIALISATION des ECHANGES d'INFORMATIONS entre MEDECINS : La Messagerie Sécurisée de Santé utilisée par les Médecins Généralistes [Internet]. UNIVERSITÉ DES ANTILLES ET DE LA GUYANE FACULTE DE MEDECINE HYACINTHE BASTARAUD; 2011. Disponible sur: <https://www.apicrypt.org/files/communication/theseJDufrenne.pdf>

34. Laurens A. Le rôle de coordination des soins du médecin traitant dans les prises en charge palliatives à domicile : l'application Globule® peut-elle être une aide ? [THESE pour

l'obtention du DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE]. [Bordeaux]: Université de Bordeaux; 2016.

35. La Cour des Comptes. Le médecin traitant et le parcours de soins coordonnés : une réforme inaboutie [En ligne]. La Cour des Comptes ; 2013. 32 p. Disponible: [https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/EzPublish/2\\_1\\_3\\_medecin\\_traitant\\_parcours\\_soins\\_coordonnes.pdf](https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/EzPublish/2_1_3_medecin_traitant_parcours_soins_coordonnes.pdf)

36. Izumi S, Barfield PA, Basin B, Mood L, Neunzert C, Tadesse R, et al. Care coordination: Identifying and connecting the most appropriate care to the patients. Res Nurs Health. Févrit 2018;41(1):49-56.

37. Vanderboom CE, Thackeray NL, Rhudy LM. Key factors in patient-centered care coordination in ambulatory care: nurse care coordinators' perspectives. Appl Nurs Res. févr 2015;28(1):18-24.

38. Popejoy LL, Khalilia MA, Popescu M, Galambos C, Lyons V, Rantz M, et al. Quantifying care coordination using natural language processing and domain-specific ontology. J Am Med Inform Assoc. avr 2015;22(e1):e93-103.

# Annexes

## Annexe 1 : Guide d'entretien

Bonjour, il s'agit d'un entretien portant sur la plateforme numérique Entr'actes dans le cadre de son utilisation pour la RRAC de l'épaule en Martinique. L'entretien est anonyme, cependant si vous le désirez, une copie de l'enregistrement audio, de la retranscription écrite et des résultats de l'étude pourront vous être envoyés par la suite.

Questionnaire :

1°) Parlez-moi de vous et de votre pratique en Martinique.

2°) Parlez-moi de la coordination des soins en Martinique en 2020.

Comment communiquez-vous avec les différents acteurs de santé médicosociaux ?

Quelles sont les difficultés éventuelles que vous rencontrez ?

3°) Parlez-moi de votre expérience personnelle avec Entr'actes dans le cadre de la RRAC dans la RRAC

- L'outil a-t-il facilité votre travail ?
- L'outil a-t-il impacté la coordination au sein de l'équipe ?
- L'outil a-t-il permis d'améliorer la prise en charge du patient ?
- L'outil a-t-il permis de renforcer le lien entre les professionnels de santé de ville ?
- L'outil est-il simple d'utilisation ?
- Avez-vous rencontré des problèmes techniques (temps de chargement long, bouton qui ne fonctionne pas ?)
- Préférez-vous travailler avec ou sans cet outil ?
- Globalement, que pensez-vous de l'outil ?

4°) Parlez-moi du numérique en santé en 2020

5°) Souhaitez-vous ajouter quelque chose sur le sujet ?

## **Annexe 2 : Questionnaire sur les caractéristiques de l'échantillon**

Numéro d'anonymat :

Identité		
Nom :	Prénom :	
Age :		
Lieu d'exercice :	URBAIN	SEMI-RURAL RURAL
Temps d'activité :		

## **Annexe 3 : Premier entretien**

I : Est-ce que vous pouvez me parler de vous et de votre pratique en Martinique ?

PS1 : Alors, euh... Ecoutez, moi, je suis médecin généraliste, je me suis installé en 2014. Ma pratique, je fais de la médecine générale, je fais des suivis, des ECG, je fais des IVG médicamenteuses également. Euh, voilà, le reste c'est de la médecine générale classique.

I : Est-ce que vous pouvez me parler de la coordination des soins en Martinique en 2020 ?

PS1 : La coordination des soins, euh... Ben c'est surtout de la coordination on va dire de l'équipe de soin, plutôt locale hein, donc ce sont les mêmes, on est en maison de santé, on est plusieurs généralistes ensemble dans la maison de santé. Et puis, on se coordonne avec les infirmières ou les kinés de la commune hein donc je travaille sur Ducos. Après au niveau coordination, à plus grande échelle, ben... c'est par courrier souvent, que ça se passe. On va dire qu'il y a des petits soucis de communication, quand même, souvent quand ça dépasse l'échelle de communication. Quand ça dépasse l'échelle de la commue, c'est toujours compliqué de coordonner les soins.

I : D'accord, quelles sont les principales difficultés que vous rencontrez justement dans la communication ?

PS1 : Ben, la première difficulté, c'est souvent déjà d'avoir des contacts, avoir le numéro des différents intervenants pour coordonner, avoirs les numéros de téléphone, soit mails, voilà. C'est compliqué de joindre les intervenants. Euh, voilà, souvent, on ne reçoit pas aussi, tout ce qui est compte-rendu, euh... Quand c'est du privé, on reçoit assez rapidement mais dès que c'est hospitalier, il faut, je ne sais pas, 3 à 6 mois à peu près donc voilà, c'est surtout ça, ouais.

I : D'accord, est-ce que vous pouvez me parler de votre expérience personnelle avec Entr'actes dans le cadre de la RRAC de l'épaule ?



PS 1 : Donc moi, ben j'ai été appelé par Dr.GOULON pour participer au projet, donc là pour le moment, on a eu des phases de test, j'ai pas essayé vraiment la RRAC de façon, dans la réalité donc là, j'ai testé l'application, il y avait quelques bugs informatiques, on a fait remonter, c'était l'objectif du test. Euh... sinon ben on sentait qu'il avait soit des problèmes d'accès à l'application... des documents auxquels on n'avait pas accès et puis voilà, comme ça. Euh... voilà, après, je n'ai pas encore retenté l'application dans la vie réelle avec un vrai patient.

I : D'accord. Et dans les phases de test, qu'avez vous pensé d'Entr'actes ?

PS1 : Ben, ça fonctionnait plutôt bien sauf 2, 3 petits bugs mais ça c'était normal, ça fonctionnait plutôt bien, après moi, la question, dans la vie réelle. Parce que là, on a fait des tests avec des équipes déjà constituées, le médecin, le kiné, l'infirmière et tout, le pharmacien, le chirurgien. Donc l'équipe était déjà constituée, moi la question, dans la vie réelle, qui se pose, c'est "Comment va bien se constituer l'équipe autour du patient ? Est ce que les acteurs vont tout être intéressés pour participer ou pas ?" C'est un défi, il faut des gens qui participent sinon ça ne peut pas fonctionner.

I : Oui, la réussite est liée à l'utilisation de, en fait, de la plateforme ?

PS1 : Oui, voilà, donc il faut que les gens s'impliquent dans le projet et voilà, pour que ça fonctionne parce que moi, je ne vais pas pouvoir bosser avec, euh, je suis sur Ducos, et toute façon, s'il y a un kiné qui est à Schoelcher, au Robert, euh, qui participent...

I : D'accord. Est-ce que vous pouvez me parler du numérique en santé ?

PS1 : Euh, oui, alors, bon moi j'aime bien tout ce qui est numérique donc bon, voilà, ça ne me dérange pas du tout, j'utilise pas mal mon téléphone... Euh, qu'est ce qu'il y a ... donc on a un logiciel qui est disponible par Internet donc ça me permet par exemple en visite, j'ai accès au dossier du patient sur mon téléphone. J'utilise aussi des trucs euh... des sites donc voilà. Après bon là, j'ai fait par exemple des téléconsultations ben ça fait, j'en ai pal mal fait, ça m'intéresse, j'en fais toujours, euh... Enfin voilà, j'aime bien l'informatique, ça m'intéresse bien, par contre, je me rends compte que ce n'est pas forcément le cas de tout mes collègues non plus. Donc ça, il faut peut-être, pour certains, c'est compliqué. Mon associé, par exemple, lui, c'est pas du tout son truc, être sur son téléphone... Moi, ça m'intéresse bien, c'est pour ça d'ailleurs que j'ai participé au projet, que j'ai accepté.

I : D'accord, est-ce que vous souhaitez ajouter quelque chose sur les points que l'on a abordé ?

PS1 : Euh, je réfléchis... Euh, non, pas forcément, la question que je te pose, moi, c'est "Est-ce que ce n'est pas un petit peu trop tôt pour évaluer Entr'actes dans la RRAC alors que ça vient de... se lancer.

I : Oui, normalement, ça aurait dû, mais avec le confinement et autre, ça a décalé l'utilisation.

PS1 : Ouais, ouais, voilà, après, il y a Entr'actes aussi dans la permanence des soins et ça, ce n'est pas de ton ressort quoi... c'est surtout pour la RRAC.

I : Oui, c'est dans le cadre de la RRAC.

PS1 : D'accord, ok. Ben, non, non, je n'ai rien à ajouter.

I : Ben écoutez, on peut quand même en parler dans le cadre de la permanence des soins. Savoir ce que vous en pensez.

PS1 : Donc, la permanence des soins, sur Entr'actes, ça a été lancé pendant le Covid. Je n'ai pas trop participé parce que, en fait... j'avais complètement zappé du coup, j'ai pas ressenti le besoin d'aller prendre des patients en plus. J'ai un patient et un médecin qui ont participé comme ça, c'était des médecins qui avaient besoin de voir des patients, qui n'en avaient pas...

I : D'accord.

PS1 : Donc, ça a peut-être pas mal fonctionné pendant le confinement, par contre, j'ai peur que là, dès que, dès qu'on ait surbooké en fait, moi, je ne vais pas m'amuser à aller prendre des patients sur Entr'actes alors que j'ai déjà 11 patients en salle d'attente. J'avais fait remonter aussi une remarque sur Entr'actes, au Dr.GOULON, concernant ça. C'est que je trouve que le rayon de... le rayon des patients adressés sur Entr'actes au médecin, est beaucoup trop large et moi j'aurais préféré que ce soit des patients de ma commune et des communes juste avoisinantes. Qu'on puisse prendre, mais ça n'a pas beaucoup d'intérêt d'aller prendre des patients qui sont à 30 bornes... et au final qui n'ont pas de médecin traitant, souvent. Souvent, ce sont des patients, on s'est rendu compte avec ma femme qui est médecin généraliste aussi, ce sont des patients qui sont en fait, en rupture de parcours de soin, qui n'ont pas de médecin traitant, tout ça. On récupère, c'est pas, enfin c'est pas des cas très passionnants, souvent, il y a des bugs pour la facturation, voilà. Soit ils ne veulent pas payer, soit machin. Ce sont des patients qui, souvent, posent des soucis, voilà, les retours que j'ai avec Entr'actes.

#### **Annexe 4 : Deuxième entretien**

I : Est-ce que vous pouvez me parler de votre pratique en Martinique ?

PS2 : Ma pratique d'infirmière ? Ben écoutez, moi je fais du libéral, donc je vais à domicile en grande partie et en grande majorité. Je fais des soins à domicile surtout pour le manque d'autonomie et pour faire les soins qui ne sont pas pratiqués à l'hôpital : tout ce qui est pansements, injections ; enfin tous les soins infirmiers lorsque le patient retourne à son domicile. Après il y a aussi quelques soins que l'on fait en cabinet quand les patients peuvent se déplacer. Et voilà, c'est 7 jours sur 7, voilà quoi.

I : Est-ce que vous pouvez me parler de la coordination des soins en Martinique, en 2020 ?

PS2 : Alors, on essaie de mettre en place, justement, un petit réseau entre les professionnels de santé, surtout qu'on connaît, avec qui on a l'habitude de travailler. Voilà, donc à ce niveau-là à chaque fois j'essaie d'avoir, de gérer entre tous les kinés, les médecins, et tout mais elle est de plus en plus délicate. Là, effectivement, depuis ENTR'ACTES, on voit qu'il y a quand même une envie de coordination de soins, mais sinon à domicile on se bat beaucoup, entre les médecins généralistes, les pharmaciens, et tout. Quand ce ne sont pas des personnes qu'on connaît avec qui on a l'habitude de travailler, c'est délicat d'avoir une réelle coordination de soins.

I : D'accord, donc vous travaillez avec votre propre réseau, mais lorsqu'on sort du réseau...

PS2 : Quand on sort du réseau, ça devient plus difficile. Ça devient plus difficile quand on ne connaît pas les médecins, quand on ne connaît pas les pharmaciens, comment gérer avec eux. Ça devient beaucoup plus difficile, l'accessibilité dans un temps donné aux soins, au matériel et tout ça. C'est plus délicat quand on ne connaît pas la personne de lui dire : « Bon, je n'ai pas le temps d'attendre parce que j'ai d'autres patients derrière. Est-ce que je peux avoir une ordonnance ? Est-ce que tu peux me l'envoyer par mail ? » c'est beaucoup plus compliqué, alors que quand on connaît et que ça fait partie du réseau, ben on sait qu'on peut avoir une certaine liberté, cette liberté-là, et effectivement ben le patient est beaucoup plus facilement pris en charge. Voilà.

I : Et du coup, quels sont les moyens de communication que vous avez avec les médecins ? Ou les autres professionnels de santé ?

PS2 : Principalement, c'est téléphone, du coup Whatsapp, beaucoup, mails pour les envois un peu plus sécurisés. Mais sinon c'est téléphone et Whatsapp.

I : Est-ce que vous pouvez me parler de votre expérience personnelle avec ENTR'ACTES dans le cadre de la RRAC ?

PS2 : Ben alors, on n'a pas encore vraiment eu le temps d'utiliser. Je crois que j'ai quand même eu 2, 3 patients avec ENTR'ACTES, mais le premier patient, il n'y avait pas encore l'application en place, donc c'était les dossiers papiers qu'on devait remplir et ramener, enfin que le patient ramenait le dernier jour. Et de là, le médecin, le chirurgien triait les papiers, tout ça.

Et là, en ce moment on a un patient avec l'application, et là, c'est vrai que c'est beaucoup plus facile ; mais après, on rencontre quelques difficultés. La difficulté qu'on a rencontrée

là, c'est que je suis en collaboration avec une collègue et comme moi j'ai validé le patient, elle n'avait pas accès au dossier et aux autres praticiens. Et du coup, c'était compliqué, je suis obligée de lui envoyer les données alors qu'elle, elle a son code, elle aurait pu se connecter afin que les données lui soient accessibles et là pour l'instant ce n'est pas possible.

I : D'accord. Alors elle ne peut pas s'inscrire pour le moment ?

PS2 : Ben elle est inscrite, mais apparemment, il n'y a qu'un seul... par prise en charge, c'est un seul personnel de santé dédié en fait. Et une fois que la personne a validé l'alerte, si elle en tant qu'infirmière, elle a validé l'alerte, même si je suis une autre infirmière qui travaille avec elle, je ne peux pas avoir accès à une alerte qu'elle a validé. Donc du coup, voilà. Du coup, ça va être remonté, c'est remonté à l'édition... Mais voilà, après, il y a encore des petites failles comme cela mais bon, c'est beaucoup plus facile.

Enfin, l'application reste quand même d'une grande pratique, un petit coup de clic sur le téléphone et ça y est, on n'en parle plus et tout le monde a les données donc ça c'est génial et après on va voir comment cela va se développer.

I : Globalement, qu'est-ce que vous pensez de l'application, de son utilité ?

PS2 : Pour moi, c'est super, d'ailleurs on essaie de trouver d'autres applications pour nous améliorer nos conditions de travail, et justement pour améliorer ça entre les collègues, et même tout simplement pour dire « Au revoir » au dossier de soins papier. Si on pouvait avoir des applications pour tout, faire des petits clics et que nos collègues voient telle personne, il s'est senti bien ou il n'était pas très bien ; tout de suite, on fait des transmissions en direct de façon sécurisée et de noté et d'écrit. C'est sûr que c'est beaucoup plus simple et pratique qu'un bic et un papier, avec des feuilles volantes qu'il faut tout le temps réimprimer.

I : Comme on fait actuellement.

PS2 : Franchement, au XXIème siècle, on aurait voulu ne plus avoir à faire cela du tout, du tout, donc voilà.

I : On arrive à la dernière question : est-ce que vous pouvez me parler de votre usage du numérique en santé ?

PS2 : Ben pour l'instant, on ne va pas dire qu'elle est proche de zéro, parce qu'on est obligé de l'utiliser pour faire nos facturations, et nos télétransmissions à la Sécurité Sociale, mais hormis cela, elle est nulle quoi. Il n'y a pas. Enfin, peut-être qu'il y a, que je ne connais pas, il y a peut-être d'autres outils mais pour l'instant, les outils ne sont pas coordonnés, ils ne sont pas mis en relation, il faut qu'ils soient accessibles, pratiques, assez légers pour qu'un téléphone puisse emmagasiner les données. Voilà, pour l'instant on n'a pas grand-chose, quoi.

I : Pour le moment, c'est assez limité en fait.

PS2 : C'est assez limité, en termes d'accessibilité, je parle. Ça doit exister, il y en a, je vois au fur et à mesure qu'il y a des logiciels de facturation qui proposent des applications, qui proposent mais pour l'instant pas encore au point ou en tout cas pas pour les DOM-TOM. Ils seraient déjà au point en Métropole, quand nous on demande, on dit "non, ce n'est pas

encore accessible pour nous". Donc est-ce que cela va être accessible un jour pour nous, un jour je ne sais pas.

I : Il y aurait une sorte manque de communication par rapport aux dispositifs qui sont peut-être déjà en place.

PS2 : Oui, voilà, déjà ça, déjà ça ou tout simplement les DOM TOM ne sont pas visés, en fait, pour l'accessibilité du logiciel. Voilà, tout simplement, ils disent : "bon, ben, pour les 1200 infirmières que vous êtes, vous ne nous intéressez pas", peut-être. Ça je n'en sais rien. Peut-être qu'on n'est pas assez nombreuses pour appâter les éditeurs.

I : Est-ce que vous souhaitez ajouter quelque chose sur le sujet, sur ENTR'ACTES, sur la RRAC de l'épaule, des choses à développer ?

PS2 : Alors à développer, donc comme je vous disais, ça aurait été bien que l'on puisse justement ouvrir à d'autres collaborateurs, enfin l'accès à l'information pour qu'on puisse travailler en réseau et que plusieurs infirmières puissent intervenir tout en ayant accès à l'application ; sans que celle qui ait validée soit obligée de rentrer les données et sinon pour l'instant ça va.

I : La communication est fluide avec le chirurgien, le médecin ?

PS2 : Ben c'est à dire qu'on rentre les données, on n'a pas eu véritablement de cas où on a eu besoin de rentrer en contact ; parce que c'est vrai que pour l'instant, les suites opératoires étaient assez simples et assez faciles, sans complication particulière. Du coup, je ne me suis pas encore retrouvée dans une situation où j'ai eu besoin de rentrer en contact avec un médecin, un chirurgien ou le pharmacien. Jusqu'à présent, tout a été bien coordonné. Mais j'ai vu que dans l'application, il y avait des alertes que l'on pouvait lancer soit au chirurgien, soit tout ça, mais je ne sais pas si cela fonctionne bien, car on a pas eu l'occasion de les utiliser.

## Annexe 5 : Troisième entretien

I : Est-ce que vous pouvez me parler de votre pratique d'infirmière en Martinique ?

PS3 : Oui, je peux en parler, ça fait 20 ans que je travaille ici. Que voulez-vous savoir par rapport à ma pratique ? C'est quand même vague tout ça.

I : En tant qu'infirmière, que faites-vous exactement ?

PS3 : Et bien, ce que l'on fait le plus, ce sont des soins d'hygiène, du social, beaucoup de social beaucoup de diabétiques, des pansements d'ulcères... des distributions de médicaments chez des gens ayant des troubles cognitifs. De temps en temps on peut avoir des soins palliatifs hein... On peut avoir des perfs, des dialyses péritonéales, enfin voilà, des pansements, des pansements divers.

I : D'accord. Pouvez-vous me parler de la coordination des soins en Martinique ?

PS3 : [Rires]. Ouais, ça, c'est un peu compliqué la coordination des soins. Effectivement, je trouve que cette démarche d'ENTR'ACTES, c'est pas mal, ça pourrait être pas mal. Maintenant, ça vient de démarrer donc ce n'est pas évident pour l'instant d'avoir un avis.

Le service avec lequel j'ai déjà eu des contacts et que j'ai bien aimé aussi, si vous voulez nous, on est bloqué, on est bloqué quand on est face à un problème médical, pour avoir un rendez-vous, un rendez-vous quelque part. Euh, euh... Tout traîne ou on ne vous répond pas au téléphone, à l'hôpital on ne répond pas au téléphone. ET, et j'étais très contente quand j'ai vu que MADICICAT avait ouvert ce service. Vous le connaissez MADICICAT ? C'est génial, alors MADICICAT, c'est à l'hôpital, un groupement de médecins avec différentes spécialités, il y a le diabétologue, il y a le... Et bien, au départ, c'est pour soigner les plaies, les ulcères, diverses plaies avec diverses origines. Alors donc, quand on voit quelqu'un qui traîne avec un ulcère ou autre chose, il est pris en charge en consultation externe et il est dirigé auprès de tous les intervenants, ça peut être le phlébologue, le chirurgien vasculaire, le diabétologue, le dermatologue et il y a une prise en charge globale, ce qui ressemble un peu à ENTR'ACTES, et qui nous a bien sauvé la mise parce que ce n'était pas évident. Tout comme on peut avoir, on avait... on a toujours pour les mains, le service d'urgence SOS main.

Alors, disons pour en revenir à ENTR'ACTES, que pour l'instant, je ne peux pas moi dire si c'est bien ou pas, ça m'a l'air d'être bien, voilà. C'est vrai que l'autre jour, on m'a téléphoné, on m'a envoyé une alerte pour un patient, pour une surveillance de tension et j'ai eu beau regarder où ça se trouvait, et franchement, ce n'était pas mon quartier quoi. Je devais faire 10 kilomètres voire même plus pour aller à Saint Joseph pour aller prendre une tension, j'ai refusé voilà. Donc, peut-être que pour l'instant, ENTR'ACTES c'est encore un peu compliqué au niveau de la sectorisation. Autrement, je trouve que ça peut être une bonne ouverture.

I : Est-ce que vous pensez que cela peut répondre à un besoin ici ?

PS3 : Un besoin. Oui, à condition que les intervenants répondent présents. Parce qu'effectivement, ça peut réguler beaucoup de problèmes de par le fait que par exemple, tu as un patient qui voit le médecin qui lui aura prescrit des soins infirmiers, des soins de kinés et, et, et... pour trouver un kiné, il faut s'accrocher. Alors, donc, effectivement, cela sera peut-être plus facile d'avoir accès directement aux intervenants. Voilà, les infirmières, il n'y a pas de problème, je veux dire, on est tellement sur le marché que pour les soins, il faut s'accrocher pour les avoir.

I : Ça tourne dans tous les sens en fait ?

PS3 : Les kinés c'est très compliqué, les infirmières il n'y a pas de souci. Voilà, ça peut aider à régler ce problème de ne pas trouver d'intervenants.

I : D'accord. Alors vous n'avez pas travaillé avec ENTR'ACTES dans le cadre de la réhabilitation rapide après chirurgie de l'épaule ?

PS3 : Si j'en ai fait. Mais oui, Mme.F, c'était ça.

I : Est-ce que vous pouvez me parler d'ENTR'ACTES dans ce cadre-là, de l'utilisation d'ENTR'ACTES dans le cadre de la RRAC de l'épaule ?

PS3 : Si vous voulez, je suis passée par ENTR'ACTES euh... Et je suis intervenue de la même façon que je serais intervenue sans ENTR'ACTES, voilà. Hein, j'ai fait ce que j'avais à faire, j'ai rempli les questionnaires et, et, et moi mon rôle dans cette suite d'interventions, je suis vraiment un petit pion. Le plus important, c'est la kiné, c'est la prise en charge de la kiné qui va durer 6 mois. Voilà, moi, la dame je l'ai vu 15 jours, je l'ai vu 6 fois pour finir par lui dire que finalement ces petites ouvertures, c'est bon, il n'y avait pas de problème.

I : Vous n'avez pas eu de difficulté dans l'utilisation de l'application ?

PS3 : Non, j'ai eu des difficultés dans la mesure où ça capotait un peu au début, mais après non, je n'ai pas eu de difficultés.

I : Je ne suis pas là pour juger l'application, savoir si elle est bien ou pas.

PS3 : Si tu veux, pour l'instant, ils la mettent en route et c'est vrai qu'on a eu 2 ou 3 échanges pour remettre les choses au clair, tu vois. Par exemple, le questionnaire, on ne l'avait pas. A un moment Mme.F, elle a disparu de mon application, mais après bon, ça a été quoi.

I : Quelques petits problèmes techniques ?

PS3 : Des petits problèmes techniques mais après, autrement non et puis j'ai trouvé que Thomas (j'ai oublié son nom de famille) est très disponible. Non, c'est bien, c'est bien. J'en attends que ça me fasse travailler.

I : Vous avez trouvé que l'application était simple d'utilisation ?

PS3 : Oui, ce n'est pas compliqué.

I : Est-ce que vous pouvez me parler du numérique en santé en 2020 ?

PS3 : [Rires] Vous savez que moi je suis bientôt près de la retraite.

I : Justement, c'est bien d'avoir des avis divers.

PS3 : Le numérique, qu'est-ce que vous entendez par numérique ?

I : Par numérique on entend tout ce qui est application, plateforme numérique, whatsapp ?

PS3 : Ça me prend un peu la tête, parce que déjà, tu vois ce matin, entre 5 heures et 13 heures, je n'avais pas envie de me mettre le nez dans du numérique et euh... Il y a une application, ce n'est pas une application, c'est une boîte, comme une boîte, Mayliz ? Oui, la messagerie

sécurisée. Vous ne la connaissez pas ? Et bien, écoute , à la limite... Si tu veux, on devrait se servir de cette messagerie pour faire transiter les ordonnances, les photos et tout cela.

I : Pour avoir des échanges plus sécurisés en fait.

PS3 : Vous ne connaissez pas ? Mais, vous aussi, vous pouvez avoir votre adresse là-dessus. Je vous le montre, c'est pas pratique du tout. Franchement, c'est tellement sécurisé que pour y accéder, il faut avoir un code, ce code, il faut qu'il arrive par le téléphone, pour sécuriser la connexion. Moi, je suis désolé mais euh, voilà, je m'en sers pas trop et, et... Je ne trouve qu'il y en ait de trop non plus.

I : Il faudrait avoir quelque chose de plus centralisé ?

PS3 : Voilà, quand tu as fini ta journée, tu n'as pas encore envie en plus. Même si c'est quand même mieux à l'heure actuelle de ne pas avoir à remplir des papiers et des papiers, bien qu'on en remplisse toujours des papiers, faut pas croire. Voilà, donc je le vois un peu comme un gadget, c'est un peu gadget parce que ça n'a pas enlevé ce temps de travail passé à remplir de la paperasse qui apparemment, est quand même toujours un des supports les plus fiables et ceux qu'on te demande si tu as un souci.

Si vous voulez, moi j'ai connu, au niveau enfin évolution et peut-être gain de temps et j'étais contente. J'ai quand même connu le temps où on remplissait les feuilles de soins à la main et tout ça, voilà, on ne le fait plus. On le fait sue le pc et ça c'est pas mal. Là, je trouve, tout comme la télétransmission et tout ça, je trouve ça très bien. Donc, je suis quand même d'accord sur le fait qu'on a fait des progrès. Mais bon, cette application, tu vois, on en est qu'aux prémices hein. Il n'y a quand même pas grand chose à dire, j'attends de voir.

I : Est-ce que vous voulez ajouter quelque chose sur le sujet ?



## Annexe 6 : Quatrième entretien

I : Parlez moi de vous et de votre pratique en Martinique en tant qu'infirmière.

PS4 : (silence de 3 secondes) Alors euh, la pratique, donc premièrement, euh, on va commencer par le début. Donc j'ai d'abord choisi ce métier par vocation... depuis le collège, c'est ce que je souhaite faire. Euh... on va dire que j'ai été un peu déçu par le système hospitalier... avec le manque de temps, euh le manque de moyens. Donc c'est comme ça que je me suis retrouvé à me reconverter premièrement dans le droit et ensuite à persévérer donc là, j'ai essayé le libéral. Et c'est vrai que le libéral, c'est différent. On, c'est vrai qu'on n'a pas les médecins, on n'a pas les... on a pas l'équipe au quotidien, mais on a une liberté de pouvoir prendre le temps avec le patient, de pouvoir euh... on va dire gérer de A à Z. Avoir une prise en charge globale du patient, ce que je trouve dont on manque en milieu hospitalier. Donc, on va dire qu'aujourd'hui, je suis épanouie dans mon métier parce que j'arrive à avoir cette prise en charge globale avec le patient et à pouvoir prendre mon temps, et me permet de prendre mon temps avec chaque patient.

I : D'accord. Est-ce que vous pouvez me parler de la coordination des soins entre les différents professionnels de santé en Martinique en 2020 ?

PS4 : Alors là, c'est très difficile, euh, la coordination des soins, euh, on a une grosse difficulté, c'est... c'est qu'il n'y en a pas, au final, il n'y en a pas...euh, parce que ce n'est pas toujours évident de joindre le médecin traitant en sachant que... chaque patient reste libre de son professionnel de santé donc si on a 20 patients, on peut se retrouver avec 20 médecins différents, euh un kiné différent, le pharmacien qui est différent donc euh... c'est vrai que... on a toujours eu, avec ma collègue, on s'était posé la question, est-ce que c'est pas bien?... De mettre en place une application. On en a parlé avec ma collègue, on a vu un informaticien, justement pour nous permettre de travailler en coordination avec les professionnels. Des fois, je vous donne un exemple tout bête : "On peut se retrouver en difficulté parce qu'on a un patient qui nous dit, non, je ne marche pas... je ne peux pas me lever ; deux semaines plus tard, on voit qu'avec le kiné, il marche". Et ça, c'est parce qu'en fait, on n'a pas vraiment de, il n'y a pas vraiment de coordination entre les différents professionnels de santé à domicile. C'est à dire que là, c'est, c'est un peu galère.

I : Et, uniquement à domicile ou également ceux qui sont vus en cabinet ou autre ?

PS4 : Non, en milieu hospitalier, c'est... En cabinet, on n'a pas beaucoup de patients en cabinet. Les patients qu'on a en cabinet, c'est vraiment des passages ponctuels, ça peut être juste pour une prise de sang, un pansement, mais des patients sur le long terme ou on a un suivi avec une prise en charge globale, on n'en a pas au cabinet.

I : Aujourd'hui, comment communiquez-vous avec les différents professionnels de santé, quels sont vos moyens de communication avec eux ?

PS4 : Alors, soit c'est par Whatsapp, soit on les appelle directement, soit des fois, on a les dossiers au cabinet, enfin au domicile des patients ; Mais en général, chaque professionnel a son dossier, c'est rare que... euh, on ait un dossier au domicile du patient et que le kiné puisse mettre une annotation, et vice-versa en fait. Donc, si on a besoin d'une information, on appelle directement le kiné ou le pharmacien ou le médecin traitant, mais euh, il n'y a pas vraiment de...

I : D'accord, est-ce que vous pouvez me parler de votre expérience personnelle avec Entr'actes justement dans le cadre de la RRAC de l'épaule ?

PS4 : Alors, euh... en sachant que j'étais là dès le début, donc c'est vrai que... j'étais très très contente de l'initiative puisque, comme je vous l'ai dit, on en parlait déjà avec ma collègue, parce qu'on trouvait ça un peu aberrant en 2020 qu'on se retrouve avec des dossiers de soins, surtout on parle de dématérialiser, avec ma collègue, qu'on puisse mettre en place des dossiers de soins au domicile, avec des feuilles qu'il faut archiver ensuite, donc on avait déjà cette volonté. Donc c'est vrai que quand on nous a parlé du projet, on a trouvé que c'était génial et on se dit que l'idéal, c'est vrai que ça puisse s'étendre à toutes les prises en charge et euh... c'est vrai qu'au début, quand j'ai vu la mise en place du logiciel, j'ai vu effectivement qu'il y avait certaines difficultés mais il y avait une équipe qui était quand même assez volontaire, très volontaire pour pouvoir améliorer rapidement le logiciel. Donc c'était vraiment une très bonne expérience, c'est à dire que j'en garde, c'est à dire que toutes les remarques qu'on a fait remonter ont été prises en compte. On n'a pas vraiment eu de difficulté sur le logiciel pour dire que, ben, on n'a pas été entendu. Et euh... je trouve que c'est assez pratique, c'est facile à utiliser. Euh... la dernière difficulté qu'on a eue, c'est qu'on n'a pas pu ajouter ma collègue. Donc là, déjà, c'est la difficulté qu'on a eue, donc du coup, n se partage ma session au final, mais sinon dans l'ensemble, c'est facile d'utilisation.

I : D'accord. Est-ce que vous avez trouvé le logiciel efficace, utile ?

PS4 : Oui, au temps... Quand on a la prise en charge d'un patient, le patient en général nous appelle... quand il sort déjà d'hospitalisation pour nous dire : "je suis sorti, il me faut absolument une infirmière en urgence". Là, déjà, l'avantage avec Entr'actes, on est déjà prévenu quelques semaines en avant voire quasiment un mois en amont. On avait déjà en plus, on nous offre la possibilité d'accepter ou pas la prise en charge, euh, après des fois, quand les patients nous appellent en sortant de l'hôpital, on est un peu... réticent à dire non, parce qu'on sent la panique dans la voix du patient. Pareil, on a pu passer en amont au domicile du patient, pour voir s'il avait le matériel nécessaire, si quand elle est sortie de l'hôpital, elle avait besoin d'autre chose et pareil, cette dame, elle nous avait appelé uniquement pour le pansement et en ui posant quelques questions, elle est seule à domicile et tout. Je lui ai demandé : "Est-ce que pour les soins d'hygiène, vous auriez besoin d'aide ?" et c'est là qu'elle me dit : "effectivement, oui, j'en aurais besoin".

Et ça, ça, j'ai vraiment trouvé ça génial puisque dans le cas de cette patiente, le jour où on serait venu faire le pansement, peut-être qu'on aurait vu qu'elle était en difficulté et on aurait dû s'organiser rapidement et ça nous aurait mis nous, en difficulté dans notre organisation. Alors que là, on a pu s'organiser rapidement. Concernant la paperasse, je ne vais pas vous mentir, on n'est pas très fan de la paperasse et l'avantage, c'est que là, on avait les ordonnances, on avait le compte-rendu, on n'avait pas à se dire : "c'est quand le patient va sortir de l'hospit' qu'on va voir ce que le médecin veut". On savait que le pharmacien était en place. Pareil pour le kiné, des fois c'est quand on arrive, le patient dit : "il me faut un kiné, vous connaissez un kiné ?". Là, tout est déjà bien organisé donc c'est vrai que cette prise en charge là, génial. Pour un premier essai réel, parce qu'on avait fait des essais tests, on n'a pas eu de cafouillage, on n'a pas eu de difficulté particulière.

Après, comme je vous ai dit, la semaine où il fallait remplir les questionnaires, c'est ma collègue qui a travaillé donc c'est vrai que je ne pourrais pas vous répondre sur la partie euh, questionnaire.

I : Oui, en effet, donc ça a éliminé un peu l'effet de surprise, en fait.

PS4 : Exactement, et ça met une bonne organisation. C'est tout ça.

I : D'accord. Est-ce que vous pouvez me parler de votre utilisation du numérique en santé en 2020 ?

PS4 : Alors, on utilise Whatsapp mais ça reste quand même non sécurisé, donc c'est un peu la limite. C'est à dire que c'est pratique un peu pour tout, on va plus vite avec mais bon ce n'est pas... Ils ont mis en place Mailiz, euh... mais c'est vrai que tout le monde ne l'utilise pas pour l'instant et je trouve que, au temps dans certains domaines, on est très avancé, au temps dans le domaine de la santé, c'est vrai qu'on ait assez en retard. Ça revient un peu à ce que j'ai dit en amont. C'est... pour la gestion de nos patients, on avait demandé une application pour euh, quand on fait nos tournées, parce qu'on a l'obligation d'avoir les ordonnances, dans la voiture quand on fait les soins, d'avoir les dossiers et en fait, on trouve ça un peu aberrant de... d'être un peu, on va dire esclave, puisqu'au temps le dossier de soin, il faut l'avoir. Mais, il faut le mettre à un endroit qui ne soit pas trop accessible aussi à la famille, donc ça veut dire que chaque fois, il faut partir avec le dossier de soins, mais quand on est plusieurs, l'autre collègue en a besoin donc c'est pas du tout pratique et c'est vrai que ce qu'on trouve qu'il manque, c'est ça. Des outils numériques pour qu'on puisse avoir accès au dossier du patient quand on est en tournée, que la collègue puisse avoir aussi accès, de dire qu'on a fait tel soin, de dire qu'on a eu telle difficulté. Et euh, par exemple, le fait que sur Entr'actes, on puisse déclencher, faire des alertes au médecin, c'est vraiment génial puisque des fois, on se retrouve en difficulté avec un patient au domicile. On appelle, on a la secrétaire, le médecin n'est pas disponible, euh... Je vais vous donner un exemple tout bête. Ce sont les patients qui sont sous Préviscan, quand on a fait l'INR, on est censé faire un retour assez rapide du médecin s'il faut réajuster le traitement le soir-même. Des fois, on n'arrive pas à avoir le médecin et on sait que l'INR n'est pas dans la norme, dans les valeurs qu'on nous a imposé et, on n'arrive pas à le joindre et on ne peut pas se permettre de prendre la décision de modifier le médicament. Et en fait, c'est le... c'est plein d'éléments comme ça qui fait que je trouve qu'on n'est malheureusement pas assez bien euh, lotis.

I : Est-ce que vous souhaitez ajouter quelque chose sur le sujet ?

PS4 : Euh, j'ai déjà beaucoup parlé là, non ? [Rires]

## **Annexe 7 : Cinquième entretien**

I : Pouvez-vous me parler dans un premier temps de votre pratique de kinésithérapeute en Martinique ?

PS5 : Ben alors, nous, on travaille dans un cabinet de groupe, en fait, on est 6 en tout dans le cabinet. On travaille en individuel avec les patients, on fait une demi-heure avec les patients, en individuel, ensuite on peut leur donner des exercices. Moi, ça fait depuis 2007 que je suis en Martinique et que je travaille comme ça. Voilà, ce cabinet ; on l'a racheté ici avec ma collègue, il y a 9 ans maintenant.

Et voilà, on n'a pas de spécialité, on fait de tout, plusieurs formations chacun, et voilà, on traite de tout sans spécificité particulière, on fait un peu de tout.

I : Que pensez-vous de la coordination des soins en Martinique en 2020, entre les différents professionnels de santé ?

PS5 : Vis-à-vis d'ENTR'ACTES ou en général ?

I : En général.

K1 : On n'a pas trop de communication... avec les médecins, on ne leur envoie pas systématiquement de retour, de bilan, on ne voit pas forcément... Enfin on ne communique pas énormément entre les différents acteurs de soins en fait, notamment, nous dans le cabinet en tout cas. Après, peut-être que d'autres cabinets le font mais on n'a pas trop de relations avec les médecins et tout.

I : Et si vous êtes devez être amenés à communiquer avec eux, quels moyens utilisez-vous ?

PS5 : C'est juste par téléphone du coup, le téléphone.

I : Est-ce que vous pouvez me parler de votre expérience personnelle avec ENTR'ACTES dans le cadre de la RRAC de l'épaule ?

PS5 : Alors, moi c'est tout récent. ENTR'ACTES... J'utilise depuis la semaine dernière, avant je ne connaissais pas ; donc voilà, c'est Dr Goulon qui m'a demandé si je pouvais utiliser cela par rapport à sa patiente qu'il m'envoyait.

Pour l'instant, je trouve cela relativement pratique avec... notamment les comptes rendus opératoires, tout ça, enfin, c'est pas mal. Et puis, pareil, si on a un message à faire passer, c'est simple de faire avec ça et avec n'importe quelle... avec l'infirmière, avec le médecin. C'est relativement pratique ouais. Mais je n'ai pas suffisamment de recul avec cette application encore, donc je ne peux pas dire si ça fonctionne vraiment bien, je sais pas. Comme c'est la première patiente que j'ai, je n'ai qu'une patiente avec cette application donc je n'ai pas suffisamment de recul.

I : Est-ce que vous trouvez que l'application a répondu à un besoin de votre côté ?

PS5 : De mon côté, en besoin pas forcément, non je n'ai pas forcément besoin de ça, après c'est beaucoup plus une question pratique que réellement un besoin de ma part.

Peut-être que pour les médecins c'est plus simple pour eux de communiquer, d'avoir des retours sur les séances de kiné ou les soins infirmiers, tout cela. Mais, moi personnellement, je ne me sentais pas forcément concerné.

I : Même avec un faible recul, pensez-vous que cela modifie la prise en charge du patient ?

PS5 : Euh... de mon côté pas forcément, j'ai pas changé ma façon, enfin ma prise en charge n'a pas changé par rapport à cette application.

Alors effectivement, il y a eu des bilans à faire, à envoyer directement sur l'application donc peut-être pour le retour du médecin lui-même, c'est plus simple mais moi de mon côté, non, ça n'a pas changé grand-chose.

I : Est-ce que vous avez rencontré des difficultés techniques ?

PS5 : Non. Non, non.

I : Est-ce que vous pouvez me parler du numérique en santé, en 2020 ?

PS5 : Le numérique... Euh... Moi, je n'utilise pas énormément au numérique à part pour les télétransmissions avec la Caisse mais ouais, j'utilise pas trop.

I : D'accord. Est-ce qu'au niveau du smartphone, des applications par exemple.

PS5 : Ouais, non, smartphone, après j'ai juste une application d'anatomie en fait, puisque le patient aime bien voir quand ils ont un souci quelque part, ils aiment voir à quoi ça correspond. Pour expliquer, c'est un peu plus visuel de leur montrer tel muscle, telle articulation, comment c'est fait, comment ça bouge, tout cela, tout ça, je l'utilise mais euh... c'est à peu près tout ce que j'utilise.

I : D'accord. Globalement, qu'est-ce que vous pensez d'ENTR'ACTES ?

PS5 : Je trouve cela pas mal, enfin pour l'instant, je trouve que cela fonctionne bien. t ouais, je pense qu'à l'usage cela peut m'apporter une simplicité dans les échanges avec les différents acteurs de soins pour un patient donné. S'il y a un souci ou une remarque à faire, je pense que cela peut être plus simple effectivement, en utilisant ça.

I : Est-ce que vous voulez ajouter quelque chose sur le sujet, sur la coordination des soins, par exemple ?

PS5 : Non.

## Annexe 8 : Sixième entretien

I : Est-ce que vous pouvez me parler de votre pratique en tant que médecin en Martinique ?

PS6 : Ma pratique ? C'est vaste ça [Rires]. Ben, moi, je suis médecin généraliste, je fais des remplacements fixes depuis 5 ans, non plus, 6 ans et je suis installée à mon compte depuis euh, ben 1 an et 2 mois. Ici, c'est un cabinet où j'ai une patientèle assez jeune. Et, euh, voilà, en tant que médecin généraliste, on voit un peu de tout. Je ne sais pas si c'est ce que vous attendez comme réponse.

I : Oui. On va entrer dans le vif du sujet. Que pensez-vous de la coordination des soins en Martinique en 2020 ? Entre les différents professionnels de santé.

PS6 : Euh, la coordination des soins, ben... ben en fait, c'est plus le bouche à oreilles je trouve. Enfin, j'ai découvert la plateforme Entr'actes il n'y a pas si longtemps que ça donc je ne l'ai pas encore bien utilisé. Comme c'est un pays insulaire, on se connaît euh, donc c'est plus sur les relations dans le libéral, entre libéraux, on arrive quand même à communiquer même si bon, le manque de spécialistes dans certaines spécialités fait que, c'est des fois compliqué. Mais, je trouve que c'est beaucoup plus difficile avec les hospitaliers, la coordination des soins. Entre libéraux, je trouve qu'il y a quand même des échanges assez faciles, quand il n'y a pas trop de pénurie de spécialiste mais avec le... mais avec l'hôpital, je trouve que c'est très, très compliqué de joindre les spécialistes, d'échanger avec eux. Et après, en termes de coordination des soins euh, par exemple, paramédicaux-médicaux, euh... ben c'est vrai que c'est assez pauvre je pense, enfin ça m'arrive quand même d'échanger avec des infirmières euh, de patients, mais c'est vrai qu'on est souvent bousculés. C'est difficile, ça ne se fait pas tant que ça quoi. Je pense que ce n'est pas si... enfin, je, voilà.

I : Mis à part le bouche à oreille, quels sont vos moyens privilégiés pour discuter avec les autres professionnels ?

PS6 : Bah, ça sera, ben voilà, c'est via nos groupes Whatsapp, on obtient les... quand ce ne sont pas des gens que je connais personnellement, on obtient les numéros de téléphone et on les appelle sur leur portable, quand ils acceptent de répondre. C'est plus ça, plus que des Whatsapp même, c'est plus des appels sur leur téléphone portable, c'est comme ça que je fais en tout cas.

I : Est-ce que vous pouvez me parler de votre expérience personnelle avec Entr'actes dans la RRAC de l'épaule ?

PS6 : Euh, ben mon expérience est assez pauvre, j'ai eu un gentil monsieur là qui m'a appelé pour euh... Bon, l'installation n'était pas si compliquée que ça, j'avais essayé déjà de m'inscrire pendant le Covid, j'avais pas réussi, ça avait un petit eu bugué. Finalement, j'ai réussi il y a quelques semaines, bon, ça a l'air sympa et pratique mais je ne l'ai pas vraiment euh. J'ai pas fait grand chose, moi, j'ai pas posté de chose dessus. J'ai vu qu'elle devait être opérée après bon, j'ai pas, j'ai pas encore beaucoup d'expérience avec...

I : Vous n'avez pas beaucoup utilisé ?

PS6 : Non.

I : D'accord. Mais, est-ce que vous avez rencontré des problèmes techniques ?

PS6 : Euh, non, ça a bugué juste au début, et puis il m'a envoyé, je ne sais pas comment il s'appelle ce monsieur...

I : C'est thomas, je pense.

PS6 : Voilà, il m'a envoyé un... enfin il a débloqué vite la situation donc ça a été.

I : Est-ce que vous trouvez qu'il est simple à utiliser ?

PS6 : L'application, donc pour le peu que je l'ai utilisé, euh oui, oui, ça a l'air d'être simple. Ça a l'air d'être simple. J'ai pas encore bien compris si moi, je peux mettre des documents et ce qu'il faut que je mette vraiment dessus. De toute façon, la patiente, je ne l'ai pas revu après son... son intervention, euh... Donc voilà.

I : Trouvez-vous que l'outil répond à vos besoins ?

PS6 : Je trouve que c'est une bonne idée, que ça peut être pratique hum... Alors déjà, je vois qu'en tant que médecin généraliste, annuler je sais pas. Enfin, je suis encore novice dessus heun. Je vois là annuler sur euh... sur le dossier, je sais pas si ils m'ont retiré ou quoi, je sais pas [Rires]. Je sais pas, je, vraiment, je me suis inscrite pour rendre service, pour, parce qu'on m'a demandé mais j'ai pas encore, enfin dans la pratique je ne l'ai pas vraiment utilisé.

I : D'accord.

PS6 : Parce qu'en fait, ça envoie... ça envoie des notifications, c'est ça ?

I : C'est ça, des alertes.

PS6 : Ouais, ben j'ai pas [Silence]. J'ai pas encore bien, ouais non, en plus, j'avais des semaines compliquées ces derniers temps, alors, du coup, je n'ai pas encore bien regardé. Je pense que je ne suis pas encore très à l'aise avec [Rires].

I : Très bien. Pouvez-vous me parler du numérique en santé en 2020. De votre utilisation.

PS6 : Hum. Très pauvre. En plus, j'ai pas fait, je sais qu'ils ont fait des petites formations, des petites choses comme ça, mais je n'ai pas été. Donc moi, j'ai une activité très classique, très voilà... avec mon logiciel, enfin je n'utilise pas beaucoup de numérique. Non, en fait. Mon activité... Enfin, je n'utilise pas beaucoup de supports numériques. J'ai Apicrypt, c'est assez pratique par contre donc la messagerie sécurisée pour les bilans, même si ça nous rajoute beaucoup de travail malgré tout le soir. Mais euh... c'est pratique quand même d'avoir des résultats rapidement et de... ça, c'est bien mais c'est tout ce que j'utilise comme outil numérique.

I : D'accord. Et vous trouvez que le numérique est suffisamment développer en général ?

PS6 : Non, mais moi, je ne suis pas très forte en fait, en nouvelles technologies, tout ça. Donc moi, j'ai toujours un train de retard. Je suis jeune mais pas très voilà... Donc ça peut

être pratique hein. Au début, j'ai une espèce de... enfin quand j'ai vu Apicrypt, je me suis dit alala, c'est compliqué, il faut cliquer sur 10 000 trucs euh. Après, c'est l'adaptation qui est difficile mais souvent c'est des choses pratiques au final. Enfin, qui aident dans la pratique.

I : Souhaitez-vous ajouter quelque chose sur le sujet ?

PS6 : Non. Non, après la seule chose que je peux hum, dire, c'est que je pense que de nous mêmes, on ne pense pas trop à aller, à se développer sur ces choses là et je pense que les médecins généralistes, ils ont besoin qu'on vienne un peu à eux pour ces nouvelles technologies et qu'on vienne vraiment nous montrer des fois, même sur place, comment ça fonctionne, avec des tutos bien détaillés quoi, ou même qu'il y ait quelqu'un qui nous aide à distance comme ça a été le cas avec Thomas. Parce que de nous-mêmes, on voit ça comme une charge de travail supplémentaire à laquelle il faut s'adapter et on repousse, on repousse, c'est comme le dossier médical personnalisé. On a essayé de l'installer, ça a buggué, et ben, on a laissé tomber et on ne l'a jamais réinstallé depuis plus d'un an quoi... Donc, en fait, mais je pense que si quelqu'un venait vraiment nous prendre la main pour le faire, on ferait plus de choses [Rires], c'est comme Entr'actes hein, ils m'en ont parlé vaguement, et c'est quand il a insisté Thomas que je l'ai fait, parce que sinon, je reportais toujours à après, voilà.

## **Annexe 9 : Septième entretien**

I : Est-ce que vous pouvez me parler de vous et de votre activité en Martinique en tant que chirurgien ?

PS7 : Je m'appelle G, je suis orthopédiste, je fais de la chirurgie du membre supérieur : épaules, mains et au niveau de l'épaule c'est souvent des lésions au niveau des rotateurs. Donc, c'est un traitement arthroscopique qui se fait maintenant de plus en plus en ambulatoire et pour lequel on a la RRAC, ça veut dire une sortie anticipée du patient avec une bonne coordination entre les professionnels qui vont,...le kiné, le médecin traitant, l'infirmier, le pharmacien et le chirurgien.

I : En parlant de coordination, est ce que vous pouvez me parler de la coordination de soins entre les professionnels de santé en Martinique, en 2020 ?

PS7 : Actuellement il y a une coordination qui est informelle entre professionnels, c'est à dire que les gens essaient de s'appeler quand ils ont besoin l'un de l'autre ; par exemple, une infirmière qui voit une plaie d'un patient, qui a été opéré, et qu'elle ne trouve pas forcément belle, elle va dire au patient de reprendre contact avec son médecin, ou elle va essayer de le recontacter, ce qui n'est pas toujours évident puisque soit le téléphone ne répond pas, ou le secrétariat c'est pas toujours évident de contacter le professionnel, donc il y a cette barrière-là.

Ça m'arrive parfois de voir des patients un petit peu à retardement, j'aurais préféré parfois les voir avant. Et là, l'intérêt de cette application, c'est qu'il y a des notifications, alors on n'est pas toujours scotché au téléphone mais si on ne voit pas la notification tout de suite, on a aussi un mail donc c'est assez sécurisant. Et ça permet d'éviter de se confronter aux barrières téléphoniques.



I : D'accord. En parlant d'ENTR'ACTES j'ai quelques questions à vous poser à propos de l'outil, alors est ce que vous trouvez que l'outil a facilité votre travail ?

PS7 : Alors, actuellement c'est pas le cas, pas encore le cas, à terme ça le sera, là parce que c'est une phase on va dire de début, donc il y a un travail assez long, en tout cas de bouche à oreille ou de communication auprès des professionnels puisque le système ne fonctionnera que lorsqu'il y aura une bonne partie des professionnels qui vont l'adopter. Donc là, en ce moment, il y a un travail qui n'est pas forcément facilitant de communication, en fait ; ce n'est pas forcément inintéressant mais ça ne facilite pas pour le moment. C'est-à-dire que les patients opérés quand même je trouve que c'est bien, j'ai tout de suite une vue en fait sur le premier passage du kiné et de l'infirmière, je sais comment va le patient via leurs appréciations ou leurs réponses aux questionnaires. Donc, pour moi déjà, c'est rassurant, pour le patient j'imagine que ça peut l'être aussi. En tous cas, pour le moment à défaut d'être facilitant, c'est sécurisant. Je trouve que c'est déjà important, mais ce sera facilitant à l'avenir quand tout le monde saura l'utiliser.

I : D'accord. L'outil a-t-il un impact sur la coordination au sein de l'équipe ?

PS7 : Ouais, tout à fait, donc c'est un des objectifs, les ordonnances sont données en amont. Les gens savent bien en amont de l'intervention chirurgicale ce qu'ils doivent faire ; euh il est possible, mais c'est pas encore réalisé que la pharmacie puisse aussi anticiper les demandes d'attelles. Enfin, c'est fait parce que le papier est donné au patient quand même, mais à l'avenir, ce sera numérisé et ce sera probablement mieux pour le patient qui aura juste à aller chercher son matériel ou se le faire porter à domicile, comme ça se fait avec certaines officines.

Après au niveau de la coordination, entre le kiné et l'infirmière, je ne sais pas si ils se contactent mais il est possible d'utiliser le chat en tout cas pour pouvoir, si, si ils en voient l'utilité de communiquer entre eux et puis pour le médecin traitant qui est le pivot quand même du système, il est informé avant, il est informé le jour de l'opération puisqu'il y a le contrôle opératoire qui est délivré le jour même. Et puis, il est informé tout au long, il peut suivre aussi les questionnaires remplis par les professionnels pour savoir comment va son patient. Donc oui, pour la coordination, je pense que c'est un plus.

I : Est-ce qu'ENTR'ACTES est simple d'utilisation ?

PS7 : Ouais.

I : D'accord. Est-ce que vous avez rencontré des problèmes techniques avec ENTR'ACTES ?

PS7 : En fait, il y a eu des problèmes techniques, puisqu'on a fait quelques tests au départ, avant de le lancer, on a essayé de résoudre la majorité, alors je ne suis pas informaticien mais il y a du développement qui est fait par certaines équipes et en gros c'est un problème que je détecte moi, avant que l'équipe informatique ne le sache, il y a au moins 2 relais. Donc, parfois, le message, il peut être déformé et cela peut être un peu long pour résoudre les problèmes.

Donc le problème technique qu'on a eu c'est la disparition par exemple du compte-rendu opératoire ou le fait qu'on déclenche pour avoir un Kiné, une infirmière, un médecin traitant, mais si on le fait pas dans le bon tempo avant l'intervention, ils peuvent apparaître comme annulés dans l'application. Donc ça, on est en train de l'améliorer et de le corriger. Après, il

Il y a eu d'autres problèmes techniques euh, on en a déjà corrigé beaucoup, au départ, il y avait un problème d'identification aussi, avec une clé de sécurisation qui était trop chronophage, donc on a réussi à l'éliminer. Enfin, cela me concernait essentiellement moi, en tant que chirurgien qui a inscrit le patient dans le dispositif, donc ça, c'est un login qui a été enlevé, un frein qui a été enlevé, pardon.

L'authentification est forte, comme on est sur des données de santé, il faut que ça soit hyper sécurisé, quand un professionnel de santé se connecte sur son ordinateur, donc il se connecte, il rentre son mot de passe et il reçoit un code par SMS qu'il doit rentrer dans l'application, c'est long, c'est fastidieux, voilà.

Sinon, en dehors des problèmes techniques, il y a pour moi un problème, pour moi en tout cas, un petit peu chronophage au départ, c'est-à-dire de rentrer de données administratives. Parce que pour déclencher le patient, il faut que j'aille sur le site ENTR'ACTES, que je crée le déclenchement en rentrant à nouveau : son nom, son prénom, ce que j'ai déjà fait dans mon logiciel avant, je suis obligé de le faire en doublon, en fait, le numéro de sécu etc., l'adresse ... Ensuite d'incrémenter ses professionnels de santé, donc on respecte toujours le libre choix du patient sur le choix des professionnels, si il a déjà un kiné, une infirmière. On les met dedans et je passe un peu de temps à les appeler ces professionnels pour qu'ils téléchargent l'appli. Voilà ça, c'est les petits soucis pas forcément techniques, mais qu'on n'avait pas forcément non plus anticipé. On va les améliorer puisqu'on va recevoir des lecteurs de cartes vitales qui pourraient déjà nous faire gagner du temps.

Au niveau des autres problèmes techniques rencontrés, il y avait : le bouton « Opération effectuée » qui n'était pas disponible sur le mobile. L'objectif aussi, pour bien coordonner les soins, pour le kiné surtout, c'est important d'avoir le compte-rendu opératoire, si il veut commencer la kiné dans de bonnes conditions, il faut qu'il sache un minimum quelle technique j'ai utilisé, quels fils, quelles sutures j'ai fait au niveau des tendons et donc on a dit qu'on mettrait le compte-rendu opératoire tout de suite sur ENTR'ACTES le jour de l'opération. Sauf que pour faire ça, il fallait un bouton « Opération effectuée » et ensuite joindre le compte-rendu opératoire.

Donc maintenant, je peux le joindre puisqu'ils ont rajouté la petite icône note et pièce jointe, donc j'appuie dessus et je joins les photos.

Et l'icône : « Opération effectuée », ça c'est en cours, je ne pense pas... c'est pas encore sur le mobile, je peux le faire sur Internet, sur le site, mais sur le mobile c'est quand même plus pratique au bloc opératoire puisqu'on n'a pas toujours accès aux ordi, c'est souvent utilisé par les infirmières ou par les anesthésistes, donc voilà.

Sur mobile aussi, on a demandé que l'équipe de soins puisse avoir les notes et pièces jointes pour pouvoir avoir quand ils sont chez le patient... Que l'infirmière puisse envoyer une photo.

En termes d'évolution, on a demandé que le questionnaire d'éligibilité soit enlevé.

Quand j'inscris un patient il y a un questionnaire d'éligibilité, c'est ce qu'on avait décrit au départ en fait pour faire valider le projet par les instances ; c'est qu'on ne peut pas inscrire n'importe qui dans le projet, par exemple, un patient qui a des troubles psychiatriques ce n'est pas une bonne idée de le faire sortir tout de suite ou de le mettre dans un processus pour récupérer rapidement. Donc là, en fait, on avait décrit cela et puis ça a été mis dans le cahier des charges mais on s'est rendu compte que ça ne sert pas à grand chose, puisque moi, quand j'appelle le patient je sais qu'il est éligible donc je ne vais pas me coltiner un questionnaire auquel j'ai déjà répondu. Donc, on le supprime tout simplement.

I : Des critères d'inclusion et d'exclusion en fait.

PS7 : Ouais, coté opéré, est ce qu'il y a des enfants en bas âge à la maison? Des choses comme ça. Ça, c'est des choses que j'ai déjà vu dans la discussion avec le patient avant. Et puis si il y a des problèmes psychiatriques etc... Je le sais, donc là à ce moment-là je vais l'opérer avec des méthodes un peu plus classiques.

On a dit qu'on le mettait en stand by, par contre pour d'autres pathologies ou d'autres chirurgiens qui voudraient faire d'autres choses dans ce processus-là, on peut le garder en coulisses et puis le remettre à disposition si ils en ont besoin. Mais moi, je trouve qu'à l'usage, il n'est pas utile. On l'enlève pour l'instant.

La question qui s'est aussi posée, lorsque on enregistre un patient, non pas sur mobile mais sur poste fixe il y a un problème quand il faut ajouter un professionnel de santé. On a un petit icône sur lequel il faut appuyer et on ne peut pas rentrer tout de suite le...

Si tu veux, c'est vraiment un détail, par exemple, t'as un champ pour remplir l'infirmier, tu as un champ qui existe, mais tu ne peux pas cliquer dedans en fait, donc tu as un petit bouton "plus" à côté, tu es obligé d'aller appuyer sur le "plus" et ensuite d'aller chercher l'infirmier que tu veux. Ça, c'est vraiment un détail, mais les informaticiens auraient pu faire en sorte que tu ailles directement dans le champ. Et là, tu as la liste des infirmiers qui s'affiche, c'est pour moi 2 clics en plus qui sont pour moi inutiles. Il y a beaucoup de petits détails techniques qui peuvent te pourrir le truc. Moi, je reste motivé, ça va. Si c'est un système qui veut être utilisé par d'autres personnes, il ne faut pas qu'il y ait, il ne faut pas qu'il soit gonflant  
quoi.

La dernière : c'est pouvoir rendre accessible le dossier RRAC aux membres d'un même cabinet. C'est très important. Puisque souvent les kinés, ils sont en équipe, les infirmières aussi, pour les médecins, je ne sais pas, pas systématiquement. Mais bon, c'est surtout pour les cabinets où l'infirmière, elle passe un jour, Le lendemain, c'est sa collègue. Et là, elles ne peuvent pas du coup puisque c'est nominatif pour l'instant, l'application. Donc, il faut qu'on trouve un système avec Médical Concept, pour que ce soit des cabinets et pas des personnes, surtout pour les kinés et les infirmières.

I : Au centre, Il faudra voir si ils peuvent rajouter quelqu'un dans la prise en charge, on fait une demande et c'est toi qui a...

PS7 : Euh, ouais, mais cela complexifierait la démarche. Pas forcément pour moi, mais l'infirmière, elle pourrait chaque fois faire une demande, mais bon ça va les démotiver si à chaque fois, elles doivent faire une manipulation en plus. L'objectif, c'est justement de faciliter le travail des gens, pas de leur rendre la tâche plus compliquée. Donc, il faut voir avec Médical, qu'ils essaient d'organiser cela, en fonction des cabinets et pas des personnes. Et la barrière ce seront les numéros RPPS ou un truc comme cela, là, je sais pas, il faudra qu'ils réfléchissent à cela.

I : D'accord. Autre question, est ce que vous préférez travailler avec ou sans cet outil ?

PS7 : Ben là, je préfère travailler avec, puisque comme je te l'ai dit, j'ai vu dans les premiers jours comment les patients évoluaient et ça me paraît moi d'être tranquille, de dire mais tout va bien ou de reconvoquer le patient si je m'aperçois que cela ne va pas, et de tout de suite dépister une complication. Peut être rectifier le tir, et éviter de se retrouver avec une coiffe itérative, ce qui peut arriver dans les premières semaines post opératoires et donc à éviter au patient une deuxième intervention.

I : Dernière question : globalement que pensez-vous d'ENTR'ACTES ?

PS7 : Et bien là, c'est un domaine à développer, c'est hyper riche, on peut faire plein de choses avec l'application. Euh, il ne faut pas que les gens le voient comme un boulet en fait aux pieds donc, il faut tout faire pour l'améliorer, pour que ce soit vraiment facilitant. Et je pense que ce le sera vraiment si on arrive à corriger les tout petits détails techniques. Voilà, et c'est un outil vraiment au service du patient puisqu'il y a des alertes qui peuvent être déclenchées. Pour les soins non programmés, c'est aussi intéressant de pouvoir avoir accès à des spécialistes par ce biais sans avoir à attendre des mois les consultations.

L'échange d'informations entre les médecins, les infirmiers, ça peut être quelque chose d'intéressant puisque là, c'est pas WhatsApp puisque c'est vraiment sécurisé, autorisé. Il y a un lien qui peut être fait avec le DMP en plus.

Moi, je vois que c'est l'avenir, je ne sais pas, il y a peut-être d'autres applications de ce type, mais celle-ci me paraît aboutie, en tout cas, là où elle est utilisée beaucoup depuis longtemps dans l'Essonne et elle est plébiscitée; et dans le Grand Est, elle commence à être utilisée aussi.

Je n'ai pas de retour par contre. Je pense que ça marchera... Si les détails techniques sont résolus assez rapidement.

Après, il faut dire que cela ne doit pas être porté par des valeurs syndicales sinon, on risque de se confronter à des barrières d'autres syndicats, et ça, ça peut être préjudiciable. Et ça, ça arrive souvent malheureusement.

I : Les barrières syndicales, c'est-à-dire ?

PS7 : Ben en tout cas au niveau des infirmiers, il y a 2 syndicats en gros, qui sont en lutte l'un contre l'autre. Donc, dès qu'il y en a un qui dit: "ça, c'est bien", l'autre va dire: "ça, c'est pas bien". Tu vas avoir un clivage, des infirmiers qui disent: "moi, j'aime bien et puis d'autres: ça, c'est naze, ça marche pas". Et chez les médecins, c'est pareil, il y a des syndicats qui vont pousser le truc et puis d'autres qui par dogmatisme vont dire: "c'est de la m....".

Et, ça, ce serait dommageable et ça arrive souvent. Pour Apicrypt et d'autres, ce sont des combats syndicaux derrière en fait.

C'est surtout qu'on ne veut pas faire de la tâche supplémentaire, c'est vrai que ça te fait une application en plus, mais si c'est pour te faciliter ton truc, pas avoir à te coltiner le secrétariat, tout ça au téléphone, c'est pas mal.

Les questionnaires qui ont été faits, c'est des questionnaires intelligents : vous avez vu le patient à J1, tout va bien, après c'est fini, il reste juste à mettre la température pour l'infirmière. 37° c'est bon...

## **Annexe 10 : Huitième entretien**

I : Pouvez-vous me parler de la coordination des soins en Martinique en 2020 ?

PS8 : Alors, la coordination des soins en 2020, c'est un vaste sujet vu que c'est un changement de paradigme de l'exercice médical, puisqu'on se rencontre qu'on doit un peu travailler un petit peu comme à l'hôpital avec une équipe de soins, centrée autour du patient et il faut que le médecin, les infirmiers, les kinés, les laboratoires travaillent en coordination. Donc, la coordination des soins nécessite des outils partagés, nécessite des outils adaptés à notre profession, nécessite des outils qui soient adaptés à l'usage des autres professions, parce qu'on a peu de temps, on a pas beaucoup de... L'importance, c'est de bien soigner son patient et très souvent, il y a des pertes d'information, non pas parce que le professionnel de santé ne veut pas le soigner mais parce que l'outil n'est pas adapté et on a pas la même temporalité.

Donc, quand on appelle l'infirmière, elle n'est pas joignable. Quand on appelle le spécialiste, il n'est joignable. Et qu'on ait des outils adaptés où on peut répondre quand on est disponible, comme un téléphone, ou envoyer des messages ben pour moi, c'est l'avenir.

I : Pouvez-vous me parler de votre expérience personnelle avec Entr'actes dans le cadre de la RRAC de l'épaule ?

PS8 : Alors, euh, moi l'expérience avec la RRAC de l'épaule j'ai envoyé des patients. Malheureusement, avec le Covid, ça a été annulé puisque tout a été mis en standby puisque les opérations qui étaient autorisées n'étaient que les opérations urgentes et la coiffe de l'épaule n'était pas considérée comme une opération urgente. Donc mes patients vont être pris en charge plus tard, quand, l'organisation du chirurgien, il n'a pas encore opéré mon patient mais j'ai eu le retour d'autres patients donc je, j'ai participé aux travaux d'élaboration donc je sais comment ça fonctionne. Mais à titre personnel, mes patients n'ont pas encore été inclus parce que dû au retard dû à l'infrastructure avec le Covid où les opérations avaient été, tout a été complètement chamboulé. Donc, justement pour moi, cette RRAC et cette coordination des soins permet de discuter avec le chirurgien, avec l'infirmier, avec le kiné, avec le pharmacien, avec une évaluation, avec un recueil de données, euh, qui soit facile à faire, qui soit, euh, justement incrémenté aussi bien sur notre portable puisqu'on reçoit les notifications sur le portable et on peut très bien après remettre les compte-rendus dans le DMP. Comme on a le compte-rendu opératoire et ce sera justement l'élément du patient. Donc, bien sûr, le patient, pour être pris en RRAC, il faut qu'il soit d'accord et ce que je trouve bien, c'est que c'est l'équipe de soin habituelle qu'on demande et si le patient n'a pas d'équipe de soin et bien, on va trouver une équipe de soin géolocalisée à proximité. Parce que si c'est pour faire des kilomètres pour aller voir un kiné, ça ne sert à rien. Et le kiné qui va venir à domicile, il faut qu'il soit à côté du patient.

Donc, moi, je trouve que ça permet de, pour moi, les deux avantages sont : la communication parce que c'est vraiment un défaut de communication et c'est souvent des... donc la communication entre les acteurs au service du patient et ensuite ça fait une traçabilité et une lisibilité qui est adaptée à la pratique parce que c'est facile, c'est ergonomique et du coup, on a les informations essentielles et on a pas du blabla qui veut rien dire.

I : D'accord. Du coup, je vais vous poser quelques questions sur Entr'actes mais si vous ne l'avez pas utilisé dans la RRAC.

PS8 : Ah ben non, puisque je ne l'ai pas eu, ouais. Puisque les RRAC, il n'y en a eu que 4 de déclenchées et moi, les autres, elles n'ont pas été parce que leur programmation, elles ont été annulées. Donc, j'ai une patiente, je dis ça, j'ai une patiente qui a été opérée mais du coup euh.... Parce qu'elle a été opérée et j'ai su parce que, elle devait être dans la RRAC, elle devait être inclus, j'avais donné mon accord et avec le Covid, ben ça a tout annulé quoi.

I : D'accord. Est-ce que vous pouvez me parler du numérique en santé en 2020 ?

PS8 : ET ben, pour moi, c'est la grande évolution, c'est le changement de paradigme, que les gens ne soient pas tout seuls dans leur coin mais euh, le numérique en santé, euh pour moi, il faut que les socles euh... comment dirais-je... Pour moi, pourtant dieu sait que ce n'est pas du tout ma tasse de thé, c'est pas, c'est pas mon système, j'aime mieux le contact que d'être dans le virtuel. Mais, il faut bien se rendre compte que le numérique est un outil qui doit faciliter la prise en charge, qui doit être adapté et j'insiste, qui soit adapté aux usages, qui soit fait de façon ascendante et non pas descendante et que le numérique doit avoir des outils créés par les professionnels pour répondre à leurs besoins, qui soient créés à leur demande et non pas par des fabricants qui pensent que c'est bien pour eux et de redescendre de façon descendante en disant: "voilà, j'ai construit un outil un outil pour vous, vous allez voir, c'est très bien". Moi, je suis comme Nelson Mandela, ce qui est fait pour nous, sans nous, est contre nous, c'est clair".

Si je décide, si on écoute mes besoins, si on voit de quoi le médecin généraliste a besoin, si on voit de quoi le chirurgien a besoin, si on voit de quoi l'infirmier a besoin, on a pas tous les mêmes besoins, donc c'est pas la peine de remplir des questionnaires à ne plus finir. Il faut que le numérique soit facilitateur, soit un gain de temps et soit un gage de qualité, de suivi, et justement de fléchage. Parce que ça permettra d'augmenter la prise en charge en qualité, en efficience et je pense que par ce numérique, par cette intelligence artificielle, on va arriver à déceler des choses qu'on ne décèle pas tout seul dans notre coin parce que la congrégation de données permettra de voir, de déceler des alertes en se disant : "tiens, il y a un truc qui se passe".

Alors que nous, on voit notre petit bout de lorgnette de notre exercice, mais le fait, par cette puissance d'ordinateur et cette puissance d'évaluation, permettra d'avoir quelque chose qui peut être magique. Parce qu'on pourra se dire : "tiens, dans tel cas, il y a eu des alertes et pourquoi" et de réfléchir au pourquoi, et de trouver la faille, ce qui permettra d'améliorer la prise en charge. Je sais que par exemple, l'outil Entr'actes, quand il avait été développé dans l'Essonne, au départ, il avait été développé surtout pour la sortie d'hôpital, et ils se sont aperçus par retour justement, par ce système de congrégation de données, qu'il y avait beaucoup de problématiques de surinfections et ils se sont dits : "tiens, pourquoi ?". C'était des sage-femmes, euh, il y avait dans tel endroit des sage-femmes qui voyaient que, en fait, la parturiente avait des surinfections et ils se sont aperçus qu'en fait, il y avait eu un problème de fil donc ils ont regardé pourquoi et de chercher le dénominateur commun. Il s'avérait que c'était un chirurgien et euh, c'était un chirurgien, et c'était des sage-femmes, dans tel hôpital et ils ont cherché le dénominateur commun entre ce chir, donc ce n'était pas la personne. Le dénominateur commun entre ce chirurgien et les sage-femmes, c'était un gynéco et des sage-femmes, et ils se sont aperçus qu'ils avaient utilisé un lot de fils et que c'était un défaut du fil. Donc c'est un truc tout bête mais ça a permis de lancer une alerte et en fait, il y avait un lot qui était euh... qui était défectueux.

Donc c'est un exemple, une petite surinfection, mais ce n'est jamais agréable, quand on vient, qu'on a une épisio et ainsi de suite mais ça a permis de déceler l'alerte. Et je pense qu'on pourra avoir, pareil, peut-être déceler dans les iatrogénies des médicaments, dans la

personne qui prend, pourquoi la douleur, d'adapter, peut-être d'avoir des protocoles qui soient, vu le nombre, qui soient très pertinents et d'arriver à, à peut-être ajuster et je pense que ça sera pour nous un gage de qualité. Donc bien évidemment, pour que ce soit un gage de qualité, il faut que ce soit bien conduit mais je repars sur le principe... Moi, j'ai participé à plein d'expériences d'industriels de la santé qui voulaient donner des systèmes, pour les médecins, qui n'étaient pas du tout adaptés. Il fallait se connecter un site avec un mot de passe, avec un login, il fallait un numéro d'identification, qui était celui de l'hôpital, avec un deuxième mot de passe, une deuxième sécurité, enfin c'était aberrant et si vous êtes là, devant votre patient, vous faites une visite, vous n'avez pas votre ordi et on a pas de temps à perdre là-dessus. Moi, ce que je veux, c'est que mes patients soient bien soignés, que j'ai l'impression de faire mon travail du mieux que possible et d'essayer de donner des soins de qualité à mes patients. Donc, pour moi, c'est comme la voiture, l'outil numérique est un moyen d'arriver à mes fins.

I : Très bien.

PS8 : Voilà.

I : Ben écoutez, est-ce que vous souhaitez ajouter quelque chose sur le sujet ?

PS8 : Ben, je pense que c'est l'avenir. C'est l'avenir, c'est un sujet, tout le monde en parle avec plein d'avis. C'est l'avenir avec des points de vigilance où les bases de données doivent restées la propriété du patient, ne doivent pas errées comme ça à droite, à gauche; Il faut être vigilant dans l'utilisation des données qui soie faite., que le respect des règles de confidentialité, le respect des droits de la personne, donc moi, quand on a suivi, on a toujours travailler avec les associations de patients parce que je pense qu'un patient, ce n'est pas un numéro et que l'éthique doit être respectée et doit être au centre de la condition humaine. Et que l'outil numérique est un appui, mais que cet appui, il doit être guidé, il doit être bien utilisé et pas dévié à des fins commerciales ou des fins mercantiles ou des fins d'utilisation de, des assurances, ou de X ou Y, il faut être vigilant à ce sujet. Parce que ce sont des données qui sont confidentielles. Parfois, les gens ne voient pas tellement l'intérêt de la santé avec l'intérêt de la confidentialité de la santé et je pense que le secret médical doit être préservé. La confidentialité doit être et je suis très attachée au secret médical et au respect de, des règles d'éthiques qui nous gouvernent. C'est un peu mon côté... Non mais c'est important. T vas voir, par exemple sur la RRAC là, mais tu fais ça en cancéro, il y a eu un cancer oula, il a eu en santé mental oula, il est suivi par un psy. Tout de suite, tu es catalogué.

## **Annexe 11 : Neuvième entretien**

I : Est-ce que vous pouvez me parler d'ENTR'ACTES et de la coordination des soins en Martinique ? Est-ce que vous pouvez me parler de vous, de votre activité en tant que kiné en Martinique ?

PS9 : Alors, en fait, je suis kiné libérale, totalement libérale depuis un an, parce que j'étais en mixte, exercice mixte, je travaillais à l'hôpital et en libéral aussi, et donc du coup là je me suis lancée en libéral, ça fait un an, totalement en libéral. Et l'activité comme tous les kinés, ben un peu de domicile et puis des patients en cabinet. Ici, la patientèle, on a un peu de tout ; pas énormément de kiné du sport, on a sinon une patientèle sinon rhumato, des traumatismes, des épaules, voilà c'est assez varié.

I : Qu'est-ce que vous pensez de la coordination des soins entre les professionnels de santé, les médecins, les pharmaciens, les chirurgiens ?

PS9 : Du coup en Martinique, on avait pas trop... à part PRADO, je ne sais pas si vous connaissez PRADO...

I : Oui, c'est pour la cardiologie...

PS9 : Non, même pas. C'est la traumatologie membre inf. Enfin bref, en tout cas, quand j'ai entendu parler de PRADO, c'était surtout en traumatologie membres inf.

Donc, les chirurgiens qui cherchaient des kinés de ville pour s'occuper de leurs post-op mais c'était juste le fait de trouver un kiné, pour le patient. Il n'y avait pas vraiment de retour vers le chirurgien ou un bilan ; il n'y avait rien d'autre. Il s'est fait opéré, on a besoin d'un kiné pour le suivre immédiatement, en urgence. Donc, c'est tout.

Et donc, la coordination des soins, c'est la première fois que je fais ça avec ENTR'ACTES, en fait avec le chirurgien, l'infirmière, enfin on était tous sur Mme.F qui était une épaule. Donc, je sais qu'il y a eu 4 opérations en une, il a fait pas mal de choses sur cette épaule-là. Puisqu'elle m'a dit qu'elle avait déjà eu un problème sur son autre épaule. Et donc, c'est vraiment la première fois qu'il y a ça et je ne pense pas qu'il y a une réelle coordination des soins en Martinique. En tout cas, je ne suis pas au courant. Même au niveau de l'hôpital, les posts op chir, non en général, on transmet soit en rééducation de ville ou en centre de rééducation, mais il n'y a pas vraiment de suivi entre les professionnels.

I : Est-ce que vous pouvez me parler de votre expérience avec ENTR'ACTES ?

PS9 : C'était assez simple, en fait c'est une patiente que je vois toujours. Du coup, Mme.F a été opérée, ça doit faire une vingtaine de jours, c'est ça ? Et donc, il a fallu que je m'inscrive avec mon numéro de professionnel de santé, il y a un formulaire à remplir et ensuite le formulaire est validé par le responsable dont j'oublie le nom. Du coup, il nous valide, ensuite il a fait le lancement avec mon nom. Il y a eu un petit bug au cours du premier lancement, et ensuite on a été... on avait des petits bilans à rendre : c'est à dire à J1-J2-J3, à rendre, mais c'était assez simple comme bilan.

Je pense que le chirurgien a juste besoin de savoir si le patient est hyper algique, si le patient arrive à faire les exercices de pendulaire ; enfin, c'est assez simple comme bilan, ce qu'il demande ; c'est un suivi assez succinct. On va sur le formulaire, on remplit, ça prend 2 clics ; moi, je le faisais le soir car il y avait beaucoup de, je ne le faisais pas tout de suite après avoir vu le patient, j'avais pas le temps.



Alors, ce que j'ai trouvé de moins bien au début, c'est que le logiciel est lent et puis à chaque fois qu'on va sur un item, enfin il bug un peu, je trouve que c'est un peu... On est beaucoup plus moderne, on va plus vite que ça maintenant, j'ai trouvé ça entre guillemets chiant.

I : Enfin, moi je ne suis pas là pour juger, je ne suis pas le concepteur du logiciel [rires].

PS9 : Enfin, je ne vais pas tout dire mais bon, j'ai trouvé le logiciel un peu... pas obsolète, mais bon il est un peu vieillot et puis bon ce qui est dommage, on n'a pas vraiment... par exemple au bout d'une semaine elle était hyperalgique, elle n'avait plus d'anti-inflammatoires, de choses comme ça et je ne pouvais pas informer le médecin de ça, donc dire "Est-ce qu'il ne faut pas..." puisque en fait, quand on va sur ENTR'ACTES, c'est juste pour remplir les formulaires, enfin les formulaires de bilan. Il faudrait que vous voyiez comment c'est.

I : Oui, oui, je vois comment c'est...

PS9 : Il n'y a pas de souci. Donc, du coup, nous, on n'a pas de retour, sauf que nous, on informe juste le médecin de ce qu'on a fait et de ce qu'il veut savoir.

Et donc, moi, par exemple, je lui dis, elle avait pas du mal au début à faire son pendulaire, une semaine après, elle a trop mal, elle ne peut plus le faire, ça je ne pouvais pas le lui dire. C'est un peu dommage que ce soit interactif, ce serait un petit peu mieux. Mais bon, c'est un chirurgien, il a peut-être autre chose à faire que de regarder tous les bilans de ses patients, donc c'est le seul truc que je trouve un peu dommage.

Je trouve que c'est bien déjà, c'est pluridisciplinaire, je trouve que c'est déjà bien qu'on ait ça. Après, il faudrait voir sur plusieurs patients, c'est la première donc je ne vois pas ce qu'on peut, enfin on ne peut pas critiquer ça seulement...

I : C'est un problème de communication, en fait.

PS9 : Qu'il y ait un retour. Si jamais j'avais un truc plus grave ou que j'avais essayé, enfin je sais pas, si j'avais pas respecté ses consignes, on sait jamais, que je puisse lui dire, il y a telle consigne...j'aurais trouvé cela un peu mieux.

I : Sinon, vous avez trouvé que l'outil était simple à utiliser ?

PS9 : Très simple, vraiment, sauf quand ça bugue au niveau informatique, ça prend trois plombes, enfin il est lent, mais sinon il est hyper simple.

I : Est-ce que vous trouvez que cela améliorerait la prise en charge du patient ?

PS9 : Ça rassure énormément le patient de savoir qu'on est en coordination. Il est content et te dit : "ah ouais, alors le chirurgien est au courant alors, non" et elle est beaucoup plus détendue. Surtout que cette patiente là elle avait déjà une autre épaule opérée et ça s'était très mal passée selon ses dires, avec le kiné notamment, donc je me sentais beaucoup plus concernée du coup.

Et elle m'a dit que l'opération en elle-même s'est très bien passée mais que le kiné n'a pas respecté les consignes et a commencé tout de suite à mobiliser passivement, mais bon, elle avait très mal, du coup, elle a dû être réopérée après cela parce qu'il a fait un geste qu'il ne fallait pas...je ne sais pas ce qu'il a fait. Du coup, elle avait très peur, c'est une patiente, elle avait de grosses appréhensions sur la prise en charge de la rééducation, c'était horrible et quand on lui a dit "non, non tu vas être sur ENTR'ACTES et tout, regarde" ben elle était

détendue. Pour elle, il y avait le chirurgien qui regardait, ce qui n'était pas le cas mais bon, elle était contente.

C'est déjà pas mal quand un patient est rassuré, c'est important.

I : Est-ce que vous trouvez que cela a amélioré les échanges entre les professionnels ?

PS9 : Pas tant que ça, bon du coup j'ai aucune information de ce que l'infirmière fait, sauf quand elle a fait le dernier pansement, oui j'ai vu mais ce n'est pas nécessaire pour moi non plus, pour ma prise en charge. Je vois comment est la cicatrisation etc.. mais j'ai pas, enfin à mon niveau, je ne dirais pas qu'il n'y a pas d'intérêt, mais bon à mon niveau ça ne change pas vraiment ma façon d'exercer, franchement. Mais cela ne me dérange pas, je trouve cela plus rassurant qu'on soit sur une plateforme comme ça.

I : Vous avez anticipé ma question : est-ce qu'il a répondu à vos besoins ?

PS9 : [Rires] Exactement. Dans la logique du truc c'est plus rassurant de faire ça, même pour nous professionnels hein, on sait toujours qu'il y a un risque même si on respecte les consignes, il n'y a pas de problème ; on se dit au moins le chirurgien est au courant, on a validé les trois formulaires qu'il voulait, il n'a rien dit à la dernière visite qu'elle a eu, donc ça veut dire que cela se passe bien.

C'est rassurant pour nous aussi de savoir qu'on a cet échange-là, qu'on est chapeauté, pour nous, c'est plutôt agréable. Parce que lorsque l'on reçoit un patient, bon j'ai d'autres épaules opérées, ben je ne sais pas si le chirurgien est au courant de ce qu'on fait, il va voir la patiente 3 ou 4 semaines après, il n'y a pas vraiment de suivi tout de suite.

I : Il n'y a pas de retour.

PS9 : Non. Quoi qu'il arrive, ce que je voulais dire, c'est qu'ENTR'ACTES, c'est quand même une bonne chose, on n'a pas ce genre de plateforme et c'est une bonne chose.

I : Vous avez encore anticiper ma question [rires] : globalement, que pensez vous d'ENTR'ACTES ?

PS9 : C'est une bonne chose. C'est un outil qu'on n'a pas, bon, c'est vrai que c'est trop tôt pour dire c'est super, c'est pas bien, des petits trucs qu'on peut voir tout de suite, j'ai pas encore eu assez de patients sur ce truc là, pour dire euh mais finalement, ça sert à rien, etc... Mais, je ne dirais pas dans tous les cas, on ne peut pas dire que ça ne sert pas, que ça ne sert à rien, dans tous les cas, c'est quand même positif.

Peut être l'améliorer au niveau de l'interaction, peut être. De dire, elle est un peu plus algique, bon je sais que le chirurgien n'est pas trop pour la prise d'antalgiques forts mais au moins qu'il soit informé qu'on a du mal à avancer et des choses comme cela, simples.

I : Pour finir, est ce que vous pouvez me parler du numérique en santé chez vous, en 2020 ?

PS9 : Oula. C'est-à-dire le numérique, qu'est ce que vous entendez ?

I : Dans votre utilisation du numérique chez soi.

PS9 : Je n'ai pas vraiment d'appareil numérique, ni d'appareil de pointe, sur d'autres cabinets peut-être mais pas sur le mien. Je n'utilise pas de...non. J'ai d'autres appareils mais bon, ondes de chocs, ultrasons, oui. Non, on utilise pas trop...

I : J'entends plutôt les smartphones, les...

PS9 : Non, mais ce que j'utilise, euh... Non, mon logiciel est toujours sur un ordinateur basique, je fais mes bilans dessus, j'utilise évidemment énormément mon smartphone mais c'est pour des... mettre mes dossiers patients, des trucs comme ça, mais voilà, c'est tout. Je suis encore à l'ancienne, je suis à l'ancienne toujours. Peut être qu'il faudrait voir avec des kinés plus jeunes. Peut être qu'ils ont plus de trucs intéressants à ce niveau là.

## **Annexe 12 : Dixième entretien**

I : Est-ce que vous pouvez me parler en quelques mots de vous et de votre pratique en tant que pharmacien en Martinique ?

PS10 : Et bien, moi je suis pharmacien, installé dans cette pharmacie au village depuis 8 ans. Euh, voilà, c'est une pharmacie de quartier avec... On connaît bien nos patients et on, pour leur... ce n'est pas une pharmacie de commerce.

I : Que pesez vous de la coordination des soins entre les professionnels de santé en Martinique ?

PS10 : Ben, l'idée est bonne [rires] mais malheureusement, la réalisation euh, ça ne suit pas quoi, hein, enfin, je ne trouve pas qu'il y ait beaucoup de coordination. Malheureusement, j'ai le sentiment, je suis désolé mais, le maillon faible, souvent, c'est le médecin, qui, en tout cas, ceux avec qui, ils ne sont pas, vous n'avez pas le temps. Vous n'êtes pas disponibles pour coordonner les soins. C'est mon sentiment. Euh, le travail avec les infirmiers par exemple, en tant que pharmacien, est assez fluide et fonctionne vraiment très bien. Euh, par contre, avec les médecins, je pense que c'est un manque de temps. Ça, c'est moins évident les échanges, les échanges sont insuffisants.

I : D'accord. Euh, pouvez-vous me parler, même si vous n'avez pas utilisé, de votre expérience personnelle avec Entr'actes dans le cadre de la RRAC de l'épaule ?

PS10 : Mais on, du coup, on ne l'a pas utilisé mais j'avais été aux formations, enfin j'ai fait le tout, j'ai même assisté à une formation en ligne au début de la période de confinement. Euh, c'est un outil qui me semble extrêmement bien fait et j'ai hâte de l'utiliser mais je n'ai pas eu la chance d'avoir de patient concerné.

I : Quels sont les moyens de communication que vous avez avec les différents professionnels de santé aujourd'hui ?

PS10 : Alors, moi, euh, on utilise toujours le téléphone hein, c'est quand même le principal moyen de communication, euh... J'essaie d'utiliser la, la messagerie de santé sécurisée Mailyz. Je l'utilise, j'ai déjà envoyé plusieurs fois des mails à des médecins notamment, rarement eu des réponses. Euh, et puis après avec les infirmiers, ce qui fonctionne très bien, c'est Whatsapp.

I : D'accord. Est-ce que vous pouvez me parler du numérique en santé, en pharmacie en 2020 ?

PS10 : Euh, le numérique, enfin ben... Nous, en pharmacie, on est déjà informatisé depuis de nombreuses années donc tout est, on utilise tout ce qu'on peut, euh... Donc, facturation, suivi des traitements, moi, j'inscris les patients sur le dossier pharmaceutique puis depuis quelques temps, sur le dossier médical partagé. Euh... après, pour l'instant, ça se limite à ça, j'aimerais beaucoup installer un système de téléconsultation à l'officine mais bon, j'ai... A coté, ils ne sont pas très chauds donc je me retiens.

I : D'accord. En fait, ce qui pose le principal souci ce sont les médecins dans la coordination.

PS10 : Non, non, je n'ai absolument contre les médecins mais c'est vrai que je les comprends. Demain, il y aurait eu des pharmacies en lignes, il y aurait un médecin qui m'installerait une pharmacie en ligne juste à côté, je ne serais probablement pas très content. Je pense que chaque chose peut trouver sa place à condition qu'on le fasse intelligemment et qu'on se mette des limites chacun. La téléconsultation, ce n'est de toute façon pas une panacée. Euh, par contre, ça peut être utile pour des soins euh, non programmés ou des patients dont le médecin n'est pas là à l'instant T ou pour certaines spécialités qui ne sont pas ou peu représentées en Martinique. Là, ça peut avoir un sens mais c'est sur qu'il faut, plutôt que de dire : "non, je préférerais qu'on me donne les limites à ne pas franchir" et moi, je ne les franchirais pas.

I : D'accord. Pour finir, globalement, que pensez-vous d'Entractes ?

PS10 : Ben, je suis sûr que c'est un outil très utile pour suivre les patients et pour effectivement, coordonner les soins. Ce qui manque, c'est le temps et c'est clairement un outil qui me semble nous permettre de gagner du temps entre professionnels, éviter de passer du temps au téléphone, à chercher à se joindre parce que parfois, on prend plus de temps à essayer de joindre la personne qu'à se parler. Donc, c'est un outil qui permet de répondre quand on est disponible et ça, c'est à mon sens, le gros point fort.

I : D'accord. Est-ce que vous souhaitez ajouter quelque chose ?

PS10 : Hmm, non. Ce qui est dommage, c'est que chacun, personne ne sait comment l'autre travaille et euh... Par exemple, le chirurgien ne sait pas ce que fait le pharmacien, le pharmacien ne sait ce que fait le kiné et ce serait un énorme gain de temps de savoir de savoir ce que chacun fait. Par exemple, le chirurgien a besoin de prescrire une attelle d'épaule, il sait exactement ce qu'il veut mais par exemple, elle n'est pas disponible en pharmacie et bien, si on renseigne directement ce qu'on veut sur Entr'actes, ça permet de faire gagner du temps à tous, au pharmacien, au chirurgien et surtout au patient.

### **Annexe 13 : Onzième entretien**

I : Est-ce vous pouvez me parler de votre pratique, en tant que kinésithérapeute en Martinique ?

PS11 : Euh, donc elle est essentiellement, c'est une pratique libérale, essentiellement au cabinet. Donc, on a un peu tout type de patientèle, qui vont des bébés jusqu'aux personnes âgées, donc ça peut aller de 0 à 100 ans. Et donc, du coup, c'est une patientèle un peu variée, avec des patients qui ont des problèmes en traumatologie, orthopédie, ça peut être rhumatologie, ça peut être donc du coup neurologique aussi essentiellement. Donc, après, on a une patientèle qui a des problèmes de chevilles, de genoux, d'épaules, de dos, donc de tout.

I : D'accord. Que pensez-vous de la coordination des soins entre les professionnels de santé en Martinique à l'heure actuelle ?

PS11 : Euh... Ben en fait, euh, on peut présenter 2 cas de figures, le cas de figure où le patient a déjà son kiné donc du coup, si le, quelque soit le trouble qu'il a, la pathologie qu'il a, il peut aussi facilement s'orienter vers son kiné et la difficulté qu'on peut rencontrer, ce sont les patients qui n'ont jamais eu de kiné ou dans ce cas, ils ne savent pas vers qui s'orienter. La plupart du temps, c'est le « bouche à oreilles » qui fonctionne, sauf que parfois, par rapport à des pathologies un peu spécifiques, un peu euh, qui demandent une attention un peu plus pointue. Parfois, il est peut-être difficile de trouver le kiné qui nous correspond. Dans ce cas, la coordination des soins peut être intéressante quand les... Quand les professionnels, quand les prescripteurs connaissent un peu comment les autres kinés travaillent, ils peuvent éventuellement orienter vers eux.

I : Quels moyens de communication utilisez-vous avec les autres professionnels de santé ?

PS11 : Le plus souvent, c'est par téléphone hein. Le plus souvent, par téléphone. Euh... Je sais qu'il y en a qui utilisent les mails. Après, ils ont récemment mis en place la messagerie sécurisée mais en fait, personnellement, je n'ai pas encore eu besoin de l'utiliser mais ça reste un outil qui est amené à être développé, à être utilisé.

I : D'accord. Est-ce que vous pouvez me parler de votre expérience personnelle avec Entr'actes dans le cadre de la RRAC de l'épaule ?

PS11 : Hum, pour le moment, je n'en ai pas. J'étais plus euh... sollicité pour l'explication et la mise en place de la structure au début mais au niveau, comment on appelle ça, mais au niveau pratique, au niveau de l'expérimentation de l'application en elle-même, je n'ai pas encore utilisé. Donc, je ne pourrai pas dire plus parce que je ne connais pas. Je sais qu'elle existe, je sais qu'elle a été mise en place depuis le début de l'année mais je n'ai pas encore utilisé.

I : Mais globalement, sans l'avoir utilisée, qu'en pensez-vous ?

PS11 : Après, c'est quelque chose qui, enfin c'est à double niveau parce qu'en fait, c'est quelque chose qui peut être intéressant pour le patient. Après, ça peut être aussi intéressant pour le kiné si il veut entre guillemets se spécialiser même si il n'y a pas de spécialité. Mais après, l'inconvénient qu'on peut aussi retrouver, c'est que ça... Ça bloque la liberté du patient d'aller voir le kiné qu'il veut. Donc, si par exemple, c'est un kiné qui n'est pas dans

Entr'actes, ben en fait, le patient aura des difficultés à se faire comprendre et à dire : "Moi, je veux voir mon kiné, qui j'estime peut faire le travail" et donc du coup, ça peut aussi bloquer à ce niveau là. Mais sinon, c'est un outil qui est intéressant dans la mesure où les gens n'ont pas de kiné et veulent, enfin acceptent sans problème le kiné qu'on leur propose.

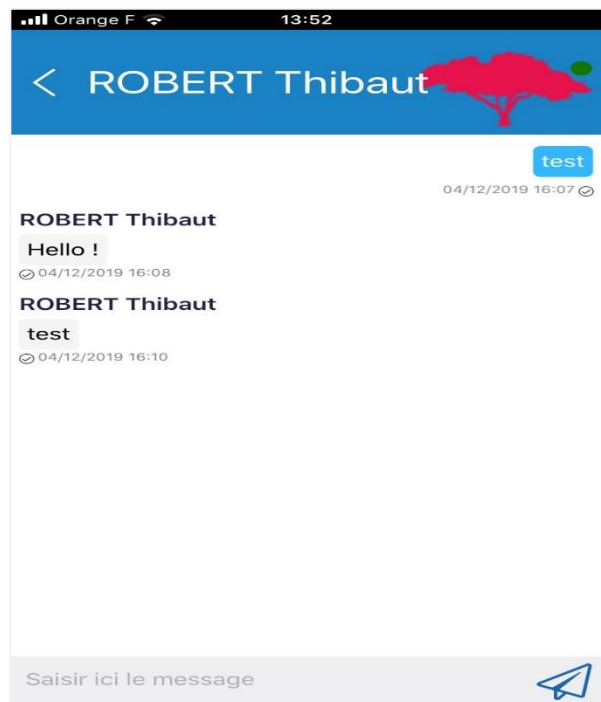
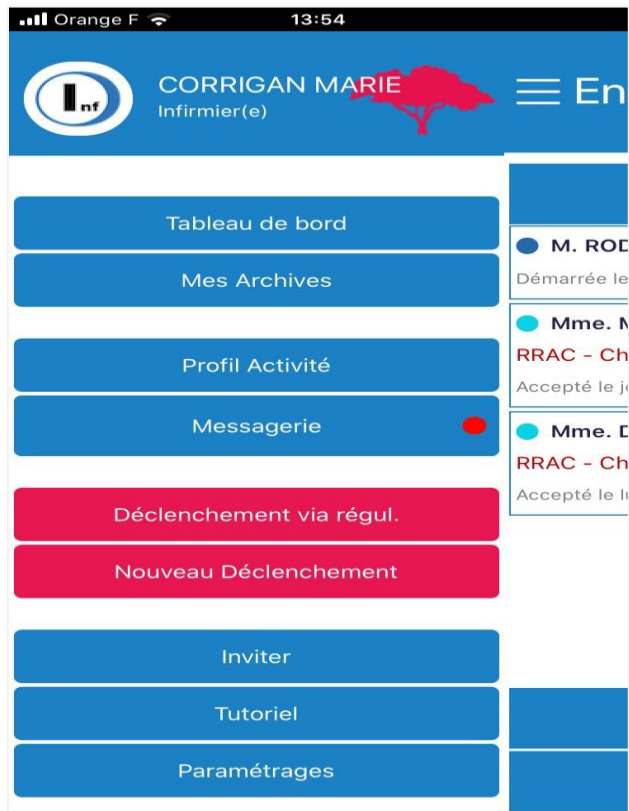
I : Pour en finir, pouvez-vous me parler du numérique en santé en 2020 ?

PS11 : Euh, en 2020, alors tout d'abord, je suis passé à l'agenda numérique parce qu'avant, je n'utilisais pas celui-là. Donc, je suis passé à l'agenda numérique, après euh... c'est particulier c'est à double tranchant parce qu'en fait, ça peut permettre d'aller plus vite au niveau de la transmission des informations sauf qu'en fait, il faut à ce moment là euh... On va dire, que trouver un créneau à ce moment là dans la journée dédiée à la réception de toutes les informations. Alors que quand ça se faisait par téléphone ou, le direct se fait plus facilement et on prend le temps tout de suite. Alors que, et après, on va dire qu'on a pas beaucoup de coups de téléphone à donner à un médecin tous les jours mais si jamais on est amené à utiliser que les plateformes numériques, ça risque d'être quand même chronophage euh, e sera un temps à prendre dans la mesure où le kiné, il est, c'est un thérapeute donc il est là pour le soin et gérer un peu l'administratif, et déjà, il y en a à faire par rapport, pour pointer, les télétransmissions tout ça. Ça risque potentiellement de rajouter du temps à gérer les... les nouveaux patients, regarder le dossier en amont, des choses comme ça. Alors que quand on, c'est un temps qui est différé en fait mais c'est... C'est potentiellement un temps à prendre, voilà quoi.

I : D'accord. Est-ce que vous souhaitez ajouter quelque chose sur le sujet ?

PS11 : Hum... Non, je crois que j'ai tout dit par rapport à ça

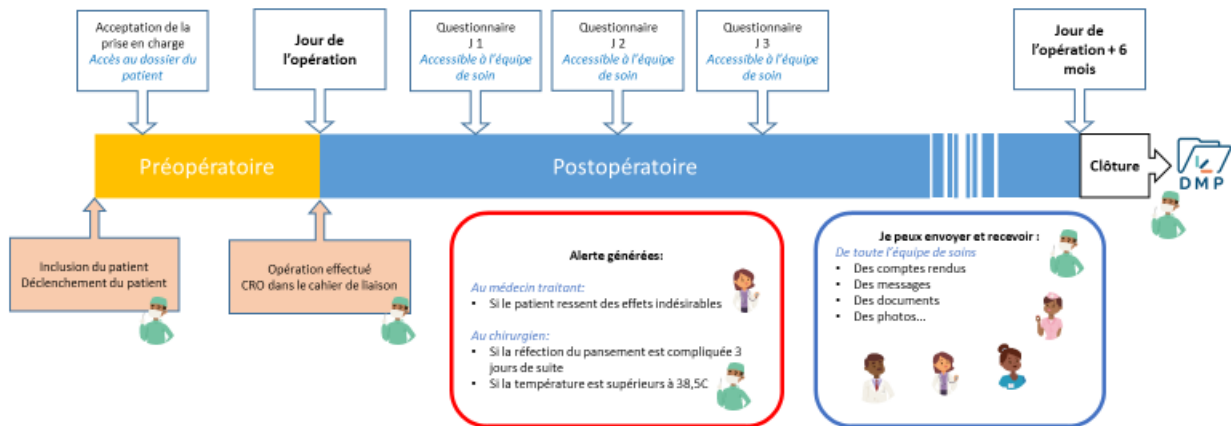
## Annexe 14 : Entr'actes en un coup d'œil



## Annexe 15 : Illustration du rôle des professionnels de santé dans l'application Entr'Actes dans la RRAC de l'épaule

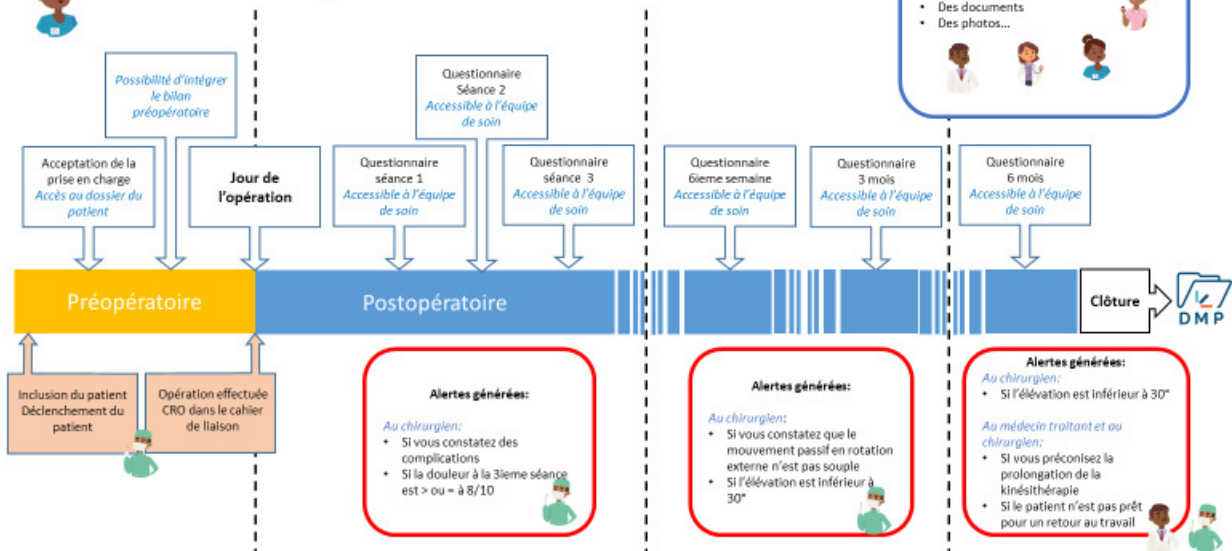
### Infirmière

« Mes actions et mon rôle dans l'application Entr'Actes »



### Kinésithérapeute

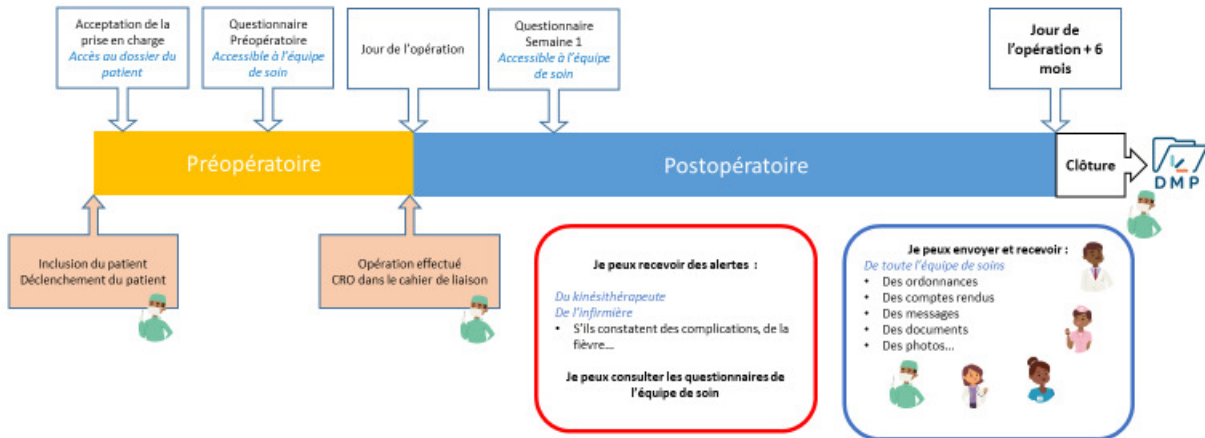
« Mes actions et mon rôle dans l'application Entr'Actes »





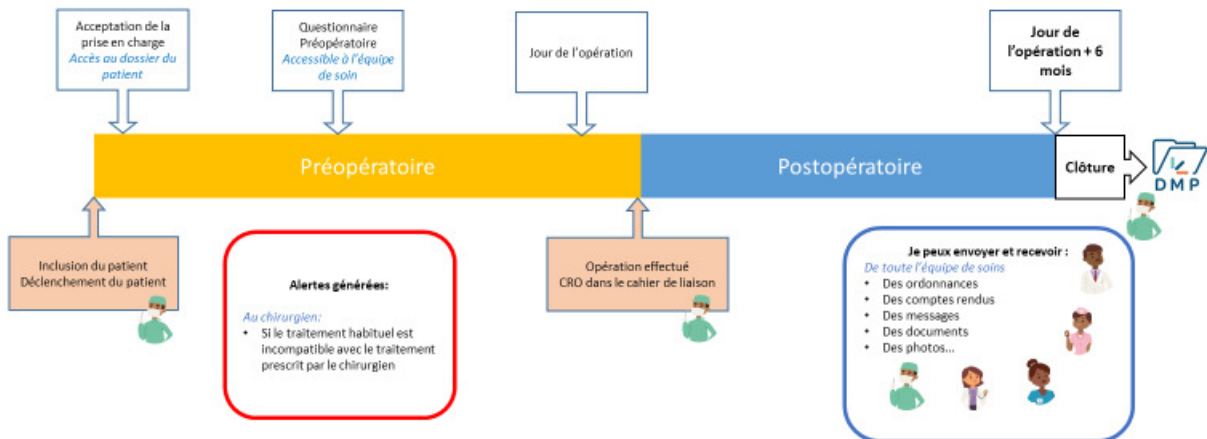
## Médecin traitant

« Mes actions et mon rôle dans l'application Entr'Actes »



## Pharmacien

« Mes actions et mon rôle dans l'application Entr'Actes »



## SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

