HAL
open science

# Le ressenti des médecins généralistes utilisant une plateforme territoriale d'appui : l'exemple de la plateforme territoriale d'appui landaise Santé Landes

Quentin Passerieux

**To cite this version:**

Quentin Passerieux. Le ressenti des médecins généralistes utilisant une plateforme territoriale d'appui : l'exemple de la plateforme territoriale d'appui landaise Santé Landes. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-03116823

**HAL Id: dumas-03116823**

**https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03116823v1**

Submitted on 20 Jan 2021

**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.

Université de Bordeaux

**U.F.R DES SCIENCES MEDICALES**

Année 2020 N°136

Thèse pour l'obtention du

**DIPLOME d'ETAT de DOCTEUR EN MEDECINE**

Présentée et soutenue publiquement le 9 novembre 2020 par

Quentin PASSERIEUX

Né le 10 février 1990 à Bordeaux

# Le ressenti des médecins généralistes utilisant une plateforme territoriale d'appui : l'exemple de la plateforme territoriale d'appui landaise Santé Landes.

Sous la codirection des Docteurs Catherine TAUZIN et Marco ROMERO

Jury

Professeur Bernard GAY…….....Président

Professeur William DURIEUX……..Rapporteur et Juge

Docteur Maryse GARRABOS…….....Juge

Docteur David CHEVILLOT……Juge

Docteur Catherine TAUZIN……Directrice et Juge

Docteur Marco ROMERO……Directeur et Juge

**REMERCIEMENTS**

A Monsieur le Professeur Bernard GAY,

*Professeur émérite du département de médecine générale de Bordeaux.*

Vous me faites l'honneur de présider mon jury, merci d'avoir accepté avec un tel enthousiasme. Je vous remercie des remarques apportées à ce travail et tiens à vous témoigner mon respect et ma reconnaissance.

A Monsieur le Professeur William DURIEUX,

*Professeur associé, directeur adjoint du département de médecine générale de Bordeaux et médecin généraliste à Targon.*

Vous me faites l'honneur d'être mon rapporteur de thèse.

Je te remercie également pour ton apport précieux en tant qu'enseignant et maître de stage.

A Madame le Docteur Maryse GARRABOS,

*Médecin de la Plateforme territoriale d'appui Santé Landes et médecin généraliste à Mont de Marsan.*

Merci d'avoir accepté d'intégrer mon jury de thèse et d'évaluer mon travail.

Soyez assurée de mon profond respect et de ma reconnaissance.

A Monsieur le Docteur David CHEVILLOT,

*Maître de conférences associé du département de médecine générale de Bordeaux et médecin généraliste à La Réole.*

Merci d'avoir accepté d'intégrer mon jury de thèse et d'évaluer mon travail.

Soyez assuré de mon profond respect et de ma reconnaissance.

A Madame le Docteur Catherine TAUZIN,

*Médecin généraliste à Samadet.*

Merci d'avoir accepté de co-diriger mon travail de thèse. Ton soutien et ta disponibilité ont été des atouts essentiels à l'élaboration de cette thèse. Je te remercie infiniment de m'avoir accompagné au cours de ce travail.

A Monsieur le Docteur Marco ROMERO,
*Maître de conférences associé du département de médecine générale de Bordeaux et médecin généraliste à Samadet.*
Merci d'avoir accepté de co-diriger mon travail de thèse. Ta disponibilité, ta réactivité et ton aide ont été précieuses et indispensables à la réalisation de ce travail.

A tous les médecins généralistes qui ont accepté de participer à cette étude,
Merci pour vos témoignages et le temps que vous m'avez accordé, j'espère que mon travail est resté fidèle à vos propos.

A l'équipe de Santé Landes pour leur aide et leur accueil toujours bienveillant à chacune de mes visites.

A toutes les équipes qui ont participé à ma formation : le service de diabétologie de Layné, le service de post-urgences gériatriques de Saint-André, le service des urgences et le service de pédiatrie de l'hôpital de Mont de Marsan, l'équipe de la MSP de Targon ainsi qu'à Didier, Serge et Paul mes derniers maîtres de stage ambulatoire.

A mes parents,
Merci de vous être pliés en quatre pour vos enfants durant toutes ces années. Grâce à votre amour et votre soutien inconditionnel tout a été plus facile. Il n'y a pas de mot pour vous dire à quel point je vous suis reconnaissant. Avec tout mon amour.

A Arthur, mon frère,
Ami, soutien, coéquipier. Nous avons partagé tellement de choses, grandir à tes côtés n'a été que du bonheur. Avec tout mon amour.

A Manu,
Merci de ton soutien et de ton aide durant cette période. Ta patience et ta douceur au quotidien sont très précieuses à mes yeux. Avec tout mon amour.

A Solange, notre grand-mère qui même maintenant prend soin de nous avec autant d'attention que quand nous étions enfants. A ma famille : Aline, Philippe et Catherine, Germaine, mes cousins.

A mes plus vieux amis,
Clément S, Clément Dck, Damien, Gabriel, Gaëtan, Guillaume, Jérémy, Julien et Romain pour toutes ces soirées, ces passages à la barre, ces sorties skis, etc… Merci d'être toujours aussi présents malgré la distance et les années.
A Charlène et Orianne, merci de nous supporter depuis tout ce temps.

Aux Gars d'Albret de la génération Lokomotiv,
A mes plus vieux amis footeux : Ben et Ben (Piche et Poche), Etienne, Kévin, Guilhem, Maxime, Rémi P, Rémy C, Sime, Thomas, Yahya pour avoir partagé avec vous tous ces matchs, toutes ces nights, tous ces HFC et bien plus encore.
A JP, JM, Jean, François, Michel, et toutes celles et ceux qui ont accompagnés leurs grands enfants dans cette aventure sportive si extraordinaire et improbable.
A Dominique, qui nous a vu grandir et nous a toujours accordé sa confiance.

A Charly, Louis et Pierre, grâce à vous je garderai toujours un heureux souvenir de ces premières années d'études.

A Camille, Julie, Juliette et Océane qui m'ont accueilli comme leur cinquième copine durant ces années d'externat.

A Emilie, pour le support technique sans faille.

A Michel, Monique et Yolande qui nous ont suivis depuis nos plus jeunes années.

A mes co-internes : Olivier, Caroline, Marion, Mathilde, Adrien, Marie, Marc et tous les autres qui ont accompagnés ces années d'internat.

Aux MSP de la Haute Landes et plus particulièrement Emilie, Marie-Pierre, Loïc et Christèle.

A Didier, Laure, Olympe et Mireille, merci de m'accueillir dans votre équipe.

A Koko.

# Sommaire

**ABREVIATIONS** ..... **8**

**AVANT-PROPOS** ..... **9**

**I. INTRODUCTION** ..... **10**

**A. La coordination des cas complexes en médecine générale** ..... **10**

**B. Une multitude d'intervenants dans le secteur de la coordination** ..... **11**

**C. Le programme Territoire Santé Numérique (TSN)** ..... **12**

**D. Le projet landais XL ENS** ..... **13**

**E. Santé Landes** ..... **13**

**F. La loi de modernisation de notre système de santé** ..... **14**

**II. MATÉRIEL ET MÉTHODE** ..... **15**

**A. Méthodes** ..... **15**

**B. Le guide d'entretien** ..... **16**

**C. Déroulement des entretiens** ..... **17**

**D. Retranscription et codage** ..... **17**

**E. Critères de validité** ..... **18**

**F. Population de l'étude** ..... **18**

**III. RÉSULTATS** ..... **20**

**A. Caractéristiques de la population** ..... **20**

**B. Les entretiens** ..... **22**

**C. L'utilisation de Santé Landes dans la pratique des médecins** ..... **23**

1. Rythme d'utilisation ..... 23
2. Circonstances d'utilisation de Santé Landes ..... 25

**D. Avantages d'utilisation ressentis par les médecins** ..... **31**

1. Aide à la gestion des cas complexes ..... 31
2. Anticipation de situations complexes ..... 33
3. Versant social de la prise en charge ..... 36
4. Communication et coordination ..... 48
5. Opinions globales sur l'outils ..... 56

**E. Inconvénients d'utilisation ressentis par les médecins** ..... **61**

1. Hyper sollicitation ..... 61

2. Encore un outil supplémentaire pour les médecins ..... 64
3. Secret professionnel et confidentialité ..... 66
4. Une utilisation pas encore tout à fait démocratisée ..... 68
5. Méconnaissance du champ d'action de la PTA ..... 69
6. Administration de la PTA ..... 69
7. Difficultés techniques ..... 70
**F. Axes d'amélioration ..... 73**
1. Articulations des différents services numériques ..... 73
2. Etendre la communication via l'application ..... 74
3. Education à la communication via PAACO/Globule ..... 75
4. Utilisation comme un dossier médical partagé ..... 75
5. Promotion du dispositif ..... 75
6. Notifications d'absence du médecin ..... 76
7. Communication autour de l'administration de la PTA ..... 76
**G. Hypothèses émises sur la non-utilisation de Santé Landes ..... 78**
**IV. DISCUSSION ..... 81**
**A. Validité interne ..... 81**
**B. Discussion des résultats ..... 83**
1. Le système des soins intégrés dans d'autres pays ..... 83
2. Cas complexes et difficultés sociales ..... 86
3. Communication et coopération avec le domaine social ..... 88
4. Communication avec les autres intervenants ..... 92
5. Partage de données et secret professionnel ..... 94
6. Hypersolicitation et excès d'information ..... 98
**C. Perspective d'évolution ..... 99**
**V. CONCLUSION ..... 102**
**REFERENCES ..... 103**
**ANNEXES ..... 111**
**Annexe 1 : Le guide d'entretien ..... 111**
**Annexe 2 : Fiche de présentation et consentement ..... 114**
**Annexe 3 : Tableau des critères COREQ ..... 116**
**Annexe 4 : Retranscription d'un entretien ..... 118**

**ABREVIATIONS**

ARS : Agence Régional de Santé

CH : Centre Hospitalier

CLIC : Centres Locaux d'Information et de Coordination

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

CPTS : Communautés Professionnelles Territoriales de Santé

CTA : Cellule Territoriale d'Appui

FSN : Fond National pour la société Numérique

HAS : Haute Autorité de Santé

HAD : Hospitalisation à domicile

HPST : Hôpital, Patients, Santé et Territoire

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

MAIA : Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soin dans le champ de l'Autonomie

MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées

MG : Médecin Généraliste

MSP : Maison de Santé Pluridisciplinaire

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PAACO : Plateforme d'Aquitaine d'Aide à la Communication

PPS : Plan Personnalisé de Santé

PTA : Plateforme Territoriale d'appui

RCP : Réunion de Concertation Pluridisciplinaire

RGPD : Règlement Général sur la Protection des Données

SNS : Stratégie Nationale de Santé

SSIAD : Service de Soins Infirmiers à Domicile

TSN : Territoire Santé Numérique

WONCA : World Organization of National College Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians

XL ENS : Landes Espace Numérique de Santé

## AVANT-PROPOS

Lors de mes premiers stages ambulatoires j'ai rapidement pris conscience que les connaissances théoriques que j'avais acquises au cours de ces nombreuses années à la faculté ne seraient pas suffisantes face à certaines situations. C'est au cours d'une de mes premières visites à domicile avec mon maître de stage chez une patiente âgée de 90 ans, voulant rester à son domicile, sans famille aux alentours, diabétique (bien équilibrée), sourde et avec des troubles cognitifs débutants que j'ai constaté qu'avoir uniquement des connaissances médicales n'allait pas m'aider dans ce genre de prise en charge. Face à une de ces situations complexes où généralement la problématique médicale n'est pas au premier plan, je me suis vite senti désemparé, ne sachant pas quoi faire pour aider la patiente, ni à qui m'adresser pour avoir de l'aide. Mon maître de stage m'a alors expliqué les différentes ressources disponibles qu'il connaissait et que l'on pouvait contacter : le CLIC, la MAIA, etc… Ces organisations ne m'étaient pas totalement inconnues puisque j'en avais entendu parler lors d'un stage de gériatrie, mais je n'y avais pas forcément prêté attention en détails. En étant la majeure partie du temps en stage dans une structure hospitalière, je n'avais pas mesuré les difficultés que cela pouvait entraîner de devoir gérer seul ce genre de situation au domicile des patients.

Lorsqu'à mon arrivée en stage dans les Landes j'ai entendu parlé de l'existence de la Plateforme Territoriale d'Appui (PTA) Santé Landes et de son rôle d'appui pour les médecins généralistes face à ces situations complexes, le principe m'a tout de suite intéressé et l'existence d'un tel dispositif m'est apparu comme quelque chose d'évident. Voyant que peu d'études avaient été réalisées directement sur ces dispositifs il m'a semblé logique d'effectuer mon travail de thèse sur Santé Landes qui a été une des premières PTA fonctionnelle de France.

# I. INTRODUCTION

## A. La coordination des cas complexes en médecine générale

L'allongement de la durée de vie et le développement des maladies chroniques modifient les besoins des patients, qui doivent être pris en charge plus longtemps. En plus des problèmes médicaux, des problèmes sociaux ou de perte d'autonomie peuvent se rajouter créant ainsi des situations dites « complexes » nécessitant souvent l'intervention de plusieurs professionnels de santé différents.

Dans un guide méthodologique publié par la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) en 2012, les situations complexes sont définies comme des « situations appelant une diversité d'intervenants et auxquelles le médecin traitant ne peut répondre avec ses propres moyens. Il s'agit essentiellement de patients atteints d'affections chroniques sévères, avec comorbidités, et problèmes sociaux ou problèmes de dépendance surajoutés. » (1)

Face à ces évolutions, le système de santé a dû se réorganiser progressivement. C'est dans cette refonte organisationnelle qu'émerge une fonction nécessaire et centrale pour l'optimisation de l'organisation du système de santé : la fonction de coordination entre les différentes structures, organisations, et surtout entre les différents acteurs afin d'optimiser les compétences de chacun, créer des liens et garantir la qualité de la santé, la continuité et la permanence des soins (2).

Cette fonction de coordination des soins est une des caractéristiques spécifiques de la discipline de médecine générale comme le précise la WONCA Europe en 2002. Le médecin généraliste doit utiliser de façon efficiente les ressources du système de santé par la coordination des soins, le travail avec les autres professionnels de soins primaires et la gestion du recours aux autres spécialités, se plaçant si nécessaire en défenseur du patient (3).

Sur le plan légal, là aussi, le médecin généraliste de premier recours est placé au centre de la coordination des soins, en se voyant confier la responsabilité « d'orienter ses patients, selon leurs besoins » et de « s'assurer de la coordination des soins nécessaire à ses patients » (article L.4130-1 du code de la santé publique, loi HPST du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital, et relative aux patients, à la santé et aux territoires). Celle-ci confère donc au médecin traitant un rôle pivot au sein de cette organisation (4).

## B. Une multitude d'intervenants dans le secteur de la coordination

Plusieurs structures et organisations ont été créées au fil du temps pour essayer de répondre à ces nouvelles problématiques et ainsi proposer une prise en charge plus globale et plus coordonnée des patients.

On pourrait tout d'abord citer la mise en place des Services de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD) en 1981.

Puis les années 2000 sont marquées par l'apparition des Centres Locaux d'Information et de Coordination (CLIC) et l'émergence des réseaux dont l'objectif était de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires (5).

En 2009, le dispositif MAIA (Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soin dans le champ de l'Autonomie) a été déployé dans le cadre du 3e Plan Alzheimer (2008-2012) pour améliorer la prise en charge des personnes âgées de plus de 60 ans en perte d'autonomie et de leurs aidants (6).

Dans cette liste non exhaustive des structures ayant une fonction de coordination on pourrait également citer l'HAD (service d'hospitalisation à domicile) ou encore les Maisons Départementales des Personnes Handicapées (MDPH) dans le domaine du handicap.

En pratique, face à une situation complexe, le médecin généraliste peut donc être amené à solliciter une de ses organisations. Cependant cette offre d'appui apparaît parfois peu lisible par les professionnels comme le montre un rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) publié en décembre 2014 sur l'évaluation de la coordination d'appui aux soins. Celui-ci fait état de doublons parmi ces structures chargées d'assurer en France une fonction de coordination (réseaux, CLIC, MAIA, MDPH, SSIAD...). Ces organismes chargés de fluidifier la prise en charge des patients sur le territoire manqueraient en effet d'articulation et seraient redondants, entraînant des surcoûts. L'IGAS prône ainsi une vaste refonte de la coordination d'appui aux soins, pour rendre plus lisible et efficace cette fonction exercée par une multiplicité d'acteurs (7).

Parallèlement à ça, et avec notamment pour objectif de rendre plus lisible cette offre de soins, une expérimentation prenant la forme d'une Plateforme Territoriale d'Appui (PTA)

est déployée dans les Landes. Cette PTA dénommée Santé Landes est fonctionnelle depuis 2014 grâce aux apports du programme national Territoire Santé Numérique lancé en 2013.

### C. Le programme Territoire Santé Numérique (TSN)

En 2013, dans le cadre de la Stratégie Nationale de Santé (SNS), la ministre des Affaires Sociales et de la Santé Marisol Touraine a annoncé la mise en œuvre de différentes mesures avec pour objectifs de « garantir l'accès aux soins de tous » et « mettre en place un parcours organisé ». L'une d'entre elles était de mettre en place un appui aux équipes de proximité afin de leur permettre d'exercer correctement leurs missions et d'assurer l'articulation avec les soins plus spécialisés, l'hôpital, ainsi que le secteur médico-social (8).

Dans le même temps, le programme Territoire Santé Numérique (TSN), qui constituait un volet important de la feuille de route du gouvernement sur le numérique présentée par le Premier ministre le 28 février 2013, avait pour ambition de faire émerger, dans des territoires pilotes, des solutions organisationnelles et techniques innovantes au service de ces objectifs. Concrètement, il s'agissait 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.

Le programme TSN a donc bénéficié de 80 millions d'euros dans le cadre du Programme Investissements d'Avenir (PIA) sur la période 2014-17.

L'appel à projets du programme a été publié le 3 décembre 2013 au journal officiel. Sa gestion a été confiée au fonds national pour la société numérique (FSN) géré par la caisse des dépôts et consignations pour le compte de l'État. L'appel à projets s'est clôturé le 3 mars 2014.

Au terme de ce programme en 2017, les solutions organisationnelles et technologiques qui auront montré leur efficacité pourront être proposées à la généralisation.

A la suite de l'appel à projets, 18 candidatures ont été reçues et 5 projets lauréats d'Agence Régionale de Santé (ARS) ont été sélectionnés en septembre 2014, sur la base d'avis issus d'un comité d'experts indépendants. Parmi ces 5 projets se trouvait celui de la nouvelle-aquitaine appelé XL ENS (Landes espace numériques de santé) (9).

### D. Le projet landais XL ENS

Il a été piloté par l'Agence Régionale de Santé (ARS) Aquitaine Nouvelle-Aquitaine avec pour objectif de relever le défi des maladies chroniques, en privilégiant la vie à domicile, dans des conditions optimales de qualité et de sécurité. Il devait encourager l'émergence de nouvelles pratiques professionnelles en s'appuyant sur le développement d'approches innovantes et d'outils numériques. La nouvelle organisation ainsi mise en place devait renforcer le médecin traitant comme pivot d'une prise en charge globale de la personne, associant tous les professionnels des secteurs de la santé, du social et du médicosocial (10).

### E. Santé Landes

Santé Landes est donc la plateforme territoriale d'appui (PTA) du département des Landes mise en place dans le cadre du projet XL ENS. Elle vient en appui aux professionnels de santé et accompagne les patients et leur famille, quels que soient l'âge de la personne, sa pathologie ou son handicap. La PTA Santé Landes propose des services pour faciliter la coordination des prises en charge, sous la responsabilité du médecin traitant.

Santé Landes est composée d'équipes de coordination pluri-professionnelles (infirmier, travailleur social, médecin, psychologue, éducateur spécialisé…), chargées d'informer, d'orienter et d'accompagner les professionnels, les patients et les familles pour les parcours de santé complexes. Les équipes de coordination travaillent au sein de la cellule territoriale d'appui (coordinateurs sanitaires et sociaux) et des Maia (gestionnaires de cas).

L'équipe de coordination de la cellule territoriale d'appui (CTA) opère principalement à distance, en lien avec les professionnels intervenant au domicile des personnes. Elle est joignable grâce à un numéro de téléphone unique (10).

L'équipe de Santé Landes bénéficie de nouveaux outils numériques de communication et de coordination permettant de faciliter et fluidifier les parcours de santé et d'associer tous les professionnels dans une prise en charge globale.

Un de ces outils est la plateforme communicante PAACO/Globule (Plateforme Aquitaine d'Aide à la Communication), déployé par le GCS TéléSanté Aquitaine. PAACO/Globule permet de fluidifier et sécuriser le partage d'information, de faciliter la coordination entre professionnels ainsi que planifier et suivre les actions autour du patient.

Les financements perçus dans le cadre du programme TSN ont permis de développer, enrichir et déployer l'outil numérique de coordination PAACO/Globule.

Cet outil est accessible en web, sur smartphone et tablette (version Android et iOS). Il est composé d'un journal de communication sécurisé, d'un agenda, d'un gestionnaire de tâches pour une meilleure organisation des parcours, d'une « pancarte du patient » pour avoir une vision synthétique de la situation du patient, d'un Plan Personnalisé de Santé (PPS) dynamique et des fiches métiers spécifiques par pathologie. L'ensemble du dossier patient est partagé entre tous les professionnels intervenant autour du patient.

Cet outil de coordination, véritable « réseau social sécurisé » permet de veiller sur le patient à son domicile. Il peut être utilisé par les professionnels dans leur pratique quotidienne pour suivre leurs patients, y compris pour ceux qui ne sont pas accompagnés par Santé Landes.

Une première interface avec l'hôpital permet aux professionnels hospitaliers d'avoir accès au journal du patient, à son PPS, à son agenda. Les intervenants autour du patient peuvent communiquer via le journal avec l'hôpital (et vice versa) et auront accès aux événements hospitaliers et aux documents de sortie (11).

Le projet « XL ENS » a pris fin le 31 Décembre 2017, mais la PTA Santé Landes est pérenne. La généralisation du modèle PTA Santé Landes est en cours dans l'ensemble de la région Nouvelle-Aquitaine, avec en particulier un développement de l'outil PAACO/Globule (12).

### F. La loi de modernisation de notre système de santé

C'est en partant donc du constat que notre système de santé était encore trop complexe et cloisonné pour répondre aux nouveaux défis résultants de l'allongement de la durée de vie et du développement des maladies chroniques que la loi de modernisation de notre système de santé de 2016 a été élaborée.

Elle suggère notamment de renforcer les outils de coordination pour les parcours complexes en proposant la mise en place de Plateformes Territoriales d'Appui. L'objectif de celles-ci étant : en s'appuyant sur les structures déjà existantes, de proposer aux professionnels sanitaires, sociaux et médico-sociaux, en particulier aux médecins traitants, un

appui plus lisible et cohérent pour la gestion des cas complexes et simplifier ainsi le paysage de la coordination d'appui (13).

Alors que cette mise en place des PTA est une mesure importante de cette loi, il m'a semblé logique de recueillir le ressenti des médecins généralistes Landais qui ont pu, depuis 2014 grâce au programme TSN et Santé Landes, faire partie des premiers à expérimenter ce modèle de PTA dans la prise en charge de cas complexes.

Question de recherche : Quel est le ressenti des médecins généralistes landais vis-à-vis de l'utilisation de la PTA Santé Landes ?

L'objectif principal de l'étude était donc d'évaluer le ressenti des médecins généralistes landais utilisant la PTA Santé Landes.

## II. MATÉRIEL ET MÉTHODE

### A. Méthodes

Pour atteindre l'objectif principal de l'étude, nous devions recueillir et analyser des données issues de la verbalisation d'expériences, de ressentis et d'opinions. Ce matériau empirique n'étant pas quantifiable il nous a semblé cohérent de s'orienter vers une méthode qualitative. En effet, de par son approche compréhensive, la recherche qualitative permettait d'explorer le lien entre la « science dure » (des PTA doivent être mises en place pour servir d'appui aux médecins généralistes de premier recours) et la « vraie vie » du clinicien (ressenti vis-à-vis de l'utilisation d'une PTA).

La méthode utilisée dans cette étude était donc qualitative par théorisation ancrée (Grounded Theory Method). Il s'agit d'une méthode inductive qui consiste à élaborer des théories à partir des données recueillies.

L'étude porte sur des entretiens. Ces entretiens, que j'ai réalisés personnellement, étaient individuels, en face à face avec le médecin généraliste interviewé. Ce type d'entretien permet de mettre en confiance la personne interviewée. Il offre une liberté d'expression et un long temps de parole à l'interviewé. Il permet à celui-ci d'approfondir ses idées en évitant l'influence d'autres participants à l'étude.

Les entretiens étaient semi-dirigés. Pour cela j'ai dû élaborer un guide d'entretien qui m'a servi de fil conducteur lors de ces entretiens. Il était composé de questions ouvertes ce qui permettait à l'interviewé de répondre comme il le désirait sans avoir à choisir parmi différentes réponses préétablies. L'objectif était d'accéder à des pensées complexes qu'il faudrait ensuite coder pour faire émerger des thèmes.

### B. Le guide d'entretien

Le guide d'entretien permet de définir le déroulement global de chaque entretien. Il constituait un support me permettant de mener les entretiens de manière pertinente en stimulant l'échange quand il le fallait. Grâce à lui, je devais effectuer les bonnes relances aux moments opportuns sans pour autant influencer l'interviewé dans ses réponses ou lui couper la parole.

Le guide d'entretien comportait plusieurs parties :

- Une question d'introduction afin que l'interviewé se présente et décrive son mode d'exercice.
- 2 questions ouvertes qui devaient permettre aux médecins interviewés de s'exprimer librement sur leur utilisation de Santé Landes.
- 2 questions ouvertes, plus analytiques, afin d'avoir leurs retours sur l'utilisation de Santé Landes.
- Une dernière question plus globale pour leur permettre, éventuellement, d'évoquer des points qu'ils n'auraient pas pu mentionner au cours des précédentes questions.
- Des questions de relance.

Le guide d'entretien initial est disponible en annexe 1.

## C. Déroulement des entretiens

J'ai contacté les médecins sélectionnés par téléphone. Avec leur accord, je leur ai proposé un entretien individuel en face à face, à la date et au lieu de leur convenance.

Les entretiens ont été enregistrés avec l'accord du participant et sous couvert d'anonymat (annexe 2). L'enregistrement a été réalisé sur un dictaphone numérique et sur un dictaphone de téléphone portable.

La plupart des entretiens ont été réalisés sur le lieu d'exercice du médecin généraliste.

Sur les 13 médecins interviewés, je connaissais personnellement 2 d'entre eux avant la réalisation de l'étude.

Entre chaque entretien, nous identifiions les nouvelles idées et les éléments à approfondir. Le guide d'entretien était remanié en fonction pour les entretiens suivants.

## D. Retranscription et codage

La retranscription verbatim (mot à mot) était réalisée par mes soins de manière intégrale et littérale sur le logiciel Word de Microsoft®. Au début de chaque retranscription, les informations socio-démographiques et la durée de l'entretien étaient renseignées. L'ensemble des retranscriptions n'a pas été intégré à ce rapport de thèse afin de ne pas en alourdir le contenu. Un seul entretien a été intégré à titre d'exemple (annexe 4).

La méthode par théorisation ancrée (ou Grounded Theory Method) a été utilisée pour l'analyse des entretiens.

La première partie du processus de codage a consisté à réaliser un « codage ouvert », centré sur la question de recherche. Concrètement, il s'agit, lors de la première lecture de la retranscription d'un entretien, d'identifier des fragments de textes qui présentaient une signification spécifique (unité de sens ou étiquette).

La deuxième partie consistait à regrouper ces différentes étiquettes en sous thèmes (une étiquette pouvant appartenir à plusieurs sous thèmes). Il s'agissait du codage dit « axial ».

Un double encodage a été réalisé par Arthur Passerieux. A la suite de ça, la triangulation des données a pu être réalisée. Nous avons croisé nos analyses afin d'élaborer une version commune. Si nous n'arrivions pas à nous mettre d'accord sur un élément de la version commune je faisais appel aux directeurs de la thèse afin de pouvoir trancher.

Après cette étape, le codage sélectif a pu être réalisé. Il s'agissait de rechercher des connexions entre les différents sous-thèmes afin de pouvoir faire émerger des théories concernant la question de recherche.

Le codage des données a été réalisé à l'aide du logiciel informatique NVivo de QSR International®.

## E. Critères de validité

Les critères COREQ ont été pris en compte (annexe 3).

Les retranscriptions des entretiens ont été retournées aux participants pour effectuer des commentaires ou des corrections.

Les participants n'ont pas exprimé leur avis sur les résultats.

## F. Population de l'étude

Les participants à l'étude sont des médecins généralistes installés en libéral, exerçant dans le département des Landes et utilisant la PTA Santé Landes.

Les critères d'inclusion étaient :

-Être médecin généraliste

-Être installé, quels que soit le mode d'installation (cabinet seul, cabinet de groupe ou en Maison de Santé Pluridisciplinaire) et le lieu d'exercice dans le département landais (rural, semi-rural ou urbain)

-Être utilisateur de la PTA Santé Landes.

Les critères d'exclusion étaient :

-Être non-utilisateur de la PTA Santé Landes

-Être médecin généraliste non installé (remplaçant ou collaborateur).

Pour réaliser cet échantillon j'ai réalisé un tirage au sort parmi les utilisateurs de Santé Landes puis je les ai ensuite contactés individuellement pour savoir s'ils souhaitaient participer à mon étude. Cette procédure était destinée à garantir la validité externe des résultats.

La taille de l'échantillon dépendait du nombre d'entretiens nécessaire à l'obtention d'une saturation théorique des données.

## III. RÉSULTATS

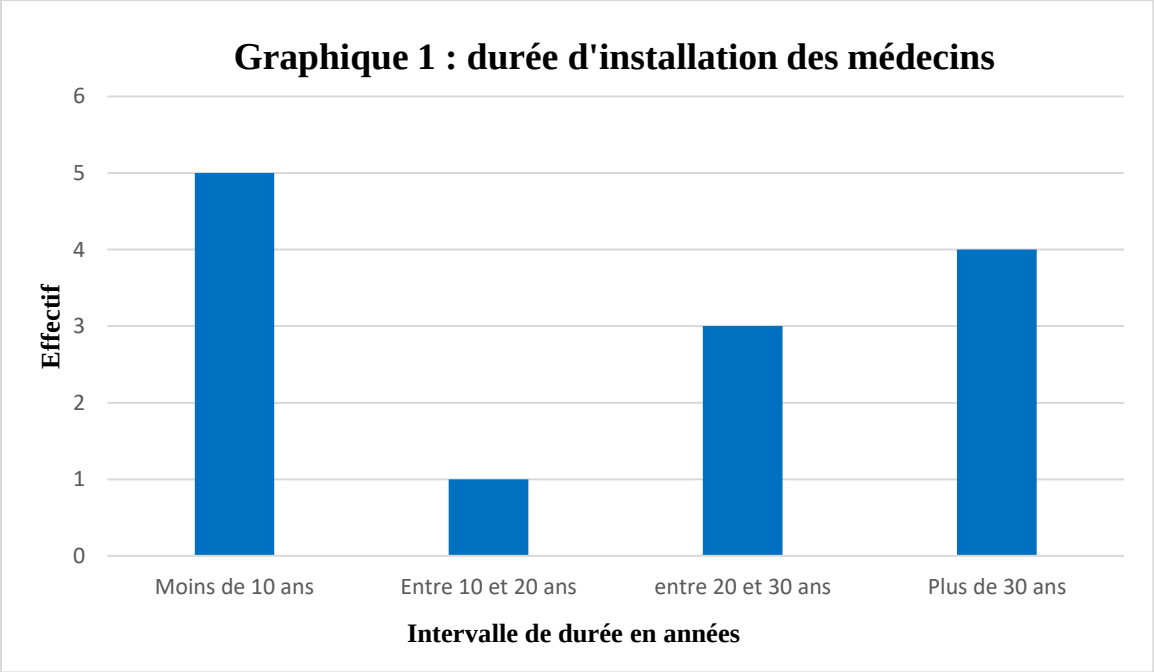
- 40 médecins ont été tirés au sort parmi les utilisateurs de Santé Landes.

- Les 20 premiers médecins ont été contactés : 3 refus (1 car trouvait l'entretien trop long et les 2 autres n'étaient pas intéressés par le sujet), 3 n'ont pas répondus aux sollicitations et 1 médecin avait initialement accepté, puis a repoussé l'entretien puis n'a plus donné de réponse malgré les sollicitations.

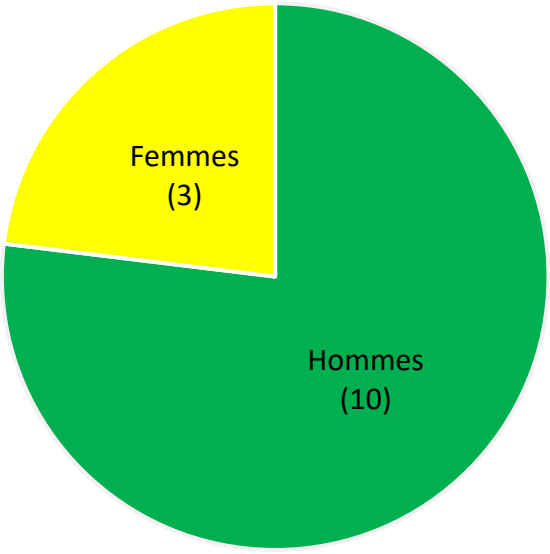
- La saturation des données a été obtenue à partir du 12ème entretien. Un 13ème entretien a été réalisé afin de s'assurer qu'aucun autre nouveau thème n'émergeait.

- Les entretiens ont été anonymisés puis numérotés de E1 à E13.

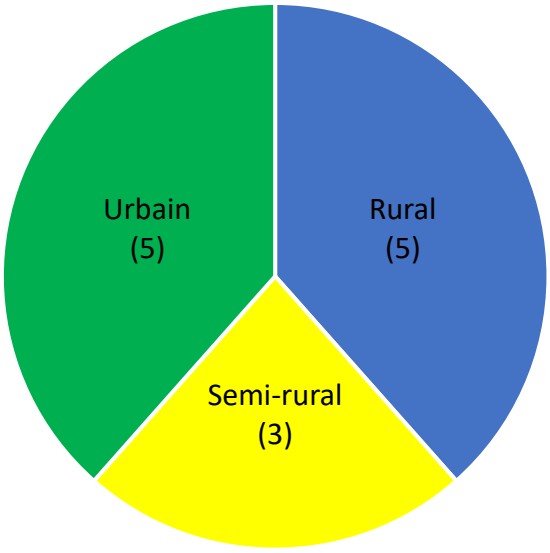
### A. Caractéristiques de la population

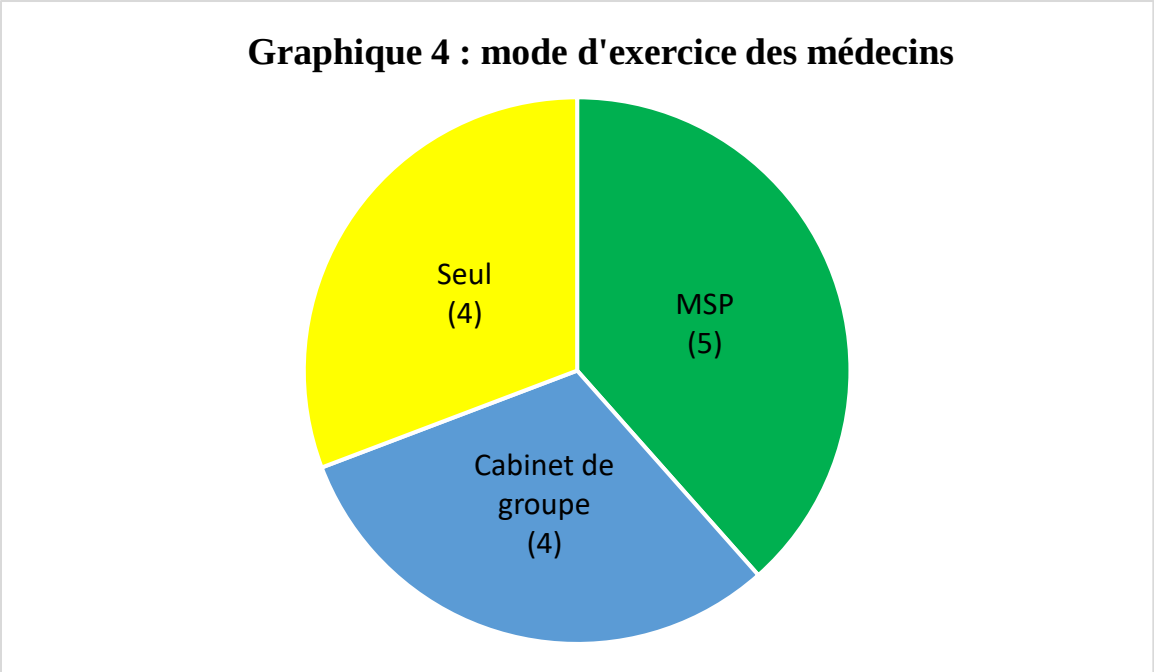


**Graphique 2 : sexe des médecins**

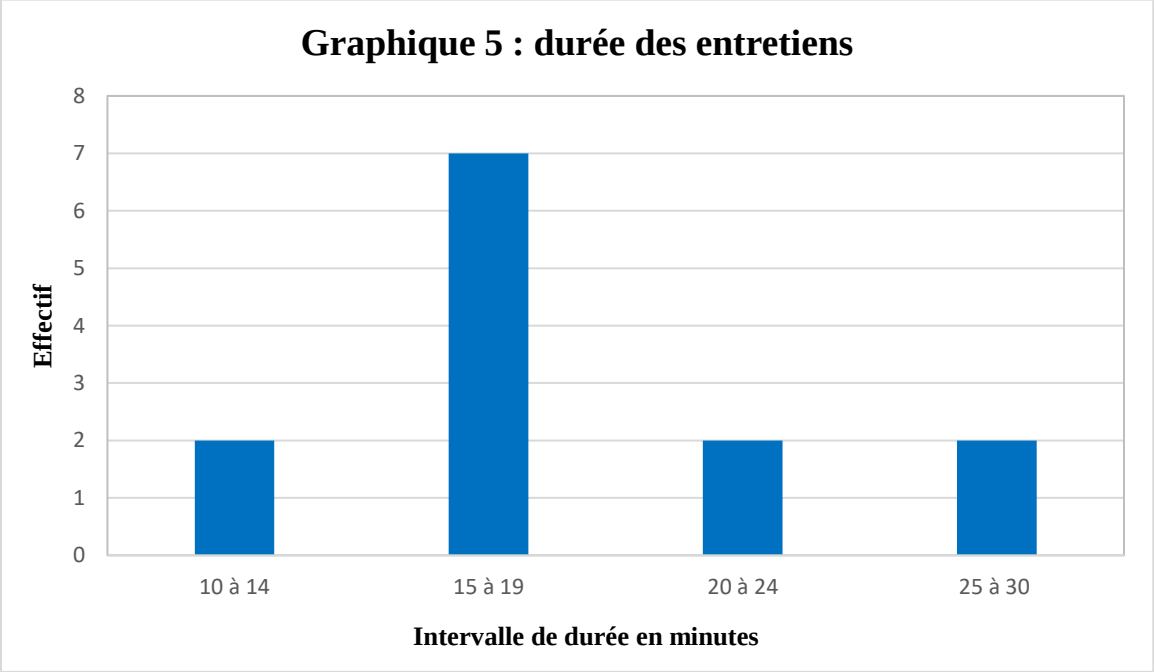



**Graphique 3 : milieu d'exercice des médecins**






## B. Les entretiens




Les entretiens ont duré en moyenne 18 minutes et 30 secondes.

La médiane de durée des entretiens est de 17 minutes et 40 secondes.

L'entretien le plus court a duré 13 minutes et 30 secondes alors que l'entretien le plus long a duré 28 minutes et 30 secondes.

### C. L'utilisation de Santé Landes dans la pratique des médecins

#### 1. Rythme d'utilisation

Le recueil des données a montré que les médecins n'ont pas une utilisation quotidienne de la PTA, mais plutôt une **utilisation ponctuelle.**

- E10 : *« Et en plus si on a une aide comme Santé Landes, bon je ne les appelle pas tous les jours non plus »*

- E7 : *« j'ai l'impression que je l'utilise vraiment que sur des situations très très ponctuelles. Enfin je ne m'en sers pas toutes les semaines. »*

Les raisons évoquées sont :

- Que les médecins font généralement appel à Santé Landes dans **des situations bien précises** et non pour la gestion de leur quotidien
    - E6 : *« Ca me rend des grands services, on va dire très épisodiques. J'arrive à gérer mon quotidien différemment. »*

    - E7 : *« Après je pense que je n'exploite pas à fond la plateforme parce que je l'utilise assez peu au final et sur des trucs vraiment ponctuels, enfin précis. »*

- Certains parfois sollicitent peu la PTA **par manque d'habitude**
    - E11 : *« Je pense que je l'utilise très mal parce que je n'y pense pas facilement, je suis tellement habitué à travailler seul que j'oublie qu'on peut avoir des aides. »*

- D'autres parce qu'ils ont **déjà un réseau constitué autour d'eux** leur permettant de gérer certains problèmes sans passer par la PTA
    - E12 : *« c'était très simple parce que nous avions la MAIA à côté et nous mangions tous ensemble à l'hôpital à côté et on réglait souvent des problèmes autour de l'assiette. »*

- Certains médecins travaillant en maison de santé pluridisciplinaire (MSP) ne ressentent pas toujours le besoin de faire appel à Santé Landes pour communiquer entre professionnels car ils **ont déjà des échanges entre eux au sein de la MSP via des réunions physiques ou via leur logiciel métier.**
    - E4 : *« Nous on a une unité de lieu ici et une unité de patient, donc on peut échanger facilement via notre logiciel pluriprofessionnel. »*

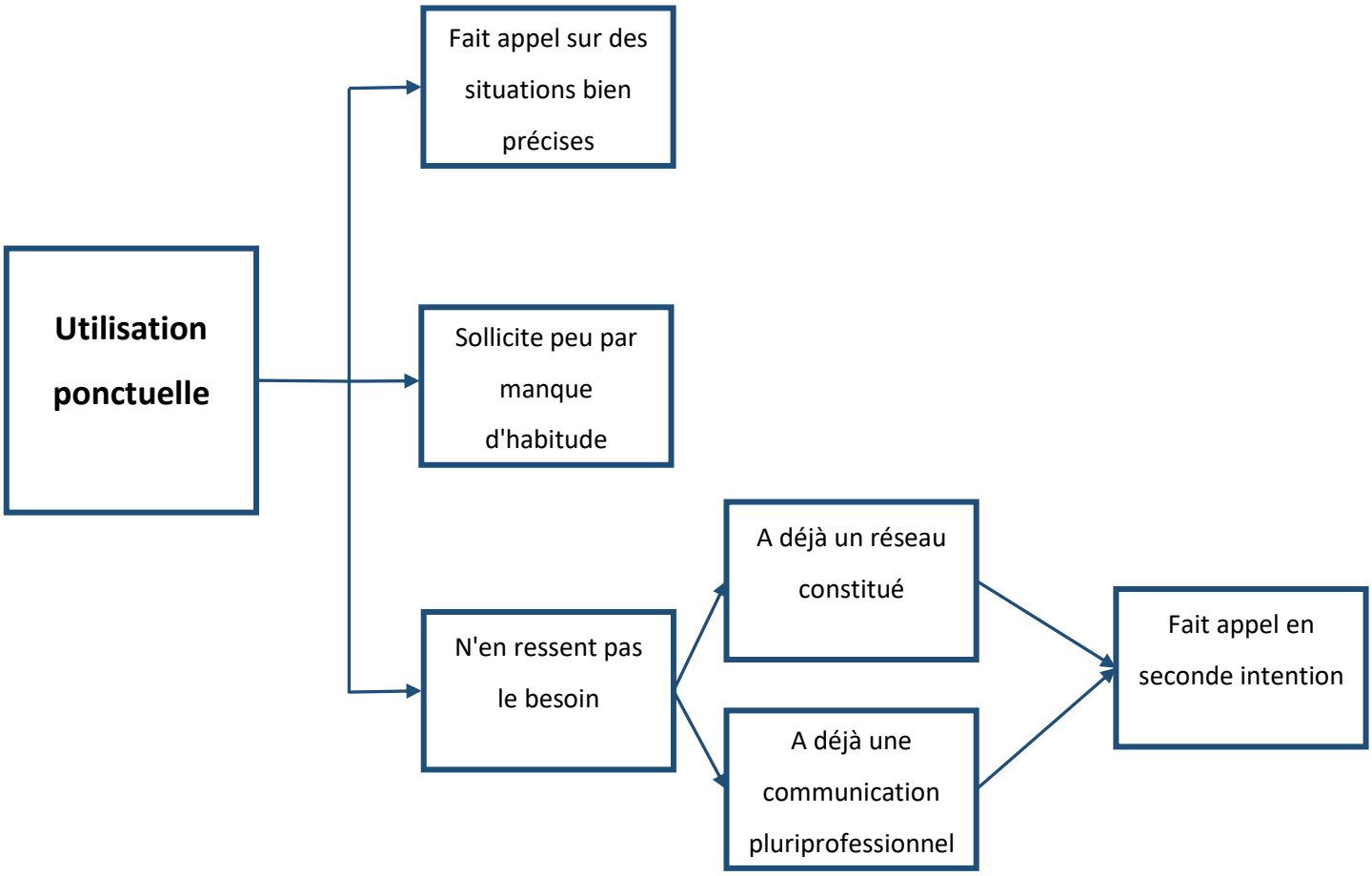
    - E4 : *« Justement les patients qui peuvent poser problème, qui peuvent être un peu complexe on les staff euh… On fait une réunion mensuelle euh… (hésitation) pour les cas complexes en pluridisciplinaire, un genre de staff »*

Ils font donc généralement plus **appel à la PTA en 2ème intention.**

- E8 : *« généralement ce sont des dossiers dont on a discuté avant en réunion pluri disciplinaire au sein de notre MSP, on a ciblé ces patients, on voit qu'il y a un problème médico-social et donc on fait, on essaie de trouver des solutions ensemble puis après on contacte la PTA, on envoie un message en relatant nos difficultés et en leurs demandant d'aider le patient ou sa famille dans les démarches d'aides sociales, d'APA, etc… »*

- E8 : *« En plus c'est départemental, donc on ne peut pas non plus demander à la PTA de venir gérer des choses qui sont à gérer par exemple au sein d'une MSP. La coordination au sein d'une MSP c'est la coordinatrice de la MSP, là faut vraiment se connaitre, c'est entre professionnels localement, pas la PTA. La PTA ça reste au-dessus, au niveau départemental. »*

**Tableau des résultats 1 : Une utilisation ponctuelle**




2. Circonstances d'utilisation de Santé Landes

Le recueil de données a montré que les médecins faisaient généralement appel à Santé Landes dans des situations où ils pouvaient se trouver **en difficulté.**

- E6 *: « En fait je m'en sers toujours quand j'ai vraiment une situation où je n'arrive pas à me dépêtrer. »*

- E4 *: « Quand on en a besoin on dit bon beh lui quand même on a besoin de se faire aider c'est la cata, met un message sur Santé Landes, dit ça, ça et ça ; »*

- E5 : « *Donc moi, quand je sens qu'il y a une difficulté d'ordre organisationnelle ou des gens isolés et qui rentrent dans le cadre, enfin pour moi il me semble que c'est plus de 60 ans et puis une pathologie chronique. Généralement on trouve donc voilà c'est allo Santé Landes.* »

Ces situations vont surtout concerner des patients pour lesquels plusieurs problématiques peuvent se mêler au sein de leur prise en charge créant ainsi **une situation dite complexe**. Selon les médecins les principales problématiques pouvant s'intriquer les unes entre les autres sont donc :

- **L'âge** (**personnes âgées**) :
    - E3 : *« ça va être plutôt avec des patients fragiles, complexes, donc plutôt la personne âgée »*
    - E11 : *« On a besoin de Santé Landes surtout pour des patients âgés »*
    - E10 : *« Moi ce que je vois c'est que c'est pratique, surtout en gériatrie comme je fais beaucoup de gériatrie. »*
- **L'isolement :**
    - E6 : *« Oui c'est surtout des gens qui sont isolés. C'est surtout quand il n'y a personne d'autre au domicile qui est capable de gérer. »*
    - E2 : *« Soit des difficultés avec les patients, je le faisais beaucoup au début au lieu d'appeler et de dire « euh j'ai.. » pour les personnes âgées qui posent problème, qui sont isolées, machin. »*
- **Des situations médicales difficiles**
    - E6 : *« Beh là mon patient c'est un monsieur qui n'a jamais voulu se soigner, qui a un cancer du poumon à petites cellules avec un envahissement médiastinal et il ne comprend pas pourquoi ça ne va pas guérir, sa famille ne*

*comprend pas, ils refusent les soins, ils ont tendance à refuser le monde qu'il y a chez eux »*

- E11 : *« Patients difficiles, patients qui vivent seuls, Alzheimer, perdus, il y a ça. »*

Notamment le **contexte des soins palliatifs**

- E6 : *« Alors je l'utilise en ce moment, je m'y mets, en ce moment pour des fins de vie. »*

- E7 : *« Je sollicite aussi sur les fins de vies à domicile, pareil pour avoir le soutien psychologue, infirmières etc… »*

- **Des problématiques médico-sociales**
  - E8 : *« une patiente de 89 ou 90 ans qui vit seule à domicile, qui refuse la toilette, ses 2 fils sont ici mais ne s'en occupent pas, l'une de ses filles est à Pau qui s'en occupe mais elle est un petit peu loin. »*

  - E4 : *« qu'on n'arrive pas à joindre les enfants ou qu'il n'y en a pas, que les gens ont des troubles cognitifs, qui ne se rendent pas compte qu'à domicile c'est de plus en plus compliqué, qu'il peut y avoir des problèmes d'hygiène, qui refusent un peu le personnel, euh… et qu'on se rend compte qu'on est un peu… soit qu'il faut augmenter les aides, soit peut être envisager une maison de retraite mais qu'il faudrait peut-être une tutelle avant, bon… C'est souvent ça. »*

Face à ces situations, les médecins font appel à la plateforme pour se faire aider :

- Lorsqu'il y a des **difficultés de maintien à domicile** pour ce genre de patients.
    - E4 : *« Alors c'est souvent dans ces problèmes, voilà, de personnes âgées dont le maintien à domicile est compliqué, qui sont dépendants et euh… (hésitation) quand on est un peu dans la panade (rire) »*

    - E12 : *« Sur la gestion du… du… (réflexion), du maintien à domicile avec les problèmes sociaux que ça implique. »*

- Lorsqu'il y a un **problème d'ordre social.**
    - E12 : *« Gérer les problèmes sociaux. Trouver… en fait c'est les problèmes sociaux que ça permet de gérer. Surtout les problèmes sociaux plus que médicaux. »*

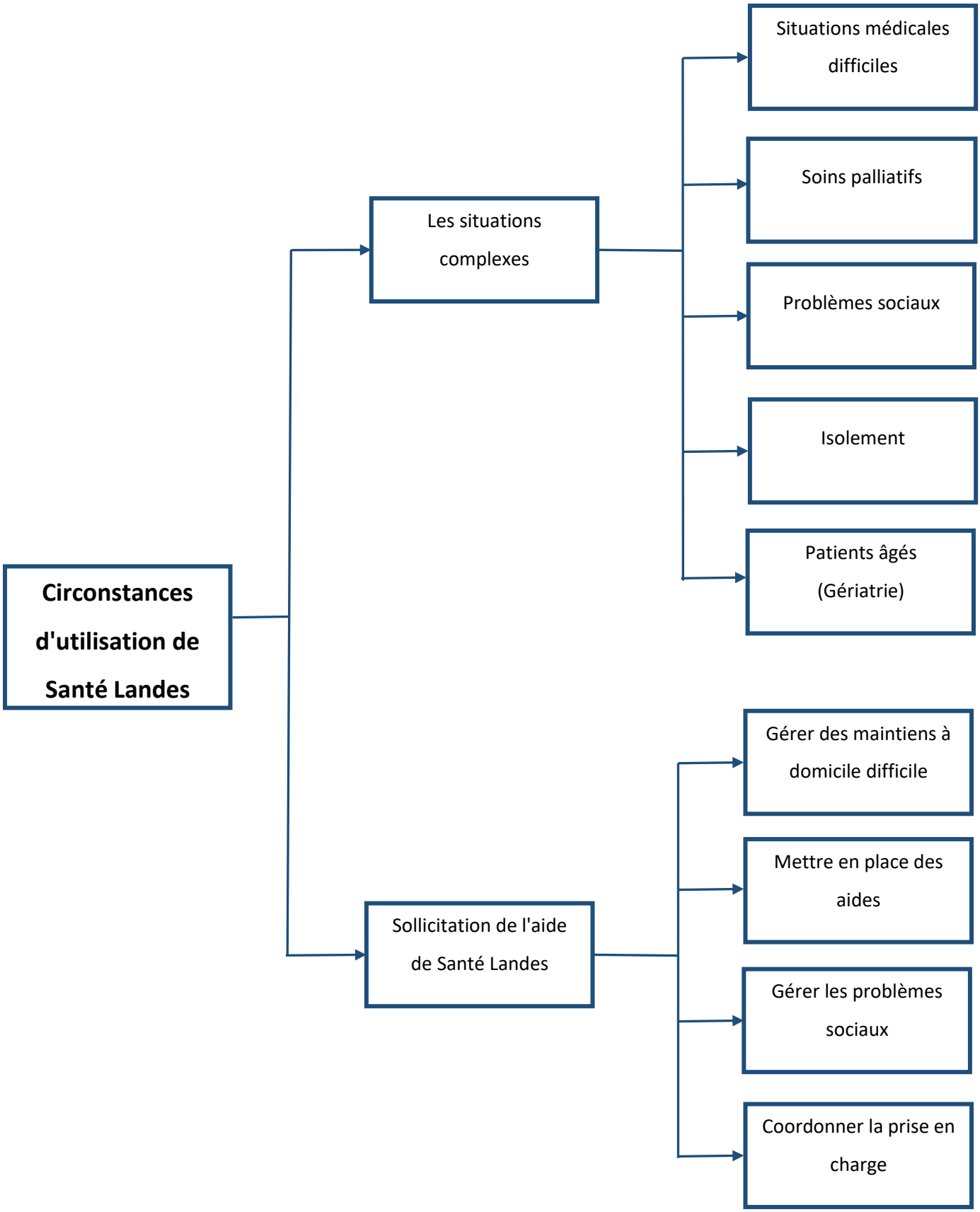
    - E4 : *« Il n'y a pas que les personnes âgées, il peut y avoir quand même… c'est souvent quand même … (hésitation) quand il y a du social quoi, que ça peut nous aider. »*

- Lorsqu'il y a besoin de **mettre en place des aides à domicile.**
    - E13 : *« Et après moi Santé Landes me sert quand j'ai un problème avec un patient qui est tout seul, pour lequel il n'y a pas d'infirmière et quand je vois qu'il faut des aides. »*

- Lorsqu'il y a **besoin de coordonner la prise en charge** autour d'un patient parce qu'il y a plusieurs intervenants.
    - E3 : *« Alors ça va être euh …. (hésitation), ça va être plutôt avec des patients fragiles, complexes, donc plutôt la personne âgée ou alors la personne un peu plus jeune mais avec des traitements plutôt lourds style chimio ou alors voilà avec recours à plusieurs professionnels de santé donc pour avoir une coordination . »*

- E8 : *« Les parcours complexes et tout le domaine médico-social. Quand il y a besoin de coordonner, que ça dépasse, pas les compétences parce qu'on a toujours les compétences, nos missions de médecin généraliste ou les missions des infirmières etc… »*

**Tableau des résultats 2 : Les circonstances d'utilisation de Santé Landes**



## D. Avantages d'utilisation ressentis par les médecins

### 1. Aide à la gestion des cas complexes

Les données de l'étude ont montré que faire appel à la PTA permettait aux médecins d'avoir **une aide** dans la gestion des cas complexes et qu'ils **se sentaient ainsi moins seuls** face à ce genre de situation.

- E4 : *« Enfin on sent un soutien quoi, on se sent moins seul en tout cas. On voit que ça s'active et que voilà… On a plusieurs cas où ça a permis de mettre des choses en place. »*

- E5 : *« parce qu'on peut pour certaines situations se mettre en contact avec des coordinatrices et puis euh… Parce que je ne suis pas non plus à me délester loin de là, on a notre rôle à jouer mais de se donner une conduite à tenir, « bon on va faire comme-ci, comme ça, vous faites ci je fais ça, on se met au courant puis on communique ». Donc ça permet de se sentir moins seul, de savoir ce qu'il faut faire »*

- E11 : *« C'est vraiment ça l'intérêt : c'est utiliser les moyens qu'il y a à l'extérieur pour faire le travail que l'on faisait seul avant. »*

En sollicitant cette aide cela leur permet de **débloquer certaines situations.**

- E4 : *« Beh c'est une aide quand même, parce que ça débloque quand même des situations. »*

- E6 : *« Voilà ils sont capables de mettre en œuvre des moyens efficaces pour dégager une situation. »*

- E5 : *« J'ai quand même essayé de passer 2-3 coup de fils, j'ai vite compris que ça allait vite me prendre la tête. Allo Santé Landes, qui ont pris le contact avec la MAIA, machin, on s'est retrouvés avec la dame au domicile, j'ai fait le certificat et hop elle a tout débrouillé quoi, alors que moi je commençais à m'arracher la tête avec ça. »*

Cela peut ainsi permettre de :

- **Mettre en place rapidement des aides à domiciles.**
    - E2 : *« Soit des difficultés avec les patients, je le faisais beaucoup au début au lieu d'appeler et de dire « euh j'ai.. » pour les personnes âgées qui posent problème, qui sont isolées, machin. Faudrait mettre en place tout le… (hésitation) tout le barnum autour et tout le monde. Et c'est vrai que ça déroulait assez vite. »*

    - E2 : *« des choses comme ça où on a besoin de mettre vite en place les choses et où effectivement la centralisation des contacts et euh… (hésitation) de la mise en route des choses est quand même très bien faite par Santé Landes. »*

- **Trouver des solutions adaptées dans des domaines où parfois les médecins n'ont pas de connaissance.**
    - E1 : *« J'ai quelques exemples, moi des associations pour les aveugles je ne connaissais pas. Grâce à Santé Landes j'ai pu permettre l'appareillage de certaines personnes mal voyantes dans leur utilisation journalière, le téléphone, des cannes, des machins enfin tout ce qui existe pour les malvoyants. »*

    - E11 : *« Voilà, pour des questions où je n'ai pas les réponses en plus parfois donc là en passant par eux ils les trouvent. »*

- **Faciliter le maintien à domicile** de certains patients en situation complexe.
    - E5 : *« Oui, oui et je pense que ça aide justement au maintien à domicile. »*

    - E4 : *« Les infirmiers ne voulaient plus y aller parce qu'il était trop lourd, le SSIAS n'était pas disponible donc il se renvoyait la balle, c'était très compliqué et bon on a senti l'appui de Santé Landes qui a cadré. Maintenant c'est cadré, le SSIAD y va, les infirmiers y vont aussi, ils se sont partagés le truc et ça roule quoi. Cela a permis le maintien à domicile et le monsieur est toujours à domicile, voilà. »*

- Ou **faciliter la recherche d'hébergements temporaires, d'hospitalisations ou de convalescences** en laissant Santé Landes faire les démarches.
    - E11 : *« Il y a des aides quand on a besoin de placement ou autre. Ils font quand même les premières recherches et nous on a juste le dossier à remplir, ça, ça m'aide beaucoup. »*

    - E13 : *« Beh par exemple pour une hospitalisation ou un hébergement ou une convalescence maintenant je fais le dossier directement sur PAACO et après je laisse les équipes de PAACO essayer de trouver un endroit. »*

2. Anticipation de situations complexes

L'analyse des données a montré que les médecins trouvaient que cela permettait **un suivi plus rapproché** pour les patients inclus dans Santé Landes ce qui peut permettre ainsi de **contacter le médecin plus tôt en cas de difficultés :**

- E13 : *« Et le but de PAACO c'est que ça nous permet d'anticiper des, des…, des décompensations. »*

- E7 : *« ça permet d'avoir un suivi plus rapproché pour certains patients et ça permet de nous alerter quand ça ne va pas, sans que ça vienne forcément du patient qui lui nous aurait appelé plus tard ou ne nous aurait pas appelé du tout. »*

- E7 : *« Sur des situations qui sont compliquées à domicile on est interpellés je pense plus tôt par Santé Landes que si ça venait des patients ou des familles. »*

Cela permet d'avoir également **un regard autre que celui du médecin** sur les patients et ainsi pouvoir l'informer de choses dont il n'était peut-être pas au courant :

- E12 : *« Et ça nous permet de voir les patients sous un autre jour parce que je pense qu'elles découvrent pas mal de choses pour lesquelles nous ne sommes pas du tout au courant et après nous refaisons le point ensemble quand même. »*

- E7 : *« C'est vrai que la psychologue les appelait régulièrement et puis elle m'appelait de temps en temps pour me dire « là je trouve qu'il y a un moins bien, il faut y aller, il faut aller ré évaluer ». »*

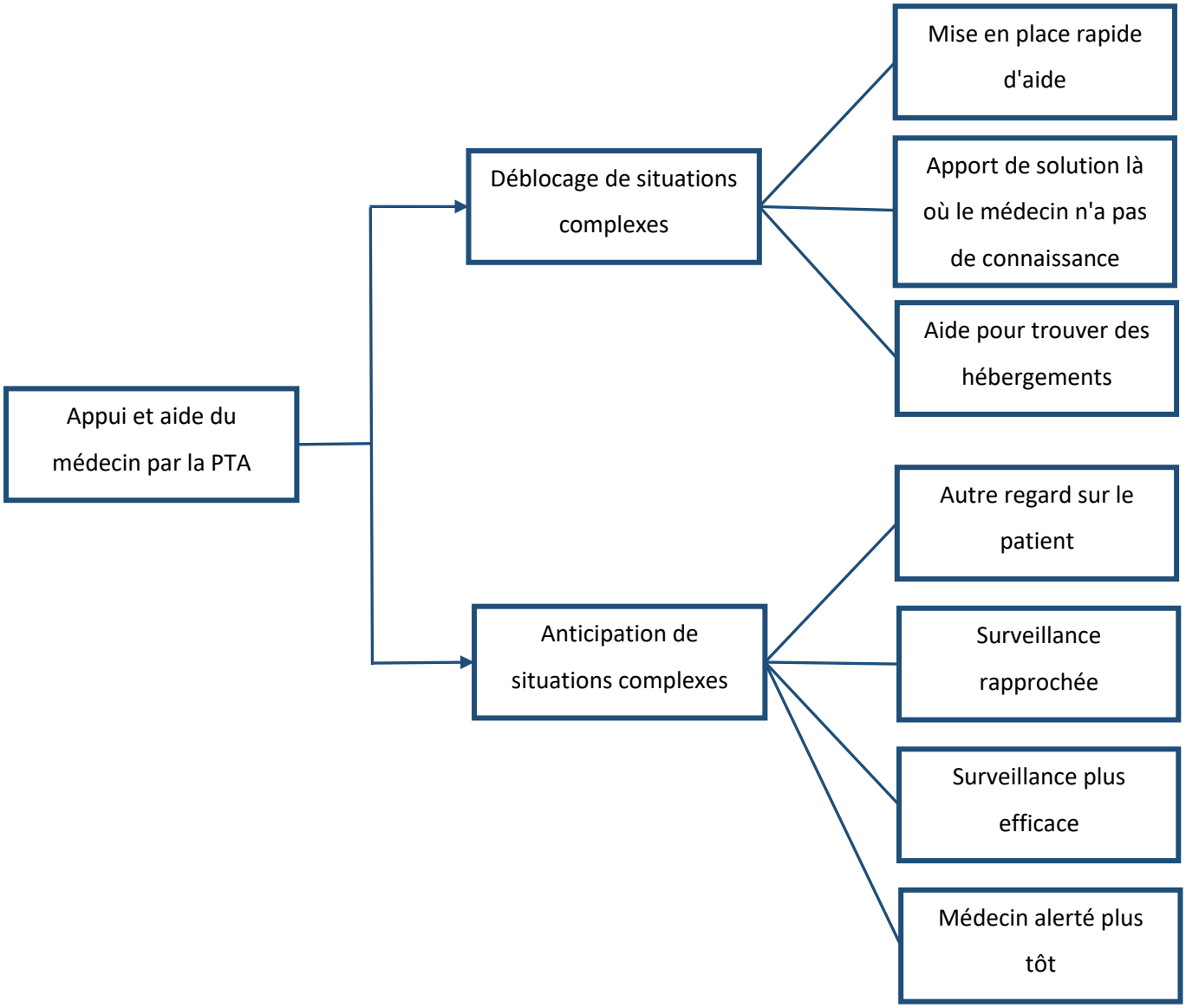
D'après le recueil des données les médecins ont ainsi le sentiment d'avoir **un suivi et une surveillance plus efficaces** auprès des patients, chose qui peut ainsi leur permettre **d'anticiper la survenue de situations complexes :**

- E13 : *« je pense qu'on est assez efficace sur ça, on peut prévenir et on a gagné une qualité dans le suivi qu'on n'avait peut-être pas avant. »*

- E13 : *« Madame est Alzheimer et pas Monsieur qui s'en occupe beh je dis « et si vous il vous arrive quelque chose qu'est-ce qu'on fait ? », on ne peut plus placer les patients comme avant parce qu'on faisait des placements aux urgences, maintenant on n'a plus de place. Donc ça nous permet d'anticiper, c'est très bien. »*

- E3 : *« Et puis le patient qui n'est aujourd'hui pas forcément aujourd'hui hyper complexe avec son diabète ou son hypertension et beh demain il a fait son AVC, il a fait son infarct, il n'est plus autonome et voilà, malheureusement du jour au lendemain il y a une cassure et il est veuf et machin, ça va très vite quoi. D'un état plutôt stable et plutôt euh gestion, autonomie nickel au cabinet, peu de choses peuvent faire basculer vers la dysautonomie, euh, l'isolement, les enfants qui ne sont pas sur place alors que papa était autonome et du jour au lendemain pam son AVC, clac, tout se casse. D'où l'intérêt de mettre en place rapidement du lien. Donc euh voilà quoi, et l'intérêt il est là bien sûr. »*

**Tableau des résultats 3 : L'appui de la PTA dans les situations complexes**



3. Versant social de la prise en charge

**Les difficultés du médecin dans la prise en charge sociale**

Une des principales difficultés rencontrées par les médecins concerne le versant social de ces situations complexes.

Les médecins éprouvaient **des difficultés à faire le lien et à communiquer avec le domaine social** qu'ils jugeaient **peu facile d'accès :**

- E4 : *« Moi je trouve, personnellement, que les liens avec les acteurs sociaux ne sont pas forcément faciles. L'assistante sociale, on ne sait jamais quel secteur elles ont, et plutôt elles sont plutôt spécialisées dans telle branche euh…»*

- E10 : *« Il faut les appeler, je ne trouve pas l'interlocuteur facilement et la personne que j'ai au bout du fil elle dit « oui », elle écoute etc… Après je ne sais pas ce qu'il se passe, il se passe que je n'ai pas d'information après mais elle vient par téléphone, par une assistante sociale qui me rappelle, et je dois répéter la même chose. »*

- E8 : *« Bon ça c'est entre nous mais le système social de nom de ville on avait une heure par semaine pour le joindre quoi. Si c'est quand on a la tête dans le guidon l'heure est passée et on attend la semaine d'après. Et comme la semaine d'après c'est pareil beh on attend la semaine d'après. Et les familles c'est pareil « je n'arrive pas à joindre les services sociaux, je n'arrive pas à ceci… ».*

En plus de ces difficultés de communication, les médecins reconnaissent qu'ils **ne maîtrisent pas bien** ce versant de la prise en charge et qu'ils **n'ont pas les connaissances nécessaires** dans ce domaine :

- E13 : *« Moi je suis mauvais en social, je ne sais pas les aides déjà ce qu'il faut, à part les dossiers APA mais je ne sais pas les remplir. »*

- E9 : *« Les explications sociales, moi je n'y connais pas grand-chose en social et juridiction sociale »*

Les médecins se retrouvaient parfois **un peu perdus dans l'offre de soins sociale** qui pouvait leur apparaître comme **peu lisible.**

- E10 : *« Alors voilà on ne comprend pas trop. Alors au hasard je dis tiens je vais téléphoner au CLIC pour un signalement ou alors à la MAIA je ne sais pas trop… mais ils se rejoignent je crois. Mais ce n'est pas clair. »*

- E8 : *« Et puis surtout ça a regroupé beaucoup de compétences parce qu'avec les MAIA, les CLIC, les assistantes sociales locales, les machins : non mais on s'y perd quoi. 1 : les professionnels s'y perdent, 2 : je pense que c'est une perte d'énergie pour tous ces professionnels, perte d'argent pour la collectivité. »*

- E5 : *« Fin j'ai pas besoin d'appeler le portage de repas, d'appeler la MAIA, d'appeler je ne sais pas qui. Généralement en plus on se mélange un peu les pédales nous-même. »*

Ils ne savent pas vers qui s'orienter en fonction de leurs demandes car ils **ne connaissent pas tous les rouages de la prise en charge sociale.**

- E1 : *« La coordination de tous les services sociaux que nous, médecins généralistes, on est un petit peu (hésitation) dans l'inconnue d'où est ce qu'il faut aller se les pécher, je parlerai des MAIA, je parlerai de l'UDAF, je parlerai de tout ce qui est association »*

- E10 : *« Bien pratiquement, je fais un signalement à qui d'abord ? Faut téléphoner à qui ? »*

- E8 : *« Oui l'offre était éparpillée et les gens ne rentraient pas forcément en communication les uns avec les autres. C'était une débauche d'énergie avant énorme. En plus on ne connaît pas toujours toutes les ficelles. »*

En plus de ces difficultés, la prise en charge sociale leur **prenait beaucoup de temps.**

- E10 : *« Alors qu'avant il fallait que je téléphone à l'assistante sociale du coin et puis après téléphoner aussi à je ne sais plus qui, puis après téléphoner à Saint-Sever pour organiser un rendez-vous. Je passais mon temps au téléphone et parfois arrivé au téléphone pour avoir le patient, et avoir l'interlocuteur ça demande parfois une demi-heure, voire 1 heure, c'est long. »*

- E11 : *« Si la famille ne sait pas le faire c'est le médecin qui le fait. Je n'ai pas à le faire, ça je trouve que c'est déjà énorme. Les rares fois où j'ai dû le faire c'est 2h30 ou 1h30 de passer pour faire ça. »*

Certains médecins pensent d'ailleurs que **ce n'est pas à eux de gérer cette partie de la prise en charge :**

- E8 : *« Pfou (souffle) : moi j'ai fait neuf ans d'études, 10 pour vous maintenant, voilà c'est pour soigner les gens. Mon cœur de métier c'est le soin. Voilà ce n'est pas d'être assistante sociale, ce n'est pas d'appeler l'ADMR pour le livrage des repas, des trucs, des machins chouettes. »*

Les arguments avancés sont :

- Ils pensent que la **prise en charge médicale est déjà assez difficile :**
    - E5 : *« Au niveau médical c'est quand même compliqué, il faut absolument nous enlever la partie organisationnelle. »*

- **N'ont pas le temps de gérer des problèmes sociaux** qui sont la plupart du temps **chronophages** :
    - E13 : *« On n'a plus le temps, on n'a plus le temps d'appeler tout le monde pour essayer de trouver une place. »*

    - E5 : *« Mais ce n'est pas possible on ne peut pas. Enfin je ne peux pas passer une heure avec un patient à débrouiller une situation sociale. »*

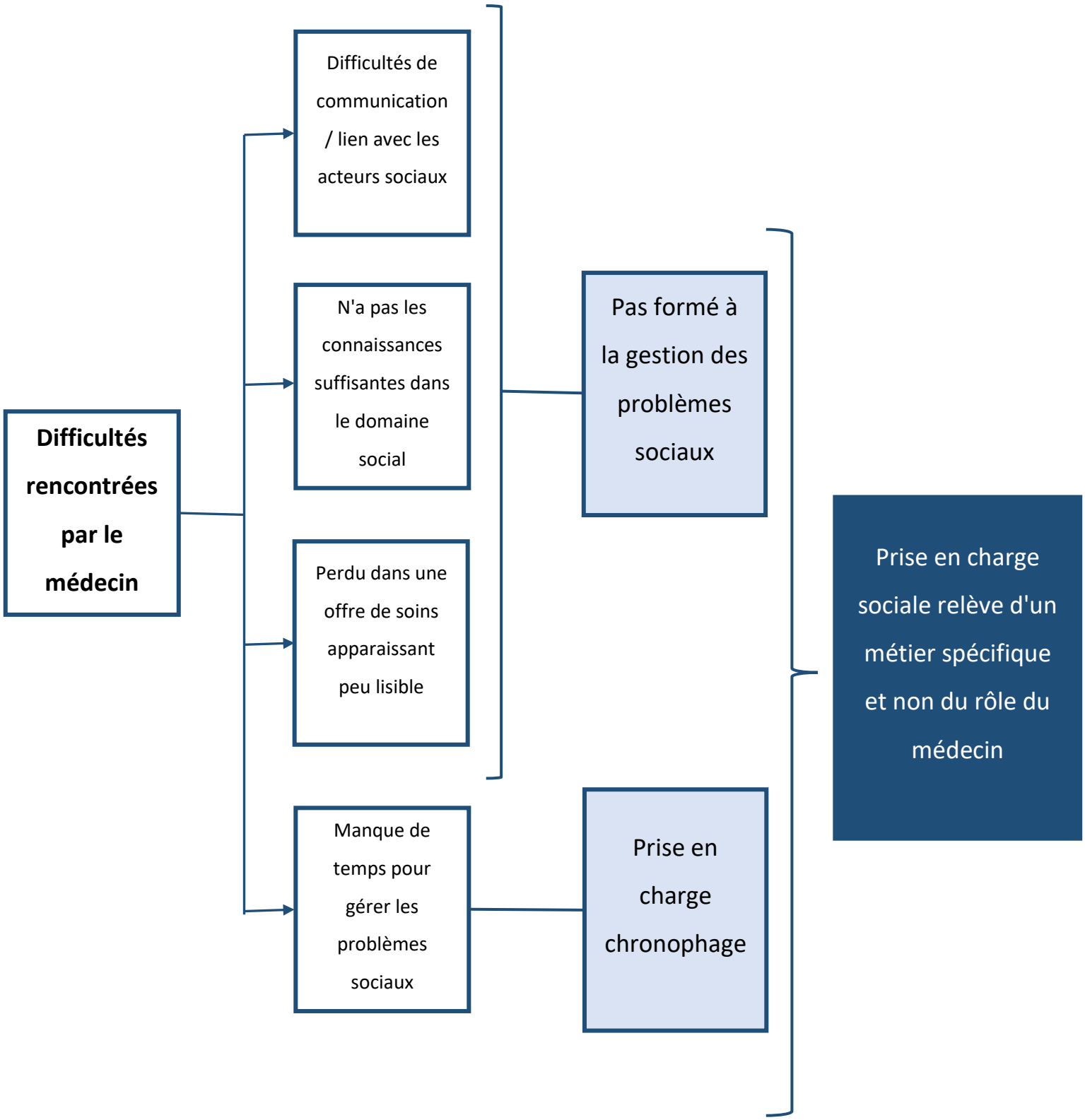
- Pensent que **les médecins ne sont pas formés** à ça et que **la prise en charge sociale relève d'un métier spécifique.**

    - E5 : *« C'est vraiment un métier je pense que d'aider les gens pour qu'ils restent à la maison et pour les aider à tout point de vue. Donc nous on est des médecins mais on ne peut pas tout faire… »*

    - E5 : *« Ce n'est pas notre formation. (Hésitation). C'est difficile, enfin moi je ne suis pas assistante sociale, ce n'est pas mon job. »*

    - E13 : *« Des choses, bon c'est con mais qui a droit à des aides ménagères ? Qui a droit à… ? Quelles aides on peut apporter chez quelqu'un ? Est-ce qu'ils ont droit au portage de repas ? Ca je ne sais pas, je n'ai pas appris ça à la fac. »*

**Tableau des résultats 4 : Les difficultés du médecin dans la prise en charge sociale**



**Les avantages ressentis par les médecins sur la prise en charge sociale**

L'analyse des données montrent que les utilisateurs trouvent que passer par Santé Landes **améliore, simplifie ce lien avec le domaine social**.

- E4 : « *c'est pas simple en fait pour nous d'avoir un relais assistante sociale. C'est vrai que ça nous simplifie un peu la vie dans cette démarche-là.* »

- E13 : *« C'est mieux, la communication avec le domaine sociale est mieux. »*

- E1 : *« La Plateforme, moi je la vois extrêmement intéressante dans tout ce qui est lien social. »*

Ils trouvent que ça leur permet aussi de **se faciliter la tâche au niveau de la prise en charge sociale :**

- E1 : *« tout ce qui pose problème du social que nous, médecins généralistes, avons des difficultés à gérer et manque de temps pour prendre le téléphone, appeler tous les services, dialoguer pendant une demi-heure et tout ça. Bon, avec l'utilisation par le logiciel et le personnel dédié de Santé Landes, en quelques clics, un petit message de tchat sur Globule et puis l'affaire est en cours et va se régler très facilement. »*

- E9 : *« oui c'est ça surtout : simplifier le facteur social. »*

Cette facilitation passe par le fait qu'au lieu de devoir contacter eux même les différents acteurs sociaux ou de chercher seuls des solutions à leurs problématiques sociales les médecins vont pouvoir **déléguer ce versant de la prise en charge au personnel de la PTA qui a les connaissances dans ce domaine spécifique.**

- E13 : *« Et surtout je pense que ça permet de déléguer des choses que je ne sais pas faire. »*

- E8 : *« Voilà, le laisser à ceux qui ont ce domaine de compétence sociale. »*

- E7 : *« Je pense que, c'est aussi qu'eux ils ont un réseau donc c'est bien de pouvoir l'utiliser. »*

Après avoir été contacté et été mis au courant des problématiques sociales rencontrées par les médecins, le personnel de la PTA va ensuite s'occuper de :

- **Trouver les solutions aux difficultés sociales que rencontrent les médecins :**
    - E10 : *« Là on a un problème social, d'urgence médico-sociale et bien on téléphone à Santé Landes et là ils s'occupent de tout et on a l'information. »*

    - E5 : *« Donc j'ai appelé Santé Landes, j'ai donné les coordonnées, j'avais rappelé, enfin la patiente je lui avais demandé son consentement au préalable, et après beh ça a roulé, ils ont mis en place plein de choses »*

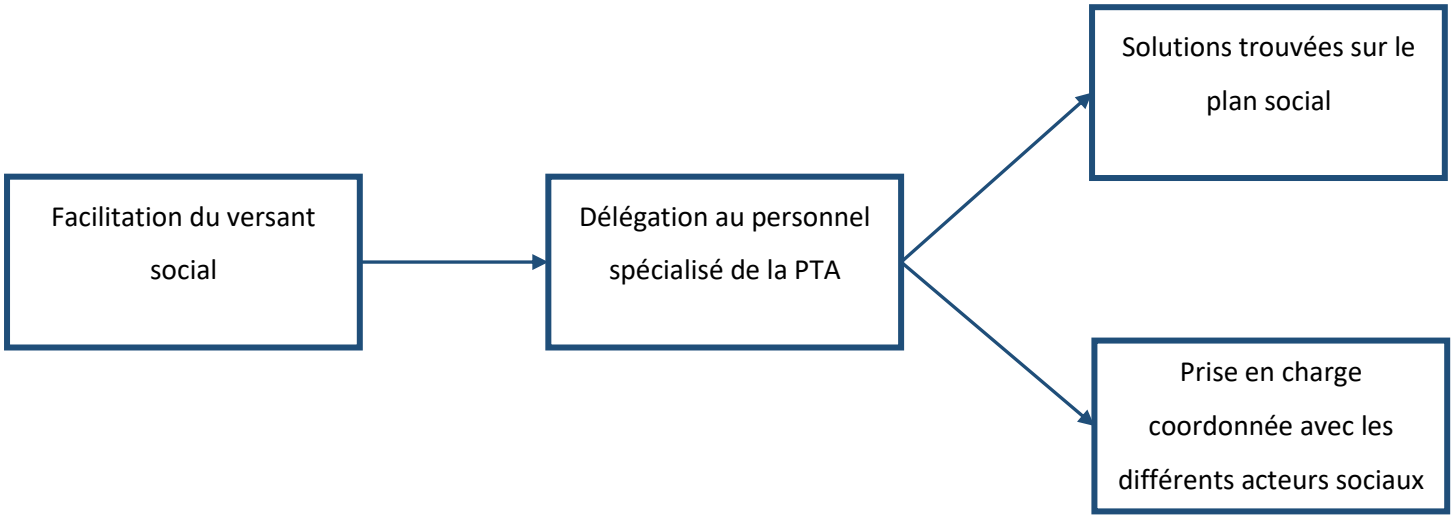
    - E9 : *« Ah beh ça m'a déchargé de toutes ces situations sociales inextricables où je ne sais même pas où adresser les patients. »*

- **Aider à coordonner ou coordonner directement la prise en charge sociale :**
    - E8 : *« on envoie un message en relatant nos difficultés et en leur demandant d'aider le patient ou sa famille dans les démarches d'aides sociales, d'APA, etc… Toutes ces choses-là de mise en place de portage de repas, d'ADMR, qui nous aide à coordonner ou qui coordonne directement tout cela. »*

    - E5 : *« C'est-à-dire que toutes ces situations sociales… Enfin si vous voulez entre tous les intervenants qu'il peut y avoir : social, médico-sociale, médicale, euh… parapharmacie j'en sais rien. C'est-à-dire que généralement c'est nous, puisque nous sommes médecin, le médecin référent, on est coordinateur et on peut être coordinateur pas que médical mais à ce niveau-là, donc quelque part on leur donne notre place là-dessus. »*

- E8 : *« Oui l'offre (sociale) était éparpillée et les gens ne rentraient pas forcément en communication les uns avec les autres. C'était une débauche d'énergie avant énorme. En plus on ne connait pas toujours toutes les ficelles. Donc quand on quelqu'un au bout du fil qui coordonne tout ça et dont c'est le cœur de métier : on y va, pas de problème. »*

**<u>Tableau des résultats 5 : Une facilitation de la prise en charge sociale</u>**




En déléguant la coordination de la prise en charge sociale aux personnes spécialisées dans ce domaine, les médecins ont l'impression que **les solutions à leurs problématiques sont trouvées plus rapidement que s'ils avaient dû se débrouiller tout seul.**

- E2 : *« C'est en fait voilà, ça permet de former une… (hésitation) plus rapidement que moi en passant plusieurs coups de fil de tout de suite euh (hésitation) faire le…, faire le… (hésitation), créer le réseau très vite autour de la personne qui posait des problèmes de maintien à domicile ou des problèmes médicaux qui ne relèvent pas que du médicament mais de la prise en charge globale. »*

- E7 : *« Parce que par exemple quand je les sollicite pour chercher un hébergement temporaire je pense qu'elles ont toute la liste des établissements qui proposent ce genre de chose et elles vont plus vite que moi qui vais batailler, chercher, récupérer les numéros, appeler à droite à gauche et jamais être avec le bon interlocuteur. »*

Cela leur donne le sentiment de **:**

- **Gagner en efficacité.**
    - E13 : *« C'est leur rôle, donc ça nous permet d'être plus efficace en déléguant »*

    - E13 : *« Moi ça m'a, ça me permet de gagner en coordination, en efficacité. »*

- **Gagner plus temps sur la prise en charge sociale :**
    - E10 : *« eux vont s'occuper de tout, tout ce qui est du social, du médico-social on va dire. Alors qu'avant il fallait que je téléphone à l'assistante sociale du coin et puis après téléphoner aussi à je ne sais plus qui, puis après téléphoner à Saint-Sever pour organiser un rendez-vous. Je passais mon temps au téléphone et parfois arrivé au téléphone pour avoir le patient, et avoir l'interlocuteur ça demande parfois une demi-heure, voire 1 heure, c'est long. Donc je reconnais que cette outils Santé Landes c'est appréciable. »*

    - E8 : *« Moins de temps passé au téléphone à joindre les différents acteurs médico-sociaux. Et que la bip, bip, bip ça se calle tout seul. »*

L'analyse des données montre que l'utilisation de Santé Landes va donc permettre **d'alléger le travail des médecins** puisqu'ils auront **moins de tâches chronophages à gérer qu'auparavant (dont la partie sociale évoquée plus haut).**

- E5 : *« Moi ça m'allège énormément. »*

- E12 : *« On gérait les tutelles, les curatelles, les euh… les placements, trouver une maison de retraite et tout ça. Ils font tout ça, les inscriptions sur via-trajectoire elles le font et moi je complète juste la partie médicale. »*

- E11 : *« voilà tout le temps qu'ils ont passé à chercher je n'ai pas eu à le faire ça. »*

Un exemple souvent évoqué est **la recherche d'hébergement temporaire ou de place d'hospitalisation** pour un patient. Ces recherches souvent chronophages pour le médecin sont faites directement par Santé Landes.

- E11 : *« Tout ce qu'ils font comme recherches déjà au niveau hospitalier savoir s'il y a des places à tel endroit, si on peut recevoir, si on peut… ça je n'ai pas à le faire moi. Si la famille ne sait pas le faire c'est le médecin qui le fait. Je n'ai pas à le faire, ça je trouve que c'est déjà énorme. »*

- E13 : *« Beh par exemple pour une hospitalisation ou un hébergement ou une convalescence maintenant je fais le dossier directement sur PAACO et après je laisse les équipes de PAACO essayer de trouver un endroit. »*

- E7 : *« Oui pour les difficultés de maintien à domicile ça m'est déjà arrivé de faire appel à Santé Landes pour qu'elles me trouvent un hébergement temporaire, pour qu'elles s'occupent de faire le tour de tous les appels pour trouver un hébergement temporaire un petit peu dans l'urgence pour des difficultés de maintien à domicile. »*

Certains évoquent même le fait de parfois **se débarrasser de choses qu'ils ne veulent pas faire comme par exemple la gestion du domaine social.**

- E9 : *« petit à petit j'ai vu que ça me rendait beaucoup de services ; ça m'évite tout le côté social des choses. C'est-à-dire que dès qu'on me pose une question sur du social : je bascule sur Santé Landes immédiatement, j'inscris mon patient dans Santé Landes, je demande à Santé Landes de présenter au patient et je me décharge d'un tas de choses qui ne concerne pas la médecine. »*

- E9 : *« Ca peut aller de lui envoyer le coiffeur chez lui jusqu'au portage de repas, chercher une infirmière parce que « et qui j'envoie comme infirmière ? » (Sifflement) :*

*hop Santé Landes. Tu comprends, tu tapes en touche. Santé Landes c'est taper en touche. »*

- E5 : *« et puis certaines choses que euh… (hésitation) que l'on peut, enfin pour lesquelles on peut se débarrasser quand même, beh on s'en débarrasse quand même, enfin on ne va pas les faire. »*

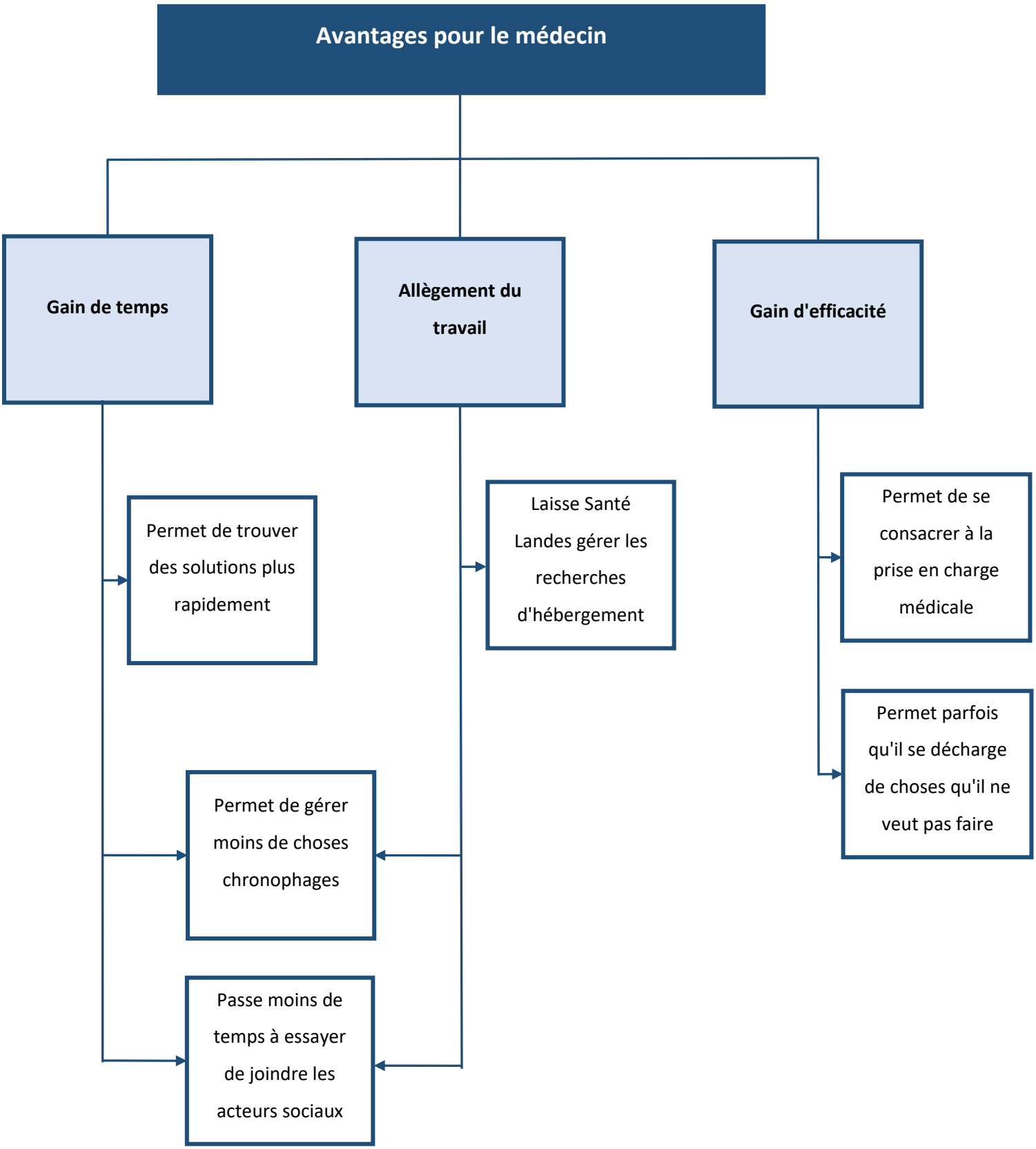
En adoptant ce fonctionnement les médecins ont l'impression de **plus pouvoir se consacrer à la partie médicale de la prise en charge :**

- E5 : *« Donc ça nous permet, je crois quand même, de rester plus dans le soin, sur la part médicale que toute cette partie organisationnelle. »*

- E8 : *« ça nous fait gagner du temps. Voilà du temps pour se consacrer au soin. »*

- E9 : *« Donc je me recentre sur la médecine grâce à ça. Voilà eux ils s'occupent de toute cette gestion comme ça, du non médical quoi. »*

**Tableau des résultats 6 : Avantages ressentis de l'utilisation de la PTA**



4. Communication et coordination

D'après les données de l'étude, utiliser la plateforme permet de **mettre en relation plus facilement les différents intervenants** auprès du patient pour qu'ils puissent **communiquer entre eux :**

- E2 : *« Moi je le vois très clairement comme un outil qui est un gain de temps pour moi mais également pour tous les autres intervenants puisque ça permet d'interconnecter plus facilement. »*

- E3 : *« Voilà, pas compliqué, je vais de suite sur la situation solliciter les collègues de Santé Landes qui vont monter un dossier, mettre en relation rapidement, faire un screening et mettre en relation rapidement tous les intervenants sur la plateforme et après chacun nourrit, bien sûr, le dossier, en partageant avec les professionnels dont il lui semble bon de partager. »*

- E12 : *« Et qu'elles font un lien un lien quand même très important entre les différents intervenants à domicile et les familles, choses qu'on n'avait pas trop le temps de faire autrefois »*

Les différents intervenants peuvent ensuite **communiquer via l'application PAACO/Globule.**

- E2 : *« avec l'application euh… (hésitation) pas mal de communication avec les intervenants : donc les équipes spécialisées, les infirmières aussi un petit peu et de temps en temps un peu les centres hospitaliser qui mettent des trucs dessus »*

Les intervenants utilisent parfois le dossier PAACO/Globule **comme un dossier médical** pour **partager des informations** qui seront ainsi **accessibles à tous les acteurs de la prise en charge :**

- E2 : *« Ouais ça établit un espèce de dossier médical euh (hésitation), Enfin (hésitation), accessible à tout le monde et qui est cohérent et qui permet de (hésitation) ouais de faire en sorte que tout le monde soit au courant de tout. »*

- E10 : *« Comme c'est en réseau tout le monde est au courant de tout. »*

- E2 : *« C'est un tchat qui permet de discuter des choses et d'échanger des documents. »*

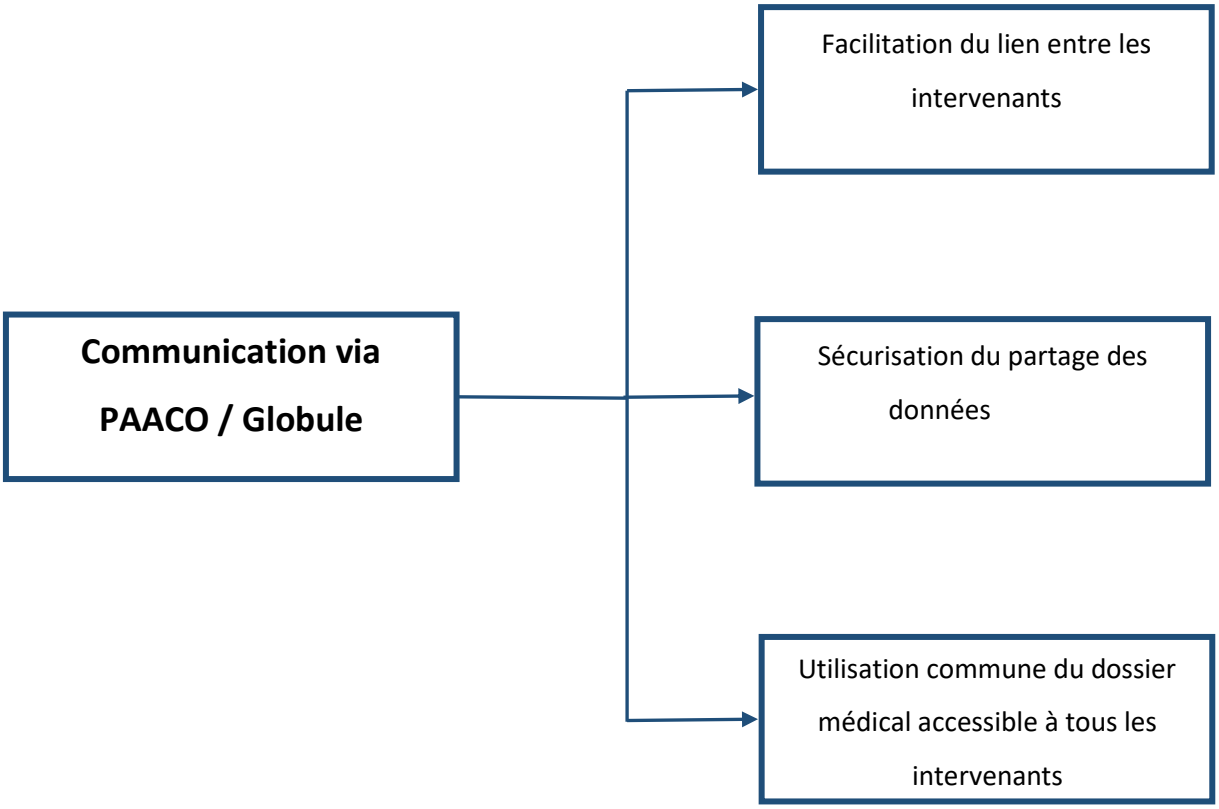
Les utilisateurs trouvent que partager des informations par l'application leur permet que ce **partage de données soit sécurisé :**

- E1 : *« Tout ce qui passe par là c'est sécurisé, y a pas de souci. Mémorisé, sécurisé. »*

- E11 : *« C'est bien, c'est sécurisé il paraît donc c'est parfait. »*

- E12 : *« Ah beh je trouve que c'est intéressant dans la mesure où c'est sécurisé il n'y a pas de souci. »*

**Tableau des résultats 7 : La communication via PAACO/Globule**




Certains médecins trouvent d'ailleurs que ce partage de données écrites entraîne **un côté médico-légal qui rassure les infirmières officialise certaines décisions.**

- E2 : *« j'ai l'impression que les infirmières, notamment celles qui sortent de l'hôpital, elles aiment bien parce qu'il y a un côté un peu tracé, notamment qui marque tout euh… ça fait un peu (hésitation) médico-légal mais à la limite moi ça ne me dérange pas, au moins les choses sont faites, on peut marquer les choses et faire passer les trucs. »*

- E2 : *« Mais ouais c'est vrai pour l'infirmière c'est ce que je disais, enfin je trouve, enfin moi j'ai l'impression, parce que c'est vraiment les, que ça les euh… rassure d'avoir un truc sur lequel c'est écrit et voilà alors je prends un exemple bête mais les posologies d'AVK les choses comme ça, au moins c'est écrit, ça limite le nombre*

*d'erreur, ça les déstresse un peu sur ce qu'elles peuvent faire. Et donc c'est vrai que même sur les dosages d'insuline ou de choses comme ça, ça les rassure. Moi ça me dérange pas et c'est plus facile que de passe un coup de fil… et plus sécurisé. »*

Le recueil des données montre que communiquer par l'application permet aux médecins d'avoir **un lien avec les infirmières.**

- E12 : *« Par PAACO/Globule on peut échanger avec elles (les infirmières) puisqu'elles sont sur PAACO/Globule aussi donc ça fait quand même un lien aussi entre les intervenants. »*

- E7 : *« Les avantages oui c'est de pouvoir communiquer, c'est de pouvoir être joignable, de pouvoir communiquer, les infirmières de la maison de retraite l'utilisent pas mal quand il leur faut des prescriptions. »*

- E3 : *« Et le moteur, le moteur pour moi c'est quand même l'infirmière libérale, j'ai l'impression. Parce qu'elles, elles sont souvent dans la panade, je pense que dans leurs soins, dans la problématique et beh euh il faut qu'il y ait du lien plus plus (++) avec le médecin généraliste. »*

Certains trouvent que la communication via l'application a permis **d'améliorer le lien entre le médecin généraliste et les infirmières** notamment en faisant que **le médecin est plus facilement joignable :**

- E3 : *« je pense que ce lien infirmier-médecin a été grandement amélioré par Santé Landes et que les infirmières poussent énormément les médecins généralistes à rentrer dans le cursus quoi. »*

- E7 : *« Je pense que pour elles aussi c'est un gain de temps plutôt d'essayer de joindre le secrétariat pendant une demi-journée et que ça ne répond jamais etc… »*

Ce partage de données entre les intervenants permet de faciliter la **coordination de certaines prises en charge.**

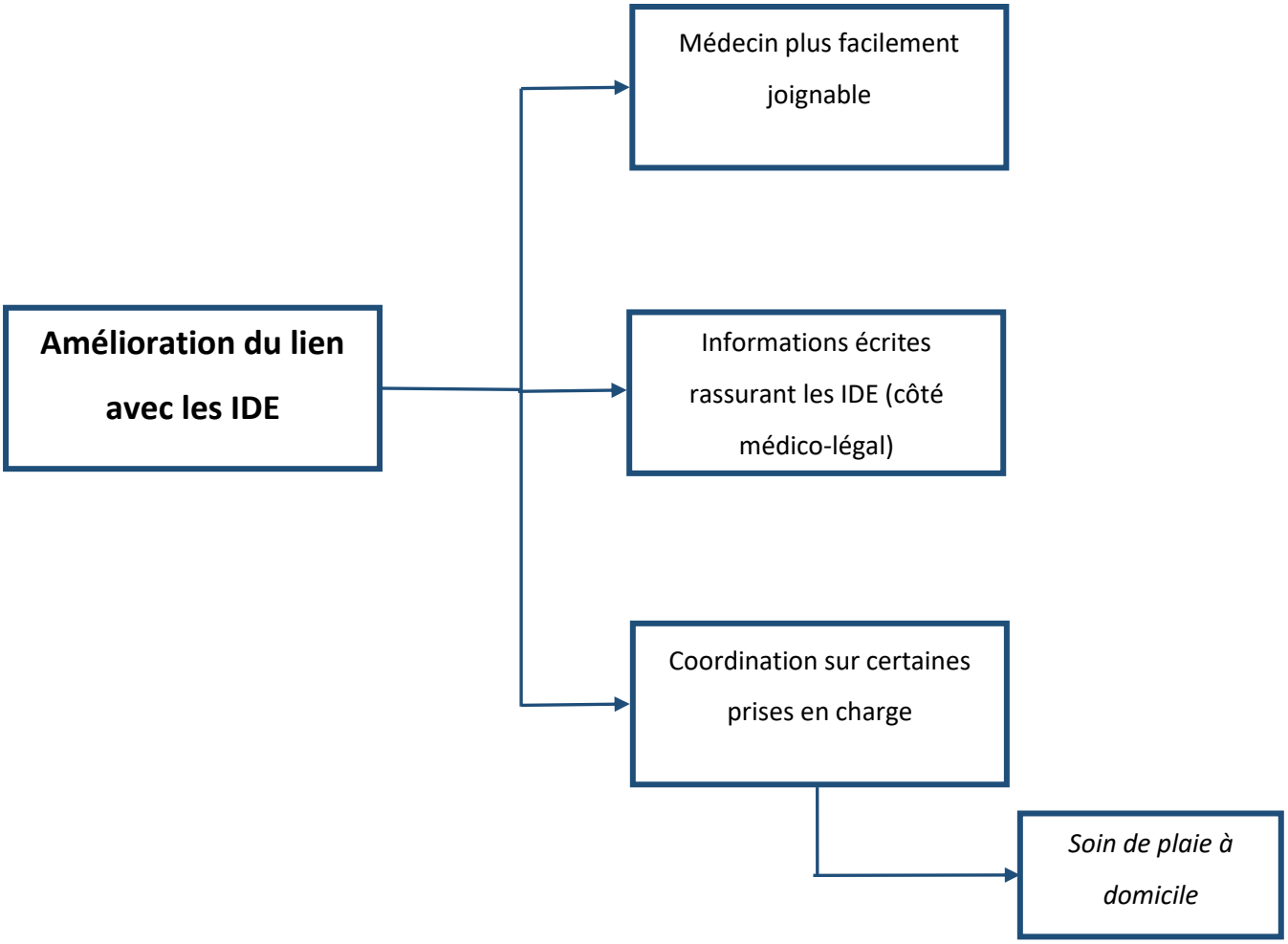
- E13 : *« Alors nous ça nous a facilité la coordination entre les différentes professions. »*

**Le suivi des plaies à domicile** à souvent était pris en exemple.

- E13 : *« j'ai un cas avec un patient qui a une plaie chez un diabétique donc là on s'échange les images avec les médecins, les infirmières et parfois avec l'hôpital. »*

- E4 : *« Par exemple quand on suit des patients pour soins d'ulcères tout ça, on aime bien avoir les photos parce que des fois on arrive en visite, les pansements sont déjà faits, on va pas tout déballer. Donc c'est bien qu'on puisse travailler avec les photos pour voir comment c'est. Et donc on avait commencé à sensibiliser nos infirmiers au fait qu'on aimerait bien avoir les photos et à l'époque où on avait encore Hello Doc on se disait, de toute façon on peut passer par Santé Landes puisque c'est sécurisé. »*

**Tableau des résultats 8 : Impact ressenti sur la communication avec les infirmières**




L'analyse des résultats montrent que les utilisateurs ont l'impression **d'être plus en lien avec l'hôpital.**

- E9 : *« Il y a un lien avec l'hôpital, il n'y avait pas ce lien avec l'hôpital avant. »*

- E6 : *« mais on a quelqu'un qui est en lien avec l'hôpital. Ça permet de faire passer une information. »*

- E7 : *« C'est vrai qu'elles (le personnel de Santé Landes) faisaient le lien avec l'hôpital donc c'était bien. »*

Cela leur permet :

- **D'être plus au courant de ce qu'il se passe pour leurs patients hospitalisés** via l'application PAACO/Globule :
    - E6 : *« J'ai un patient qui est tout le temps aux urgences, qui est insuffisant respiratoire, il fume, insuffisant respiratoire, il se fait hospitaliser aux urgences, donc voilà j'ai tout, l'hôpital m'écrit : je vous informe de l'hospitalisation, je vous informe qu'il est sorti, je vous informe de l'hospitalisation, tous les jours. Non mais c'est bien, je sais ce qu'il se passe. »*

    - E9 : *« Santé Landes s'est connectée avec l'hôpital ce qui fait qu'on a aussi les courriers de sortie de l'hôpital, les transferts de l'hôpital par exemple de Layné vers Nouvielle des choses comme ça. On apprend les décès des patients. C'est important parce que on ne sait pas trop parfois si on ne lit pas le journal, si on n'achète pas le journal on n'est pas au courant. »*

- **D'avoir les courriers de l'hôpital plus rapidement :**
    - E11 : *« Voilà ça c'est intéressant dans le sens où on a quand même des retours plus rapides des courriers. Ça c'est quand même pas mal, au lieu de les avoir en 2 mois on les a quelquefois en 8 jours »*

    - E2 : *« quand ils passent dans certain service hospitalier, la secrétaire de l'hôpital créer le patient sur globule et me le partage donc je l'accepte et ça permet d'avoir un peu plus vite le compte rendu d'hospitalisation »*

    - E9 : *« Mais je sais instantanément si mon patient est sorti, j'ai même l'ordonnance de sortie sur Globule. Par exemple lui (me montre son téléphone) : « le CH de Mont de Marsan vous informe du transfert de votre patiente », voilà lettre de sortie, et la lettre de sortie en direct. »*

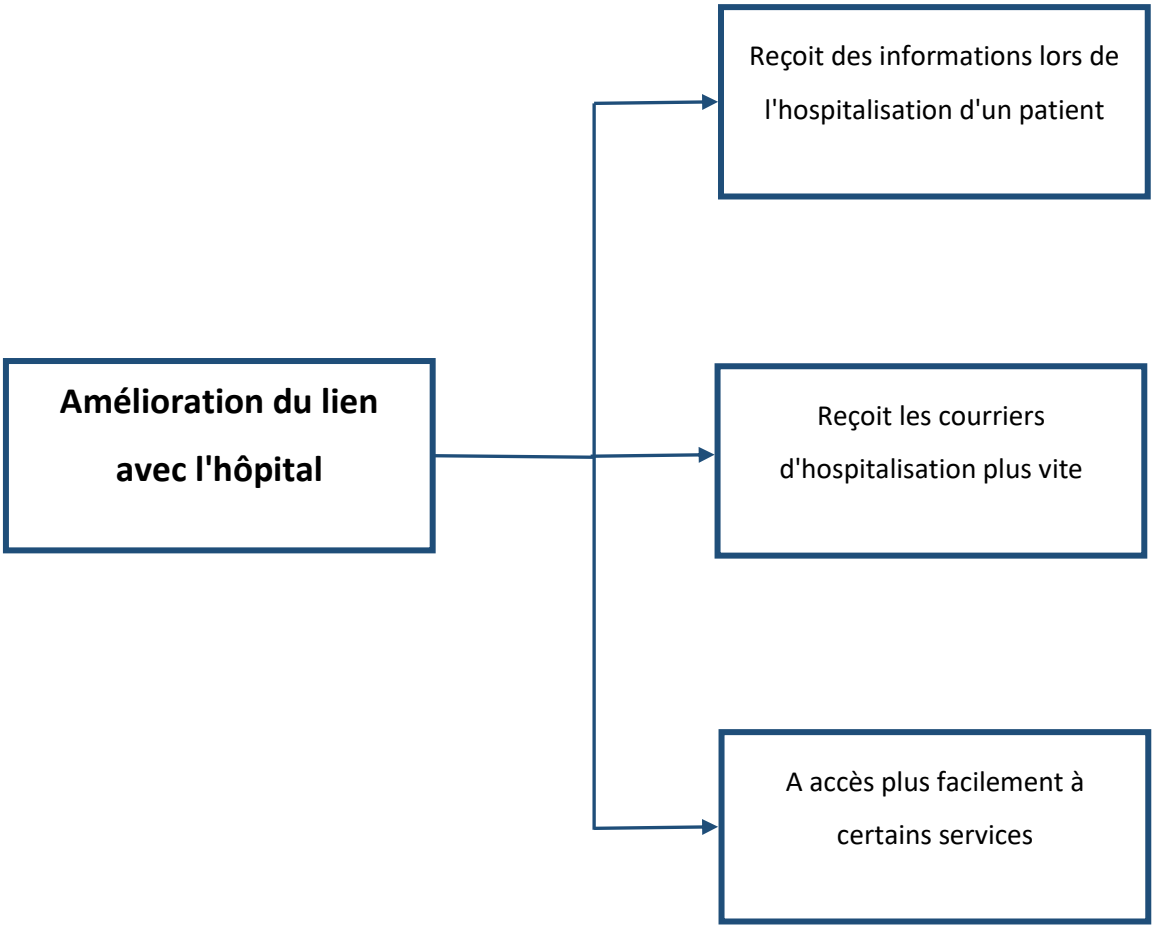
- **D'avoir accès plus facilement à certains services** alors que les médecins éprouvaient parfois des difficultés à rentrer en relation avec eux.

    - E1 : *« la plateforme permet de (hésitation) à partir du moment où c'est officialisé, permet d'ouvrir certaines portes. Ce n'est pas négligeable parce que tous les services sont un petit peu des tours d'ivoire. On n'y arrive pas, des fois il faut… C'est pas gagné. Tandis que grâce à la plateforme et certaines orientations tracées à l'avance disons, beh ça simplifie la tâche pour que les patients soient reçus. »*

    - E6 : *« Quelques fois on essaye d'appeler, on n'arrive pas à joindre le service. »*

    - E6 : *« Je ne sais pas comment ils font mais ils arrivent toujours à joindre le service un tel ou un tel, s'il faut le faire venir ils le font venir.*

**Tableau des résultats 9 : Impact ressenti sur la communication avec l'hôpital**




5. Opinions globales sur l'outils

Le recueil des données montre que les utilisateurs de la plateforme trouvent généralement que l'utilisation de l'outils en lui-même est :

- **Facile d'accès :**
  - E7 : *« C'est assez facile d'utilisation. Pas de souci. »*
  - E7 : *« Les contraintes il n'y en a pas vraiment, c'est vrai que c'est assez accessible.*

- E2 : *« Faut quand même dire, c'est important, que l'application est plutôt très bien faite et elle a été bien améliorée même s'il y a encore des trucs qu'à mon avis il y a à globaliser mais après c'est plus la plateforme territoriale d'appui, puisque ça c'est e-santé en Aquitaine et tout ça là c'est un peu différent »*

- **Intuitive :**
  - E3 : *« c'est pas forcément compliqué mais il faut être un petit peu branché, voilà, smartphone… Enfin voilà c'est hyper intuitif mais voilà quoi, il faut s'y mettre »*

  - E4 : *« c'est plutôt relativement intuitif d'après ce que je m'en souviens puisque maintenant je n'y vais plus trop finalement. Mais c'était assez intuitif. Non, non, un mur un peu comme euh, voilà comme sur une messagerie whatsapp ou autres, un mur avec les messages qui s'affichent, historique, non c'était assez clair. »*

Certains médecins trouvent que l'existence de la PTA est **une valeur ajoutée à la prise en charge.**

- E5 : *« Ceci étant, c'est évidement, enfin pour ceux qui l'utilisent en tout cas, pour moi c'est évident que ça a amélioré les choses. »*

- E8 : *« Donc je trouve que c'est un plus. Non c'est bien. »*

Ils trouvent que la PTA est :

- Un outil **adapté à la coordination.**
  - E8 : *« Moi je pense que c'est un outil de coordination pour les parcours de soins difficiles tout à fait adapté. »*

  - E13 : *« Le maître mot c'est coordination, ça remplit sa fonction de coordination et le côté sociale, j'insiste. »*

- E1 : *« on a un outil qui devient performant, principalement euh.. (hésitation) dans plusieurs domaines. Dans le domaine du besoin par rapport à un patient complexe et chronique en ce qui concerne tout ce qui est social. La coordination de tous les services sociaux que nous, médecins généralistes, on est un petit peu (hésitation) dans l'inconnue d'où est ce qu'il faut aller se les pécher, je parlerai des MAIA, je parlerai de l'UDAF, je parlerai de tout ce qui est association »*

- **Réactive.**
  - E12 : *« C'est rapide, efficace. »*
  - E13 : *« Non parce qu'ils sont rapides, la PTA est assez rapide »*
  - E9 : *« Par contre Santé Landes ça va vite. Une fois que tu as inscrit ton patient : tac, tac, tac. »*

D'après l'analyse des données, un des principaux avantages évoqué par les médecins en sollicitant Santé Landes est **le gain de temps que ça leur apporte (comme notamment sur la partie sociale comme évoqué précédemment) :**

- E1 : *« c'est un gain de temps pour nous. »*
- E11 : *« ça m'aide beaucoup, ça me fait gagner du temps, beaucoup de temps, une partie administrative qui nous aide pas mal quand même. »*
- E7 : *« Donc je pense que c'est un gain de temps, surtout c'est ça le gros avantage, gain de temps pour tout le monde. »*

Certains utilisateurs évoquent également que solliciter la plateforme dans certaines situations leur permet :

- D'avoir **une aide.**
    - E11 : *« Mais je trouve ça une très bonne idée. Les rares fois où je l'utilise je trouve ça très bien, ça m'aide beaucoup »*

    - E4 : *« Non, c'est une belle, c'est une, une bonne chose c'est bien, ça sert, ça nous aide. »*

- De leur **simplifier le travail.**
    - E12 : *« Et beh ça me simplifie un peu la vie parce qu'autrefois on gérait tout. »*

    - E5 : *« Des avantages vis-à-vis de moi ? C'est de me simplifier le travail, de faire qu'il y ait des choses organisées quoi. »*

- De **gagner en qualité** sur la prise en charge.
    - E3 : *« Euh donc euh… gain de temps ça c'est sûr et je pense aussi au niveau de la qualité oui. »*

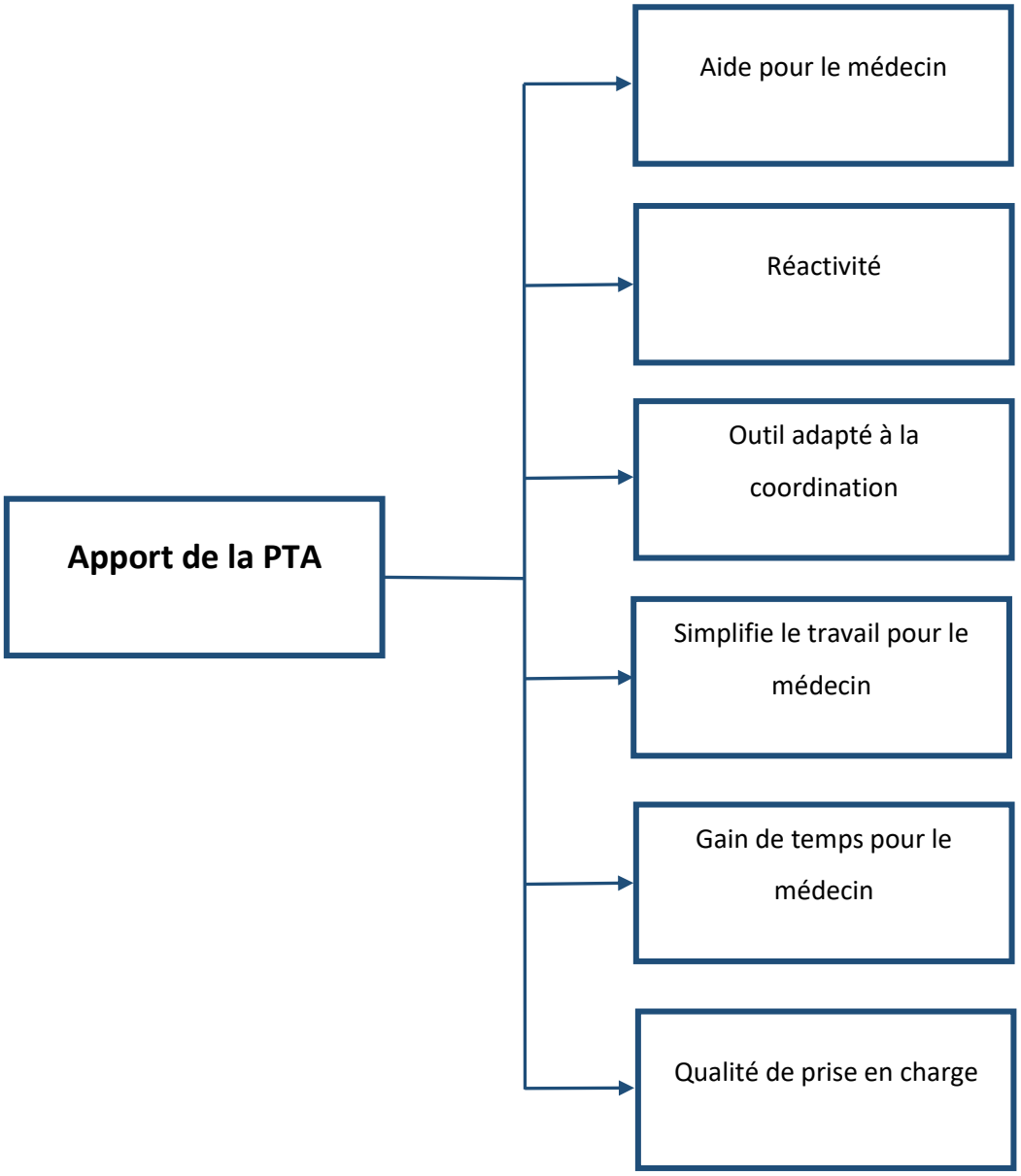
    - E13 : *« Et ça c'est un gain d'efficacité et c'est bien pour nous. »*

Certains médecins considèrent même que cela serait **une perte si la PTA venait à disparaître.**

- E5 : *« On me dirait « bon Santé Landes c'est terminé » parce qu'au début c'était ça, c'était une expérimentation. Une fois qu'on y a pris goût, qu'on l'utilise, je pense que de ne plus le prendre ça serait un gros manque oui, enfin ça serait très embêtant. »*

- E8 : *« Non mais je pense que si on nous l'enlevait maintenant on regretterait. »*

**Tableau des résultats 10 : Les apports de la PTA selon les médecins**



## E. Inconvénients d'utilisation ressentis par les médecins

### 1. Hyper sollicitation

D'après le recueil des données, certains médecins trouvent que l'utilisation de PAACO/Globule entraîne **une hyper sollicitation de leur part.**

- E6 : *« j'ai déjà des sollicitations importantes des professionnels de santé, des anciens patients qui ont mon téléphone portable et PAACO en plus c'était la goutte d'eau qui a fait déborder le vase. Donc je m'en suis éloigné à un moment donné. »*

- E11 *: « Par contre voilà c'est bien, c'est très pratique mais c'est envahissant quand même. »*

Ils disent notamment être dérangés par le fait d'être **sollicités sur leurs jours de repos ou pendant leurs vacances.**

- E3 : *« Le seul truc il est, c'est très personnel, et très égoïste (rire), c'est que quand t'es de week-end ou en vacances, assurément tu es sollicité. »*

- E2 : *« Parce que par exemple quand je suis en vacances je reçois les notifications globule sur mon téléphone. Alors je pourrais les désactiver mais du coup on ne les verrait pas or il y a des gens qui communiquent par ça. »*

Chez certains le fait d'avoir l'information sur leur temps libre peut entraîner un **côté culpabilisant** s'ils ne gèrent pas la demande.

- E3 : *« Voilà, mais c'est vrai qu'on a cette information-là. Enfin plutôt centré soignant le week-end et que quand tu bosses pas, que t'es pas là ou que t'es pas dispo beh ça peut être un peu culpabilisant. Enfin bon, je m'en remets quand même (rire). »*

- *E3 : « tu envoies un truc ou tu leur dis « bon écoutez je ne suis pas dispo », il faut renvoyer l'information pour…, voilà quoi, c'est pas insurmontable, mais c'est vrai*

*que tu as toujours un peu cette pression de te dire « c'est dimanche, la patiente est pas bien », pas culpabiliser mais voilà quoi. »*

L'analyse des données montre que les médecins disent être également **gênés par les notifications trop fréquentes provenant de PAACO/Globule ainsi que le bruit qu'elles entraînent.**

- E11 : *« Parce que si on n'éteint pas le petit BIP qui envoie la notification ça sonne sans arrêt quoi. »*

- E6 : *« moi je n'ai pas une alerte qui dit que j'ai un message sur PAACO, heureusement parce que j'avais ça sur le téléphone portable : c'était insupportable. »*

- E10 : *« Bon on est en consultation, on est entrain de faire quelque chose, TING il y a une alarme, bon on n'est pas obligé d'ouvrir le téléphone de suite mais enfin il y a une alarme qui nous signale qu'il y a une information. »*

En plus ces notifications sont parfois le fruit de **partage d'informations jugées inutiles.**

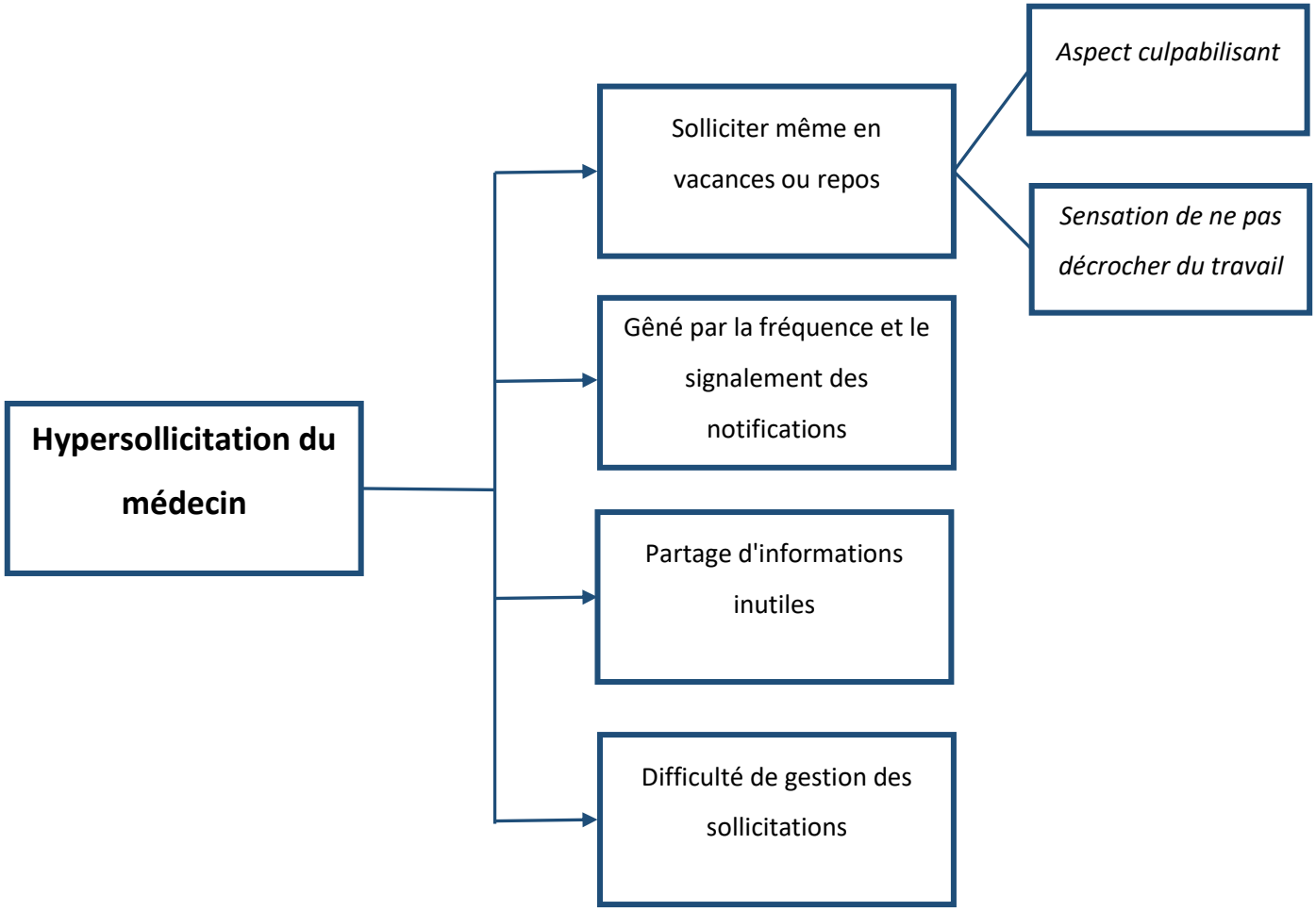
- E10 : *« L'information inutile ce n'est pas la peine de la mettre. Bon « merci » c'est poli, c'est vrai que c'est bien, c'est gentil mais ça fait perdre du temps ou alors il faudra que cette information soit destinée uniquement à la personne qui a envoyé le message mais là c'est envoyé à tout le monde, donc tout le monde va être alerté pour voir juste ça… »*

Ces inconvénients ont pour conséquence que certains médecins disent avoir tout simplement **coupé les notifications car cela devenait difficile à gérer.**

- E11 : *« On coupe, moi je coupe. Avant je débrancher le téléphone maintenant je coupe les notifications. »*

- E6 : *« On me l'avait installé sur mon téléphone portable, je m'en suis éloigné, je l'ai coupé sur mon portable parce que ça devenait trop difficile de gérer ça. »*

**Tableau des résultats 11 : Une hypersollicitation du médecin**



2. Encore un outil supplémentaire pour les médecins

L'analyse des données suggère que pour certains médecins, Santé Landes peut **être redondant avec d'autres outils existants déjà.**

- E4 : (en parlant de leur logiciel métier) *« Qui nous permet quand même d'échanger aussi également en pluripro. Du coup ça peut un peu concurrencer Santé Landes on va dire, où être un peu redondant quoi. Notamment dans les échanges de photos, maintenant on va peut-être plus le faire euh… (hésitation) avec WEDA que à l'époque où on avait encore l'ancien logiciel, on avait Hello Doc. »*

- E2 : *« ça permet d'avoir un peu plus vite le compte rendu d'hospitalisation mais en fait en général elles envoient exactement en même temps sur la boîte mail sécurisée donc c'est un peu redondant mais à la limite vaut mieux ça que zéro. »*

- E10 : *« J'ai fait remarquer qu'il y avait beaucoup d'organismes mais qui étaient redondants dans notre pratique. Alors je vais énumérer, il y a : le CLIC, Santé Landes, il y en a un 3ème auquel on peut faire appel. »*

Ils trouvent que cela vient leur rajouter **un outil supplémentaire auquel ils doivent penser dans leur gestion du quotidien.**

- E4 : *« Alors, ce qu'on a décidé nous dans notre organisation, parce que c'est compliqué, on a notre logiciel, on doit lire les biologies, on doit gérer les mails, gérer les appels, gérer les patients bon…. Et il fallait en plus ouvrir ça, Santé Landes, et puis on n'y pensait jamais quoi. »*

- E13 : *« Quand on arrive il faut allumer et y penser. »*

- E4 : *« Non, nous c'était surtout ça, on ne pensait pas à ouvrir Santé Landes quand on arrivait le matin. On ouvre notre logiciel, bam on a le planning, on enchaîne, on ne pensait pas forcément à Santé Landes. »*

Et un **outil supplémentaire nécessitant encore de nouveaux identifiants.**

- E2 : *« Euh… là actuellement ces 3 services et il y en a probablement d'autres que j'oublie, c'est 3 services où il faut s'identifier 3 fois de façon différente. Donc euh, enfin bon c'est un peu dommage. »*

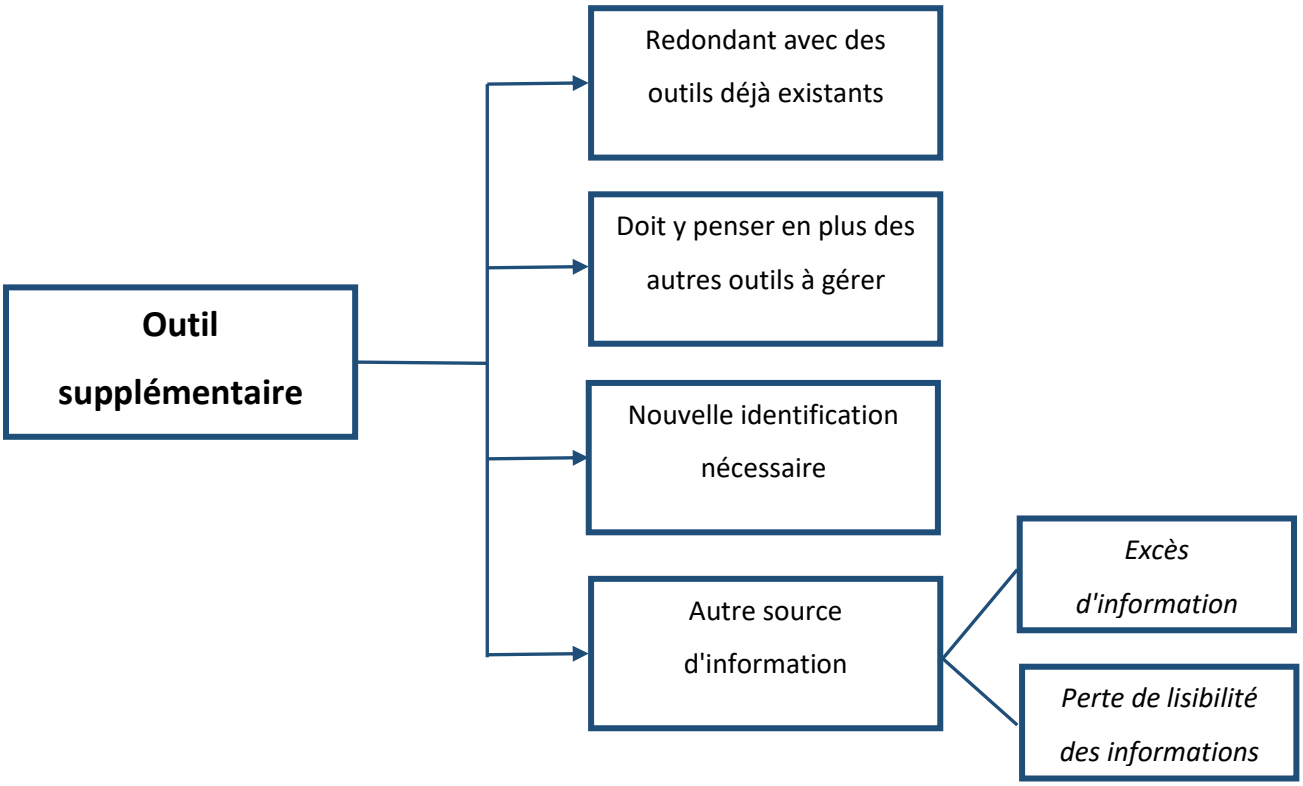
Cette multiplication d'outils disponibles est parfois perçue comme un inconvénient car elle entraîne **un excès d'informations** et fait **perdre de la lisibilité aux informations transmises.**

- E6 : *« On ne sait pas où sont les comptes rendus : s'ils sont sur PAACO, s'ils sont sur le DMP, si ils sont sur le… (hésitation), voilà il y a trop de chose. »*

- E10 : *« Là maintenant on a l'information mais l'inconvénient c'est qu'on a trop d'informations. On est submergé d'informations. »*

- E6 : *« Moi j'ai mes courriers de certains médecins qui m'arrivent directement dans Péri-collect comme les résultats d'examen : c'est fantastique ça, je les vois. Je les vois. Ceux qui arrivent mais qui ne sont pas intégrés directement beh je les vois moins bien. Et les gens qui m'envoient des mails beh des fois je les oublie quoi. Parfois je ne vois pas. Voilà. »*

**Tableau des résultats 12 : La gestion d'un outil supplémentaire au quotidien**




3. Secret professionnel et confidentialité

L'analyse des données a fait ressortir que plusieurs médecins ont émis **des interrogations sur le respect du secret professionnel** en communiquant des informations par la PTA.

- E4 : *« C'est sûr que si tous les acteurs de Santé utilisaient Santé Landes et que tout était partagé et que… (hésitation) voilà après ça pose quand même une question sur le secret professionnel quand même à mon avis. »*

- E10 : *« est ce qu'il n'y aurait pas une atteinte quand même au secret médical, dans la confidentialité ? »*

- E6 : *« Alors après problème : secret médical. Normalement est-ce que j'ai le droit de dire des choses à quelqu'un d'autre sans passer par le patient. »*

Certains ont l'impression que malgré le consentement des patients, ces derniers **ne comprennent pas vraiment ce que cela implique au niveau du partage d'informations médicales.**

- E10 : *« On va lui faire signer un papier mais est-ce que c'est un consentement éclairé ? Est-il réellement éclairé ? Est-ce que la personne a compris ce qu'elle a signé ? Et comme c'est souvent des gens âgés… »*

- E6 : *« Normalement oui, il doit être au courant qu'il est là-dessus mais est-ce qu'il l'a bien compris ? »*

Des médecins disent même **ne pas savoir si la confidentialité est assurée au niveau légal et ont parfois des doutes sur cette confidentialité.**

- E10 : *« Alors je ne sais pas si Santé Landes, enfin cette application Globule a l'agrément soit de l'ARS, soit du conseil de l'ordre ? Je pose la question. Je ne sais pas. Et est-ce que cette confidentialité est bien assurée ? »*

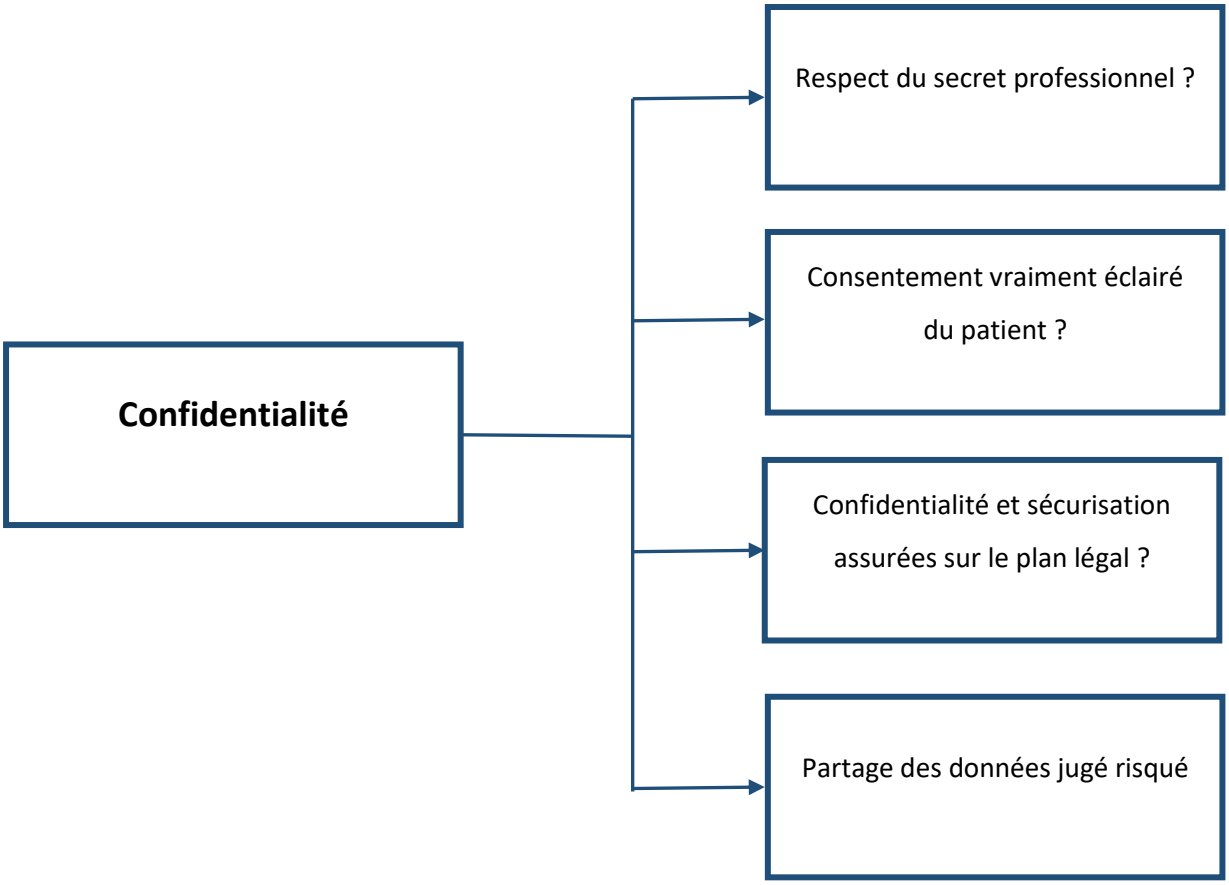
- E4 : *« On peut imaginer que… je ne sais pas… oui quelqu'un de Santé Landes peut avoir un jour ou l'autre quelqu'un de sa famille, une connaissance ou quelque chose ou même des acteurs sociaux… bon comment ça se passe quoi s'il y a des informations confidentielles, je ne sais pas. Il y a quand même cette interrogation. »*

Pour eux ce type de **partage informatique de données entraînent un risque.**

- E11 : *« Enfin c'est sécurisé légalement, dans la loi, après il ne faut pas trouver un hacker (rire). »*

- E10 : *« Euh… (réflexion), oui ça me pose problème. Oui parce que plus les moyens de communication seront développés plus il y a un risque. »*

**Tableau des résultats 13 : Le questionnement des médecins sur la confidentialité et le respect du secret professionnel**




4. Une utilisation pas encore tout à fait démocratisée

Un des freins ressentis à l'utilisation par quelques médecins est que **tous les intervenants ne l'utilisent pas** donc ils ne peuvent pas passer par l'application pour communiquer avec tout le monde.

- E13 : *« non leu seul frein c'est qu'il faut que plus de monde l'utilise. C'est-à-dire que plus de euh… (réflexion), plus de paramédicaux l'utilisent, plus de collègue, enfin je ne sais pas parce que beaucoup s'inscrivent mais peu y vont, les pharmaciens n'y participent pas trop pour l'instant. »*

- E1 : *« Je crois que les services, je vois qu'ils sont à peu près tous équipés au CHU de PAACO mais qu'ils ne le font pas fonctionner. La majeure partie ne le font pas fonctionner. »*

- E13 : *« Il faut le voir comme une plateforme où on peut échanger. Donc c'est vrai que s'il n'y en a qu'un qui met des choses c'est pas, c'est inutile. »*

5. Méconnaissance du champ d'action de la PTA

Un des inconvénients évoqués par certains médecins est qu'ils relatent **ne pas bien connaître les situations dans lesquelles ils peuvent faire intervenir Santé Landes.**

- E7 : *« Parce que oui, je pense que parfois, et oui ça peut être considéré comme un inconvénient ou un frein à l'utilisation par rapport à ce qu'on disait tout à l'heure, c'est que parfois je ne sais pas si je peux les solliciter sur ce type de situation ou ce type de problématique. »*

- E7 : *« Et je pense que serait pas mal de temps en temps d'avoir une petite mise à jour sur toutes les fonctionnalités, tout ce qu'on peut faire à partir de la plateforme et tout ce qu'elle propose comme service. »*

6. Administration de la PTA

Certains médecins ont mentionné le fait qu'ils trouvaient que **l'administration de la PTA n'était pas claire.**

- E10 : *« Et c'est là que quelqu'un m'avait dit quand j'avais posé la question… beh je crois que c'est elle qui m'avait dit que c'était motivé par des raisons politiques. Il semblerait qu'il y ait un organisme qui dépende du conseil général directement et l'autre… (réflexion), qui de je ne sais pas qui, de l'Etat peut être ? Ou de l'ARS ? Je ne sais pas, ce n'était pas bien clair. »*

- E13 : *« On sait qu'il y a une structure, mais on ne sait pas comment elle est administrée. »*

Ils trouvent qu'il n'y a **pas assez de communication autour du fonctionnement administratif de la PTA.**

- E13 : *« si j'étais cynique je dirais qu'il y a un manque de transparence, je ne pense pas, je pense qu'il y a un manque de communication. »*

- E13 : *« On n'a pas de retour s'il y a un conseil d'administration. »*

7. Difficultés techniques

L'analyse des données a fait ressortir quelques difficultés pratiques ressenties par les médecins :

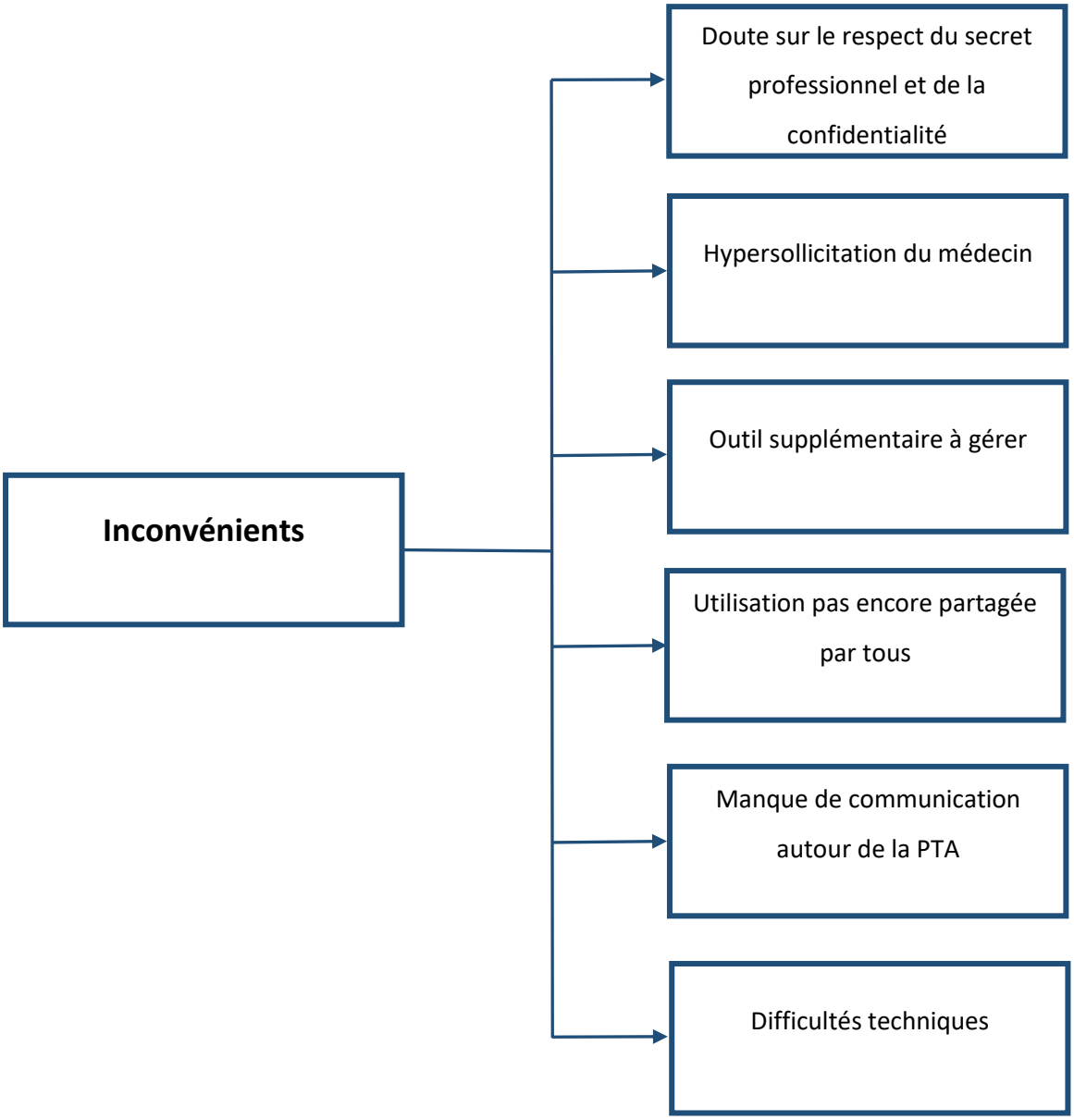
- **Difficulté pour retrouver un patient :**
  - E2 : *« dans le fonctionnement de PAACO/Globule, après c'est probablement moi qui m'y prends pas forcément très bien des fois mais euh… c'est difficile d'aller retrouver un patient, parfois il y a quelques petits bugs. »*

- **Difficulté à se connecter sur l'ordinateur sans carte CPS**
  - E7 : *« Bon le seul truc qui est un petit peu contraignant c'est quand on veut se connecter sur l'ordi quand on n'a pas la carte, avec le petit générateur de mot de passe etc… ça c'est un petit peu compliqué et long mais bon. »*
- **Difficulté pour supprimer les dossiers de certains patients**
  - E6 : *« j'ai des patients qui sont sur dossier en cours mais qui ne l'utilisent plus et je n'ai jamais trouvé le moyen de les mettre de côté. »*

- Difficile de gérer les notifications **quand il y a un remplaçant** puisque c'est quand même le médecin qui les reçoit.
  - E2 : *« Non, contrainte non, le seul truc euh, le seul inconvénient c'est que du coup euh (hésitation) c'est un peu compliqué quand on a un remplaçant. »*

- Des médecins trouvaient qu'au départ **la prise en charge uniquement téléphonique pouvait être une contrainte.**
    - E5 : *« Alors je pense qu'il y avait une contrainte c'était que… Elles avaient une prise en charge uniquement téléphonique et si je comprends bien je pense qu'avec maintenant la MAIA qui fait en fait, enfin l'ancienne MAIA c'est ça ? Je ne sais plus comment ils appellent ça maintenant, ça a un autre nom, mais enfin justement ils vont faire un peu la main de Santé Landes, c'est-à-dire qu'elles vont se rendre au domicile quand il y a besoin. Elles vont se rendre sur place et être plus une extension physique qui manquait je pense. »*

**Tableau des résultats 14 : Les inconvénients de la PTA ressentis par les médecins**



## F. Axes d'amélioration

### 1. Articulations des différents services numériques

Comme évoqué plus haut, les médecins trouvent qu'il y a déjà une multitude de services numériques qu'ils doivent gérer (DMP, Santé Landes, boîte mail sécurisée, logiciel métier, etc…). Certains pensent qu'il **serait plus pratique que ces différents services puissent s'articuler entre eux.**

- E6 : *« Voilà c'est très, très dispersé. Et c'est compliqué de gérer des choses qui sont très dispersées les unes des autres et il vaudrait mieux avoir des choses mieux intégrées. »*

- E2 : *« C'est vrai que l'histoire de mutualiser les infos, parce qu'elles sont toutes au même niveau en fait, ça ce serait intéressant. »*

Certains médecins trouvent donc qu'il serait intéressant **d'avoir une seule source d'informations qui regrouperait tous les services numériques.**

- **Soit en créant un outil unique qui regroupe tous les services numériques**
  - E2 : *« En tout cas, ce que je leur avais dit c'est : faire une application qui soit un portail où on s'identifie une seule fois et qui permet d'accéder et à PAACO/Globule et à la boîte mail et à via trajectoire qui parfois concerne le même patient donc ça permettrait de mélanger les différentes sources d'informations. »*

  - E4 : *« Moi ce que je pense c'est que, bon après c'est très compliqué, mais il faudrait que…Si on arrivait à tous avoir le même outil ça serait super. Alors dans les faits c'est complètement utopique. »*

- **Soit en intégrant ces services à leur logiciel métier**
  - E6 : *« C'est pareil j'ai essayé le DMP et je m'en suis carrément détourné parce que je pense que si tout était intégré à notre logiciel métier ça pourrait marcher. »*

- E4 : *« Y a sûrement quelque chose à travailler à ce niveau-là mais c'est un bel outil qui est quand même intéressant euh… (hésitation) comment on peut l'articuler avec le DMP ? Avec euh… avec l'hôpital ? Avec nous le logiciel ? Là je ne suis pas en mesure de répondre à ça mais il y a quand même peut-être quelque chose à travailler quoi. »*

- **Soit en les intégrant à Santé Landes**
  - E2 : *« la question que je posais c'était de (hésitation) de plus fondre et fusionner tous les services d'e-santé en Aquitaine, euh... pour avoir clairement, et ce serait hyper bien que ce soit sur l'application qui est très bien faite »*

  - E9 : *« Peut être le lien avec le DMP comme axe d'amélioration. Faire le lien avec le DMP ça pourrait être utile. »*

2. <u>Etendre la communication via l'application</u>

Certains évoquent qu'il serait intéressant de développer la communication par l'application avec d'autres intervenants pour permettre de faire le lien eux.

- **Avec les équipes de psychiatrie ou les psychologues :**
  - *E2 : « Plus récemment c'est vrai que c'est un peu regrettable que les CMP n'y soient pas parce que ça pourrait être utile. »*

  - E9 : *« Ensuite faire autre chose que du médical par exemple du psycho aussi. Pas que les infirmières, des psychologues aussi. C'est important pour moi les psychologues. »*

- **Avec le CHU :**
  - E1 : *« A tel point que ça pourrait être aussi intéressant de le développer avec d'autres services du CHU qui n'ont pas développé ça et qui sont à priori, soi-disant inscrits, mais qui n'entretiennent pas la flamme de ce système. »*

### 3. Education à la communication via PAACO/Globule

Certains médecins trouvant que certains intervenants partagent des choses inutiles, ils leur sembleraient adapté qu'une **éducation soit faite auprès des intervenants sur la communication via l'outil.**

- E10 : *« Je pense qu'il y aura peut-être une éducation à faire concernant les intervenants »*

### 4. Utilisation comme un dossier médical partagé

Contrairement à ceux qui s'interrogent sur le respect du secret professionnel ou la sécurisation du partage de données, d'autres utilisateurs trouveraient utile de pouvoir accéder à toutes les données médicales concernant un patient lors de gardes via l'application.

- E7 : *« Et je pense que ça serait pas mal qu'on puisse accéder, enfin mettre ces données médicales sur Santé Landes, et accéder à des patients qui ne sont pas forcément les nôtres, si besoin dans l'urgence. Par exemple en garde ou autre, s'il y a un dossier sur Santé Landes et qu'on peut avoir accès aux ordonnances, aux comptes rendus etc… »*

- E7 : *« C'est-à-dire plus l'utiliser aussi comme une base de données médicales. »*

### 5. Promotion du dispositif

Les utilisateurs pensent qu'il serait bénéfique que des rappels leur soient faits sur différentes possibilités disponibles en faisant appel à la PTA. Pour eux il devrait exister une promotion plus importante de l'outil.

- E7 : *« Et je pense que serait pas mal de temps en temps d'avoir une petite mise à jour sur toutes les fonctionnalités, tout ce qu'on peut faire à partir de la plateforme et tout ce qu'elle propose comme service. »*

- E2 : *« Euh y a pas beaucoup de pique de rappel de euh (hésitation)… ou de promotion du truc pour essayer de convaincre sachant que c'est compliqué de convaincre les médecins. »*

### 6. Notifications d'absence du médecin

Pour résoudre le problème de la sollicitation du médecin en vacances certains utilisateurs pensent qu'il se pratique de pouvoir notifier l'absence du médecin sur l'application.

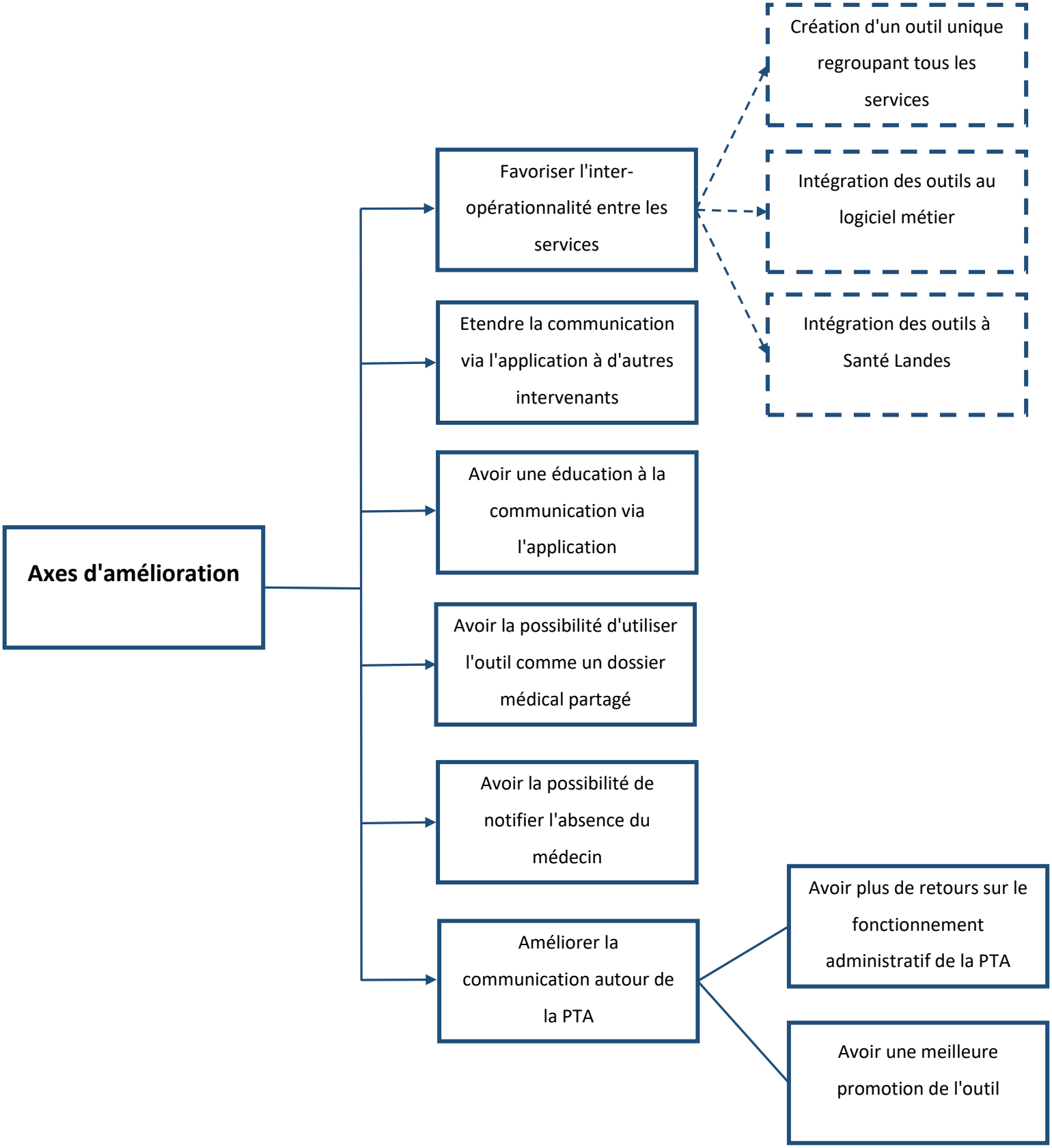
- E2 : *« Alors ce que je disais, moi j'ai eu l'occasion de leur dire, l'histoire du message d'absence ça peut être pas mal, en orientant vers le secrétariat pour dire « je suis pas là pendant tant de jour, si vous avez un truc urgent dites-le ». »*

### 7. Communication autour de l'administration de la PTA

Pour pallier le manque d'informations disponibles et le manque de communication sur le fonctionnement de la PTA, certains utilisateurs pensent qu'il serait bien qu'ils puissent avoir des retours sur le conseil d'administration.

- E13 : *« Voilà hier j'ai appris qu'il y avait un conseil d'administration, une réunion à Santé Landes, on aimerait bien savoir comment ça se passe. Voilà qu'on puisse avoir un compte rendu, parce que c'est une structure publique donc la structure publique doit être transparente et là elle ne l'est pas. »*

**Tableau des résultats 15 : Les axes d'améliorations de la PTA**



### G. Hypothèses émises sur la non-utilisation de Santé Landes

Au cours des entretiens quelques médecins ont avancé des hypothèses sur la non-utilisation de la PTA par leurs confrères.

Un des utilisateurs a même reconnu avoir était lui-même **méfiant au début.**

- E9 : *« Beh je suis rentré un petit peu à pas de velours, tout doucement mais petit à petit j'ai vu que ça me rendait beaucoup de services. »*

Pour eux, certains médecins auraient la crainte :

- Qu'ils puissent **être surveillés ou jugés** s'ils venaient à communiquer via la plateforme.
    - E1 : *« Non, je n'ai pas peur d'être tracé. Je n'ai pas peur comme beaucoup pourrait le dire « ouais je ne veux pas qu'on me flique ». Non ! J'assume tout ce que je marque, tout ce que je demande et c'est ma responsabilité. Je n'ai pas peur d'être jugé. Non je pense que ceux qui ne l'utilisent pas c'est peut être un petit peu dans ce sens-là qu'ils ressentent une certaine gêne. »*

    - E2 : *« parce qu'il y a toujours cette euh, cette crainte d'être fliqué, d'être joignable, machin… enfin que ça puisse être intrusif. Dans la pratique ça ne l'est absolument pas.»*

- Que l'utilisation soit **chronophage :**
    - E9 : *« Je croyais que c'était chronophage. Parce que je fais très gaffe à tout ce qui peut me bouffer du temps parce qu'attends je dépote quand même un certain nombre d'actes donc il faut arriver à avancer. »*

    - E2 : *« c'est très compliqué de leur prouver par A + B qu'en fait ça fait gagner du temps. Alors que c'est le cas. »*

Ils pensent également que **c'est compliqué de modifier les habitudes des médecins** en général et qu'en plus il n'y a **pas vraiment de promotion autour de l'outils** pour essayer de convaincre de potentiels utilisateurs.

- E2 : *« Que c'est compliqué de faire changer l'usage des médecins qui de toute façon par définition font déjà très bien donc qui n'ont pas besoin d'améliorer les choses (ironie). »*

- E2 : *« Euh y a pas beaucoup de pique de rappel de euh (hésitation)… ou de promotion du truc pour essayer de convaincre sachant que c'est compliqué de convaincre les médecins. »*

**<u>Tableau des résultats 16 : Les hypothèses émises sur la non-utilisation de la PTA</u>**

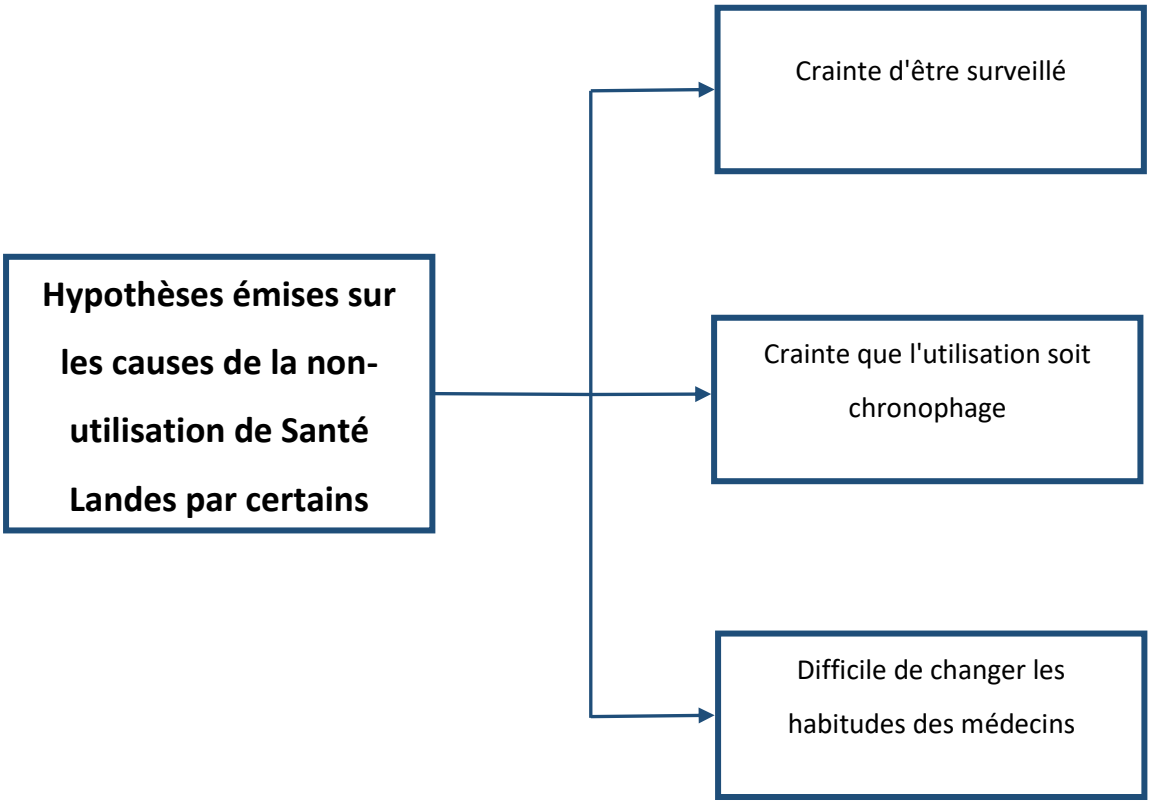
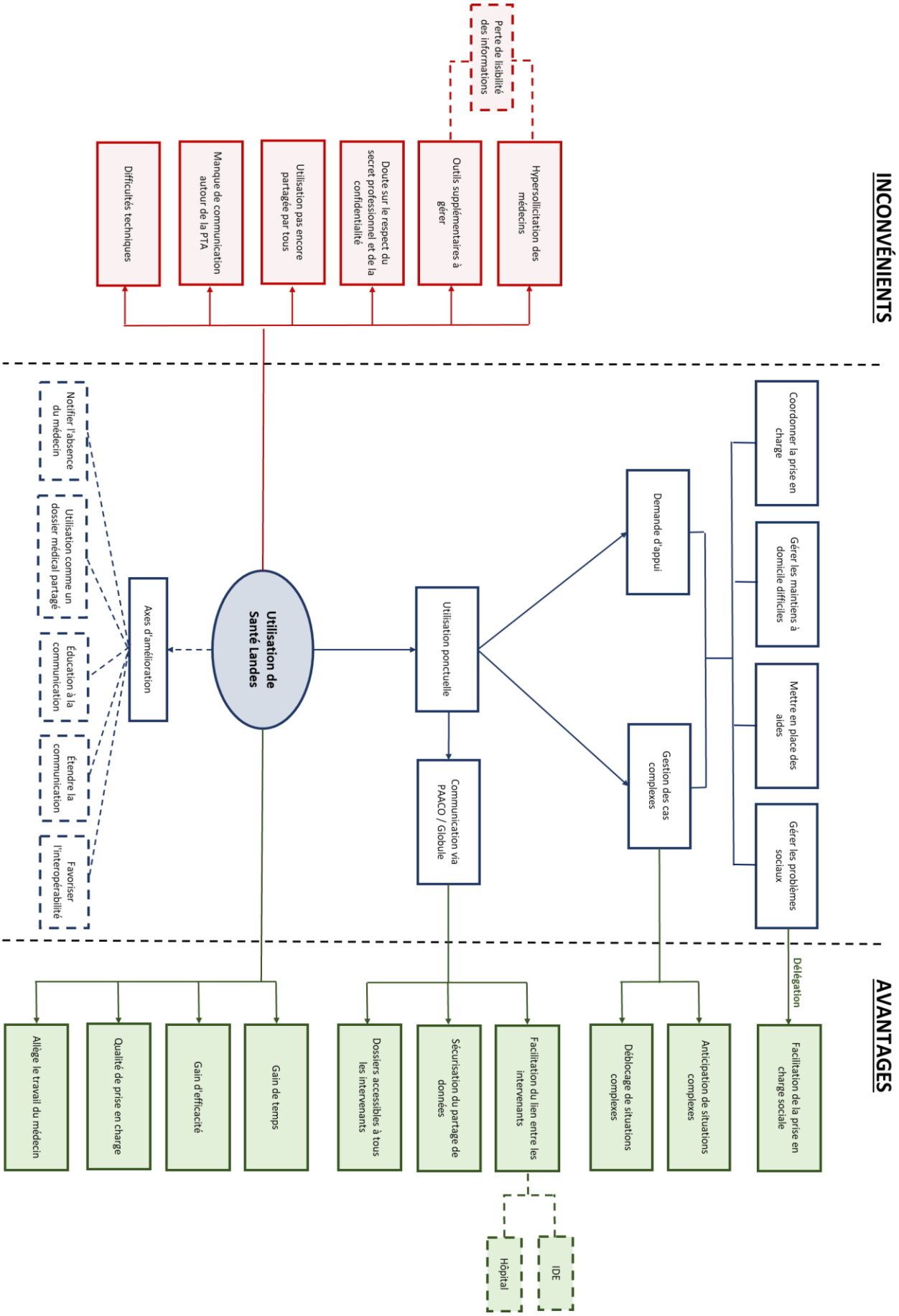


**Tableau des résultats 17 : Tableau récapitulatif**



# IV. DISCUSSION

## A. Validité interne

L'objectif principal de l'étude était d'évaluer le ressenti des médecins généralistes landais utilisant la plateforme territoriale d'appui Santé Landes.

La méthode

Ma thèse qualitative s'appuie sur une méthode solide, vérifiée à l'aide de la traduction française des lignes directrices COREQ (annexe 3) pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative.

Mes directeurs de thèse et moi-même avons fait le choix de réaliser des entretiens individuels, semi-dirigés, à questions ouvertes. Ce type d'entretien favorise la mise en confiance de la personne interrogée, la liberté d'expression et l'approfondissement des idées. Aucun problème technique n'est survenu lors des enregistrements donc aucun moment d'intervention n'a été perdu. Une retranscription fidèle mot pour mot des entretiens a été réalisée donc il n'y a eu aucune déperdition de données.

La méthode par théorisation ancrée utilisée pour l'analyse permet d'explorer le ressenti des personnes interrogées sans y appliquer de théorie préconçue et offre la possibilité à de nouvelles idées d'émerger. Elle est reconnue comme performante en analyse qualitative (14).

L'analyse par double encodage est également un critère de qualité du travail.

Cependant, les principes de l'analyse par théorisation ancrée sont complexes et leur mise en pratique n'est pas évidente. Cette thèse est ma première étude qualitative et je pense donc que le recueil et l'analyse des données sont influencés par mon manque d'expérience.

La saturation théorique des données a été atteinte, comme définie au préalable puisque les deux derniers entretiens n'ont pas relevé de nouveau thème. Le choix de la saturation théorique est toujours discutable parce qu'une idée nouvelle peut toujours émerger après plusieurs entretiens sans nouveauté. De plus, les résultats seraient certainement différents si les données de l'étude avaient été analysées par un nombre plus important d'investigateurs ou par des investigateurs aguerris.

A noter qu'il n'y a pas eu d'analyse non verbale réalisée au cours de ce travail de thèse ; la raison principale étant qu'en tant que thésard enquêteur, je n'étais pas formé à cet exercice.

Les biais

Biais d'information

Il existe un biais d'interprétation, toujours présent dans un travail qualitatif puisque l'analyse est subjective mais il est tout de même limité par le double encodage que nous avons mis en place.

Le biais de désirabilité a été limité par le choix de faire des entretiens semi-dirigés ; ainsi les médecins interrogés ne pouvaient pas se sentir jugés par leurs pairs comme ça aurait pu être le cas si nous avions choisi de faire des focus group. Ce biais est aussi limité par l'anonymisation. Il n'est pas égal à zéro car il est naturel de vouloir plaire à la personne qui nous interroge mais bien moins important que si nous avions fait des entretiens par focus group.

Biais d'investigation

La qualité de cette étude qualitative reposait, en partie, sur mes compétences d'investigateur et ma neutralité lors des entretiens. Cela impliquait qu'il fallait que je pose des questions ouvertes afin de ne pas influencer la personne interrogée dans ses réponses.

Pour ce faire j'ai donc dû m'informer et m'exercer avant de me lancer dans le début des entretiens (15-18).

J'ai pu réaliser 3 entretiens tests qui ont eu beaucoup d'importance pour que je puisse prendre confiance et ainsi apprendre comment relancer les médecins. Je pense que ma qualité d'investigateur s'est ensuite améliorée au fil des entretiens sans pour autant devenir parfaite.

Pour réduire ce biais d'investigation et identifier nos a priori, mes directeurs de thèse et moi-même avons rédigé chacun de notre côté ce que nous pensions mettre en évidence lors de cette étude.

Je pense d'ailleurs que comme cette étude est ma première expérience en recherche qualitative, les résultats auraient été différents si elle avait été menée par des investigateurs expérimentés.

Dans le but de réduire ce biais d'interprétation les retranscriptions des verbatims ont été envoyées aux médecins interrogés. Aucune modification n'a été demandée à la suite de cette démarche.

Biais de sélection

Un biais de sélection peut exister puisque nous pouvons penser que les médecins ayant acceptés de participer aux entretiens sont les plus sensibilisés à l'utilisation de Santé Landes.

Afin de limiter ce biais un tirage au sort a été réalisé parmi les utilisateurs de Santé Landes. Les potentiels participants tirés au sort ont ensuite été contactés individuellement.

## B. Discussion des résultats

### 1. Le système des soins intégrés dans d'autres pays

Face à un système de santé jugé trop cloisonné et afin de répondre aux nouveaux défis résultant du développement des maladies chroniques ainsi que de l'allongement de la durée de vie, une des mesures de la loi de modernisation de notre système de santé de 2016 a été de proposer la généralisation des PTA. L'objectif était de favoriser la coordination entre les acteurs de premiers recours (que l'on peut aussi appeler coordination transversale) afin de répondre aux problématiques des situations complexes.

Bien qu'elle soit une préoccupation récente en France, la coordination transversale a déjà fait l'objet d'expérimentations dans différents pays, comme les systèmes intégrés aux Etats-Unis ou au Canada.

Le programme On Lok est le premier modèle de soins intégrés, lancé à San Francisco en 1971, pour les personnes âgées fragiles, d'origine chinoise, du territoire. L'objectif principal de ce projet était de maintenir le plus longtemps possible les bénéficiaires à leur domicile. Le cœur d'On Lok était un centre de jour où étaient accueillies les personnes âgées en fonction de leur plan personnalisé de soins, dont l'implantation et le suivi étaient confiés à un

coordinateur d'appui ou assistant de parcours (« case manager » en anglais), qui leur était nominativement attribué. Une équipe pluridisciplinaire et pluriprofessionnelle, composée de professionnels des secteurs sanitaires et sociaux, les prenait en charge au sein du centre. On Lok était un guichet intégré, porte d'entrée unique pour l'ensemble des prestations et services sanitaires et sociaux. Le programme PACE (Program for All-inclusive Care for the Elderly, États-Unis) (19) et le programme SIPA (Système Intégré pour Personnes Agées fragiles, version de PACE adaptée au contexte québécois) sont dérivés d'On Lok. Ces trois programmes répondent à l'ensemble des besoins sanitaires et sociaux des personnes âgées fragiles d'un territoire (20).

Évalué à plusieurs reprises, le programme PACE a montré qu'il améliorait la qualité des soins et l'accès aux services et prestations adaptés aux besoins de chacun. Compte tenu des résultats obtenus, PACE est devenu un programme permanent aux États-Unis, intégré aux programmes d'assurance sociale MEDICARE et MEDICAID (21).

Au Québec, On Lok, a donc inspiré le programme SIPA (Système Intégré pour Personnes Agées fragiles) (22). Il repose sur l'intervention d'une équipe multidisciplinaire et l'attribution d'un coordinateur d'appui ou assistant de parcours (« case manager » en anglais) à chaque personne âgée. L'ensemble des prestations et services de proximité sont délivrés dans des centres de santé et de services sociaux (CSSS). Ils font appel à des prestataires et établissements pour les autres services (hospitalisation, pharmacie…).

Un essai contrôlé randomisé a été mené de juin 1999 à mars 2001 sur deux territoires montréalais afin d'évaluer l'impact du SIPA par rapport à une prise en charge classique. Cette recherche a mis en évidence une réduction des hospitalisations non programmées et de l'utilisation des résidences pour personnes âgées et une augmentation, en parallèle, de la consommation en soins de proximité (23).

Ces différents programmes ont en commun :

- La mise en place d'une nouvelle organisation : le centre de jour
- Le public-cible : personnes âgées vivant au domicile
- L'établissement d'un point d'entrée unique
- La coordination d'appui
- L'implication au sein même de l'équipe des médecins généralistes
- Le financement par capitation, qui n'a pas été implanté pendant l'expérience SIPA.

Le programme de recherche sur l'intégration des services de maintien de l'autonomie (PRISMA) a été conçu pour répondre aux besoins des personnes âgées québécoises. Ce modèle modifie les règles du système sans nécessiter de créer de nouvelles infrastructures ou mécanismes de financements (24).

Contrairement aux programmes PACE et SIPA, PRISMA était donc un guichet intégré virtuel (les MAIA sont d'ailleurs issues de ce modèle).

On distingue six éléments-clés dans ce programme (25) :

- La coordination à tous les niveaux ;
- Le point d'entrée unique ;
- La coordination d'appui ou assistance aux parcours ;
- Le plan personnalisé de soins ;
- L'évaluation normalisée destinée à évaluer les besoins des personnes âgées et à déterminer l'ensemble des services qui leur convient via un outil commun ;
- Le dossier électronique partagé.

En Grande-Bretagne, une revue de la littérature publiée par Kings Fund (26) montrait que ces modèles de coordination transversale (PACE, SIPA, PRISMA) avaient fait preuve d'efficacité sur la prise en charge des patients âgés. A la suite de cette étude ils font d'ailleurs remarquer qu'il leur semble important, dans le cadre de l'évolution de leur système de santé, de poursuivre le développement des soins intégrés dans le cadre du National Health Service (NHS) afin de surmonter les risques de fragmentation de l'offre de soins (27).

Plus récemment nous pouvons également voir les Pays-Bas qui face aux mêmes problématiques que ces voisins européens (allongement de la durée de vie, développement des maladies chroniques) ont aussi opté pour le développement de programmes de soins intégrés pour les personnes âgées (28).

L'intégration pouvant être définie comme un ensemble de techniques et de modèles organisationnels destinés à créer du lien et de la collaboration à l'intérieur et entre les secteurs sanitaire, médico-social et social, nous pouvons penser que cette volonté de déploiement des PTA en France suit cette logique de développement de soins intégrés.

2. Cas complexes et difficultés sociales

Les médecins interrogés ont dans l'ensemble trouvé que la PTA leur apportait une aide utile et non négligeable dans la gestion des situations complexes qu'ils peuvent rencontrer de manière ponctuelle dans leur pratique.

Leur définition d'une situation complexe est en accord avec la définition proposée par la DGOS déjà évoquée (1).

Ces critères de complexité sont également retrouvés dans une thèse intitulée « La coordination des situations complexes : définition, difficultés et attentes des médecins généralistes du Bessin et du Pré-bocage » réalisée par Caroline Tanquerel en 2015 (29).

Dans ces situations complexes, nous avons vu que la principale difficulté face à laquelle les médecins font appel à la PTA est de l'ordre de la gestion de la prise en charge sociale.

Cet élément est également retrouvé dans la thèse intitulée « Plateforme Territoriale d'Appui Vexin Seine Normandie : analyse des besoins ressentis et des attentes des médecins généralistes » réalisée en 2019 par Benjamin Leroy (30). En effet, dans cette étude qualitative, lorsqu'il a été demandé aux médecins interrogés de définir ce qu'est pour eux une situation complexe, ils ont mis en avant, en premier lieu, le caractère médico-social de ces situations. Ils estimaient qu'au-delà d'une situation médicale qui peut s'avérer complexe par la simple présence d'un pathologie chronique, l'addition de difficultés sociales touchant leur patient était la principale source de complexité dans leurs prises en charge.

Les médecins interrogés dans cette thèse ont évoqué les mêmes difficultés dans le domaine social que ceux interrogés au cours de mon travail de recherche à savoir :

- Des difficultés à contacter et communiquer avec le domaine social
- Des difficultés de coordination avec le domaine social
- Une mauvaise connaissance de leur part du travail social et de son système fonctionnement expliquée par le manque de formation durant leurs études.

Ces difficultés de communication avec le domaine social ainsi que le manque de lisibilité de ce secteur sont également retrouvées dans plusieurs travaux de thèse (29,31 – 32).

Dans certaines de ces thèses le côté chronophage de ce versant de la prise en charge ainsi que le manque de temps du médecin généraliste pour la réalisation de ces tâches sont également évoqués (29,31,33).

La thèse de Koundé (33) identifie d'ailleurs ces difficultés comme des freins à la coordination.

Encore dans la thèse de Benjamin Leroy (30) les médecins interrogés ont évoqué leurs attentes et ce qu'ils pensaient être pour eux les principales qualités d'une structure de coordination. Ils souhaitaient que la structure :

- Soit réactive et facile d'accès
- Permette une prise en charge globale du patient suite à une évaluation rapide
- Vienne simplifier le maillage du réseau de soins existants sans suppléer aux fonctions de chacun
- Informe les médecins généralistes quant aux aides disponibles en lien avec une question précise pour les guider dans sa prise en charge
- Ait une bonne communication avec le médecin pour qu'il se sente moins seul face à des situations complexes tout en restant le pivot central de la prise en charge.

Ils rapportaient également le besoin d'un interlocuteur unique pour la gestion des questions d'ordre social (30-31).

D'après les résultats de mon étude, le recours à la plateforme territoriale d'appui Santé Landes répond positivement à ces critères et permet ainsi de lever certaines difficultés rencontrées de façon récurrente avec le domaine social.

Il semble qu'elle permette au médecin d'avoir un accès plus facile et efficace au domaine social en ayant un interlocuteur unique pour la gestion de ce versant de la prise en charge. La mobilisation des acteurs sociaux et la mise en place des différentes aides paraît également plus rapide et permet ainsi une prise en charge plus efficiente des situations complexes. Les résultats de l'étude d'Amélie Laurens (34) semblent également aller dans ce sens.

### 3. Communication et coopération avec le domaine social

Plusieurs thèses (29,11) ont montré que les médecins généralistes avaient peu d'échanges avec les travailleurs sociaux pour les diverses raisons déjà évoquées (manque de joignabilité des acteurs sociaux, manque de connaissance du secteur social, manque de temps, surcharge de travail, etc…).

Selon les résultats de mon étude nous ne pouvons pas dire que la communication directe entre médecins et acteurs sociaux ait été améliorée. En effet, nous voyons que les médecins communiquent d'avantage avec le personnel de Santé Landes qui lui s'occupe ensuite de joindre et de coordonner l'action des différents acteurs sociaux et médico-sociaux. Les échanges directs entre les acteurs sociaux et les médecins généralistes sont peu décrits dans ma thèse.

De par ce manque de communication nous pouvons donc nous demander ce qu'il advient de la coopération entre les deux disciplines.

D'après la revue de la littérature réalisée par D'Amour, la collaboration interprofessionnelle se définit comme « faite d'un ensemble de relations et d'interactions qui permettent ou non à des professionnels de mettre en commun, de partager leurs connaissances, leur expertise, leur expérience, leur habileté, pour mettre de façon concomitante au service des patients et pour leur plus grand bien (…) Elle passe par la structuration d'une action collective à travers le partage de l'information et de la prise de décision dans les processus cliniques. Elle résulte d'un processus d'interaction entre les acteurs, des acteurs avec la structuration organisationnelle et de ces deux éléments avec des structures englobantes » (35).

L'interprofessionnalité est donc définie comme le développement d'une pratique cohérente entre les professionnels de différentes disciplines. Elle vient de la préoccupation des professionnels de concilier leurs différences et leurs points de vue parfois opposés et cela implique une interaction continue ainsi que le partage des connaissances entre les professionnels.

Dans mon étude il semble que les interactions avec les acteurs sociaux via la sollicitation de la PTA ne répondent pas à cette définition mais davantage à celle de la pluridisciplinarité correspondant donc à une rencontre autour d'un thème commun à plusieurs disciplines où chacune conserve la spécificité de ses concepts et méthodes. L'objectif étant alors d'utiliser la complémentarité des disciplines pour la résolution d'un problème (36).

Cette notion peut être rapprochée de l'interdisciplinarité où chaque profession agit dans son domaine de connaissance spécifique en réponse à une organisation qui a fragmenté ces différents savoir entre différentes disciplines (37).

Les résultats de la thèse intitulée « La collaboration entre médecins généralistes et travailleurs sociaux : déterminants d'une collaboration réussie : étude qualitative auprès des médecins généralistes de Meurthe-et-Moselle en 2015 » réalisée par Lucie Doerflinger (31) vont également dans ce sens en montrant que les médecins attendent d'une collaboration réussie avec le secteur social qu'elle soit efficace pour le patient, non chronophage et qu'elle n'entraîne pas de surcharge de travail surtout sur le plan administratif. Ils attendent qu'elle leur fournisse une réponse précise et concrète dans la prise en charge de leur patient en situation socio-médicale complexe.

Les médecins précisent également qu'ils attendent de leur partenaire qu'il soit autonome et ils sont ainsi d'avis que chacun se responsabilise dans ses compétences et ses actions.

Le recours à la PTA semble donc bien correspondre à l'idée que se font les médecins d'une collaboration avec les acteurs sociaux. Ils les laissent ainsi agir dans leur domaine de compétences spécifiques qu'eux n'ont pas sans forcément qu'il y ait d'échange sur cette partie de la prise en charge.

D'après Lucie Doerflinger, cette idée que se font les médecins de la coopération avec le domaine social pourrait être expliquée par :

- Une habitude de travail individuel, indépendant et autonome, et par la tarification à l'activité laissant peu de temps au travail d'équipe
- Un mode d'exercice libéral, le médecin prend l'habitude de travailler d'une certaine manière et tend à s'enraciner dans des pratiques spécifiques difficiles à communiquer à d'autres acteurs
- La méconnaissance du rôle du travailleur social.

Ce dernier point paraît important car bien que, comme nous l'avons vu dans le chapitre précédent, le recours à Santé Landes permette de lever beaucoup de difficultés évoquées par les médecins sur le plan social, il ne permet pas de faire disparaître cette méconnaissance du monde social. En effet, en procédant ainsi le médecin n'améliore ni sa connaissance du fonctionnement du système social, ni sa connaissance du travailleur social. Or il semble que

cette connaissance de l'autre et de son mode de fonctionnement sont des éléments essentiels pour permettre une bonne collaboration. Cet élément est également retrouvé dans une étude de Policard, qui rapportait qu'une meilleure connaissance de l'autre était le terreau de la confiance, elle-même étant un déterminant de la collaboration (38).

En plus de ce point nous pouvons penser qu'un autre facteur influence grandement la communication et la coopération avec le domaine social à savoir l'idée que se fait chaque médecin de son rôle dans la prise en charge sociale.

Le Conseil national de l'Ordre des Médecins, dans son référentiel métier (39), décrit le médecin généraliste comme le soignant qui intègre le soin dans l'environnement du patient et qui assure la coordination des soins autour du patient. Il se doit d'avoir une approche bio-psycho-sociale du patient et de développer une aptitude à travailler en équipe pour mobiliser les ressources adaptées, qu'elles soient médicales ou médico-sociales, et pour vérifier leur efficience.

Sur le plan légal, selon l'article L. 4130-1 du code de la santé publique (modifié par LOI n°2016-41 du 26 janvier 2016 - art. 68), le médecin généraliste est ainsi chargé d' *« orienter ses patients, selon leurs besoins, dans le système de soins et le secteur médico-social »*, et de *« s'assurer de la coordination des soins nécessaires à ses patients »* (40).

D'après le recueil des données les médecins de l'étude semblent bien comprendre ce rôle d'orientation vers le secteur social. En contactant la PTA, qui se veut être une structure adaptée aux besoins sociaux, les médecins jouent effectivement leur rôle d'orientation vers une structure pouvant répondre aux besoins de leurs patients. Cependant le rôle de coordination et la notion de travail en équipe semblent plus dur à appréhender.

En effet nous avons vu qu'après ce rôle d'orientation, la sollicitation et la coordination des acteurs sociaux étaient laissées à la charge du personnel de Santé Landes sans qu'il existe ensuite d'échanges directs entre les 2 disciplines.

Cela pourrait s'expliquer par le fait que comme vu dans mon étude, certains médecins considèrent que le secteur social ne relève pas du tout de leur rôle. Ce point de vue est également retrouvé dans la littérature, où pour de nombreux médecins généralistes, l'extension des activités de conseil, de certification, de gestion des affaires sociales et administratives auprès des patients, constituent des obligations qu'ils estiment éloignées de

leur activité spécifique de médecin. Cette charge de travail administratif représente pour eux du temps qu'ils ne passeront pas auprès des malades. Et il faut dire que le travail considéré comme « hors soins » est quelque chose qui est traditionnellement vu comme négatif dans la profession médicale. Ces tâches jugées comme « non soignantes » sont dévalorisées et perçues comme une entrave à la pratique médicale (41). Il paraît donc normal qu'ils fassent rapidement appel à la PTA pour leur déléguer ces tâches.

Toutefois nous avons également vu que ce point de vue n'était pas partagé par tous puisque certains médecins semblent plus tenir compte de la prise en charge sociale dans leur pratique en tentant avec leurs connaissances des ressources de leur territoire et leur réseau habituel, de trouver des solutions avant de contacter la PTA.

En fonction du profil auquel appartient le médecin, il va donc déléguer de façon plus ou moins rapide et plus ou moins importante son rôle de coordinateur sur le versant social au personnel de Santé Landes.

Le degré de coopération et de communication des médecins avec les acteurs sociaux dépendra ensuite de l'implication de chaque médecin dans la prise en charge sociale mais également de leur aptitude et de leur souhait à travailler en équipe. En effet la plateforme est une bonne interface entre les intervenants mais elle ne peut pas les obliger pas à travailler en équipe pour autant.

Or dans le contexte actuel où se mêlent la diminution annoncée du nombre de médecins et l'apparition de nouveaux besoins en santé, il semble que le partage des tâches entre professionnels de santé et le travail en équipe deviennent des facteurs essentiels de la prise en charge des patients.

Dans les cas complexes nous pouvons d'ailleurs penser que le fonctionnement avec le médecin généraliste comme seul pivot n'est plus adapté et qu'il serait plus pratique de s'appuyer sur une « équipe pivot ». C'est d'ailleurs le sens que veut donner la loi aux équipes de soins primaires (42).

4. Communication avec les autres intervenants

Les résultats de mon étude montrent que la communication via PAACO/Globule facilite la connexion entre les différents intervenants autour d'une situation complexe en permettant un partage d'information simplifié.

Ces résultats sont en accord avec ceux retrouvés dans la thèse « 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 ? » réalisée en 2016 par Amélie Laurens (34). Dans ce travail de recherche il a été mis en évidence que l'utilisation de PAACO/Globule a servi à la diffusion des informations à l'ensemble des intervenants au domicile du patient ce qui renforce la cohésion de l'équipe et simplifie les interventions des différents professionnels notamment en assurant un accès aux informations en tout lieu, en particulier au domicile du patient.

En ce qui concerne la communication avec l'hôpital, la thèse de Marion Rougier réalisée en 2018 montrait des résultats allant dans le même sens (43).

Dans cette thèse un nouveau dispositif a été élaboré visant à repositionner le médecin généraliste dans la prise en charge des patients sous chimiothérapie orale. PAACO/Globule a été utilisé comme moyen de communication. Les résultats ont montré que les médecins interrogés trouvaient que cela permettait une meilleure coordination ville-hôpital sur ce type de prise en charge, un meilleur partage d'information et un accès facilité à certains spécialistes.

Les résultats de la thèse d'Amélie Laurens soulèvent un point également évoqué dans mon travail de recherche à savoir que la communication par PAACO/Globule pourrait apparaître redondante dans des structures déjà orientées coordination et qui utilisent davantage leur logiciel métier pour communiquer comme par exemple les MSP (34).

Les résultats de l'étude qualitative réalisée par Clémence Gérard au cours de sa thèse intitulée « Echanges pluriprofessionnels centrés patients au sein d'une maison de santé pluriprofessionnelle » ont montré que d'après les médecins interrogés, la structuration en

MSP facilitait les échanges et favorisait la disponibilité des professionnels. Plusieurs facteurs rentraient en compte (44) :

- La proximité géographique des professionnels de santé dans la MSP facilitait les échanges, notamment informels.
- Les multiples actions organisées permettaient de se voir fréquemment et augmentaient ainsi les échanges. Le cadre formalisé des réunions, notamment des RCP pouvait aider les professionnels de santé à échanger.
- Les réunions formelles, quelle que soit la thématique, étaient ensuite sources d'échanges informels centrés patients.
- La connaissance des professionnels de santé entre eux est apparue être un élément expliquant la facilité des échanges, et notamment des échanges non formalisés et spontanés.
- Une bonne relation entre les professionnels de santé et une volonté commune de travailler ensemble favorisaient également les échanges.

Des facteurs limitant les échanges ont également été identifiés. Ce sont d'ailleurs les mêmes que ceux que l'on peut retrouver hors d'une structure :

- Le cadre formalisé des RCP et de leurs contenus, pouvait à l'inverse être un frein.
- La gestion du temps et la chronophagie du système pluriprofessionnel étaient évoquées comme des facteurs limitants.

De par ma courte expérience personnelle en tant que médecin remplaçant, j'ai pu me rendre compte de ces différences d'habitudes de communication. L'utilisation de PAACO/Globule pour communiquer entre médecins et infirmiers n'était pas la même en fonction du lieu et de la structure de remplacement.

Par exemple, en remplaçant en milieu urbain il est plus difficile de communiquer directement avec les infirmiers. En effet, il existe beaucoup de cabinets infirmiers, médecins et infirmiers ne se connaissent pas tous de la même façon, les patients suivis par un même médecin ne le sont pas tous par le même cabinet infirmier et les rencontres directes entre médecins et infirmiers au domicile du patient sont rares. L'application PAACO/Globule devient alors

extrêmement précieuse pour faciliter la connexion et la communication entre médecins et infirmiers qui ne se côtoient que ponctuellement autour d'un même patient.

En remplaçant par contre dans un milieu rural au sein d'une MSP il s'est avéré qu'effectivement la communication via l'application s'avérait peu nécessaire puisque médecins et infirmiers travaillent au même endroit, se connaissent bien et partagent les mêmes patients. Cela leur permet donc de communiquer davantage par échanges physiques ou directs par téléphone. PAACO/Globule est tout de même utilisé entre professionnels au sein de la MSP mais davantage pour un partage de données (photos par exemple) ou alors transmettre des informations aux autres professionnels qui interviennent auprès d'un patient et qui ne font pas partie de la même structure.

Outre l'unité de lieu il semble ressortir de l'étude de Clémence Gérard que le premier facteur à influer sur les échanges était le professionnel en tant que personne, et non le cadre structurel de la MSP. La dynamique d'implication et le caractère propre à chaque professionnel influaient (44).

Cette notion de volonté commune de travailler ensemble paraît être le pré-requis le plus important. Si elle n'existe pas, toutes ces structures ou outils censés favoriser la communication et la coordination entre professionnels ne servent alors à rien.

### 5. Partage de données et secret professionnel

Avec les Dr Tauzin et Romero nous nous attendions à ce que les médecins interrogés soient satisfaits de l'existence d'un partage sécurisé de données via l'application PAACO/Globule. Selon les résultats de l'étude les propos des médecins sont cependant plus nuancés. Beaucoup évoquent cet aspect comme un point positif mais ils laissent également percevoir un certain scepticisme vis-à-vis de cette sécurisation de données ainsi que sur la question du respect du secret professionnel. Ces problématiques médico-légales concernant le partage de données via de nouveaux outils informatiques sont également évoquées par plusieurs médecins dans d'autres travaux de thèse (34,45).

Il paraît donc important d'essayer d'éclaircir ces 2 points.

La question du secret professionnel est abordée dans la loi Santé de janvier 2016. L'article L1110-4 du code de la santé publique (modifié par Ordonnance n°2018-20 du 17 janvier 2018 - art. 2) pose le principe du respect de la vie privée (46). Celui-ci couvre désormais l'ensemble des secteurs sanitaire, social et médico-social. Il est ainsi affirmé que « Toute personne prise en charge par un professionnel de santé, un établissement ou service, un professionnel ou organisme concourant à la prévention ou aux soins dont les conditions d'exercice ou les activités sont régies par le présent code, le service de santé des armées, un professionnel du secteur médico-social ou social ou un établissement ou service social et médico-social mentionné au I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant. »

Il est également exprimé que ce secret professionnel « s'impose à tous les professionnels intervenant dans le système de santé. »

Cela comprend donc l'ensemble des professionnels de santé, du champ sanitaire ou du champ social (assistante sociale) qui participent à la prise en charge du patient.

Les modalités du partage d'informations sont ensuite définies.

« Un professionnel peut échanger avec un ou plusieurs professionnels identifiés des informations relatives à une même personne prise en charge, à condition qu'ils participent tous à sa prise en charge et que ces informations soient strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins, à la prévention ou à son suivi médico-social et social. »

« Lorsque ces professionnels appartiennent à la même équipe de soins, au sens de l'article L. 1110-12, ils peuvent partager les informations concernant une même personne qui sont strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins ou à son suivi médico-social et social. Ces informations sont réputées confiées par la personne à l'ensemble de l'équipe. »

La loi donne ensuite la définition d'une équipe de soin dans l'article L1110-12, Créé par LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 - art. 96 (V) (47).

Pour l'application du présent titre, l'équipe de soins est 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, de soulagement de la douleur ou de prévention de perte d'autonomie, ou aux actions nécessaires à la coordination de plusieurs de ces actes, et qui :

- 1° Soit exercent dans le même établissement de santé, au sein du service de santé des armées, dans le même établissement ou service social ou médico-social mentionné au I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles ou dans le cadre d'une structure de coopération, d'exercice partagé ou de coordination sanitaire ou médico-sociale figurant sur une liste fixée par décret ;

- 2° Soit se sont vus reconnaître la qualité de membre de l'équipe de soins par le patient qui s'adresse à eux pour la réalisation des consultations et des actes prescrits par un médecin auquel il a confié sa prise en charge ;

- 3° Soit exercent dans un ensemble, comprenant au moins un professionnel de santé, présentant une organisation formalisée et des pratiques conformes à un cahier des charges fixé par un arrêté du ministre chargé de la santé.

Le décret n° 2016-919 du 4 juillet 2016 relatif aux fonctions d'appui aux professionnels pour la coordination des parcours de santé complexes précise que « Le patient est informé du recours à la plate-forme conformément à l'article L. 1110-12 du code de la santé publique afin qu'il puisse exercer son droit d'opposition. » (48).

Les PTA étant considérées comme des structures de coordination (L.6327- 2 du CSP) sont donc soumises au cadre législatif cité ci-dessus (49).

La sécurisation des données est elle aussi encadrée par la loi et notamment par le décret n° 2018-137 du 26 février 2018 relatif à l'hébergement de données de santé à caractère personnel (50).

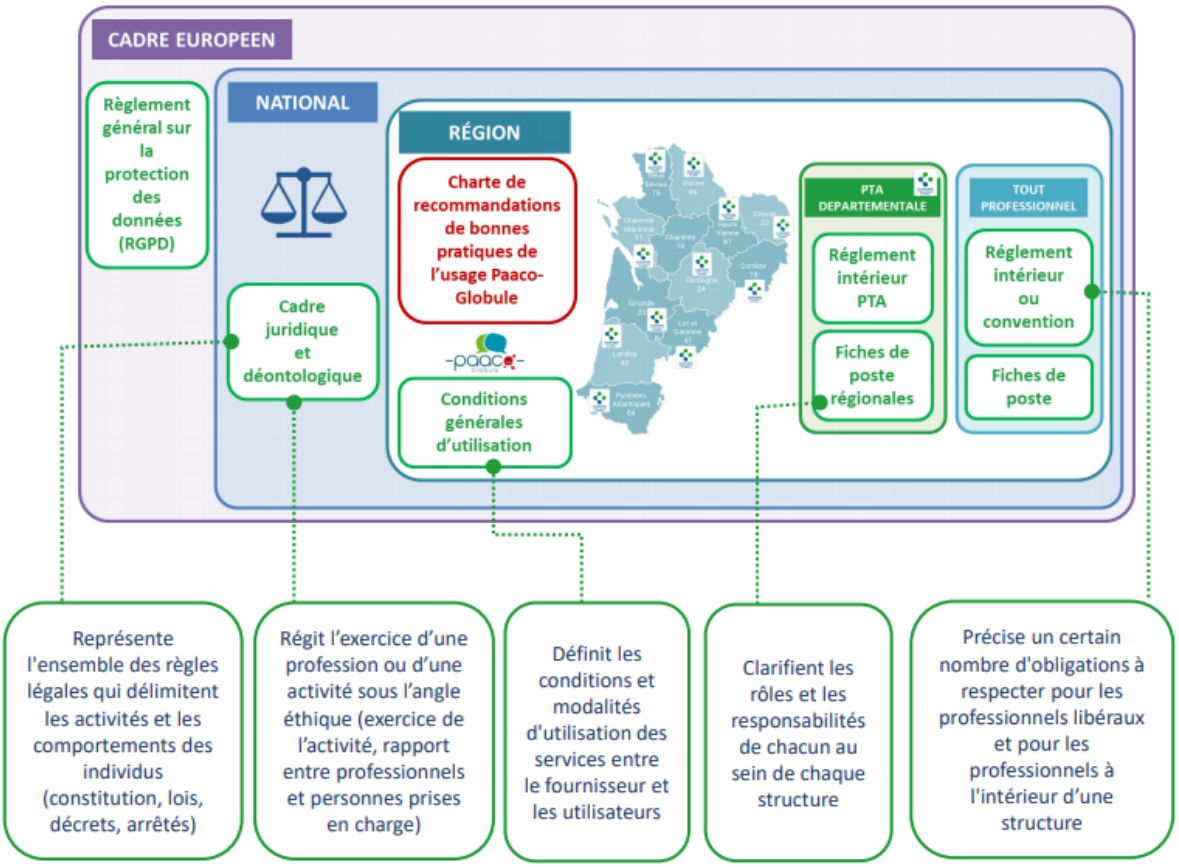
Le Conseil National de l'Ordre des Médecins a d'ailleurs édité un guide pratique concernant les données personnelles des patients pour faciliter la compréhension de ces textes, permettant ainsi aux médecins de vérifier les points essentiels de sécurité des outils numériques (51).

En ce qui concerne directement l'utilisation de l'application PAACO/Globule, celle-ci est soumise à une charte de recommandations et de bonnes pratiques en Nouvelle-Aquitaine (52).

Celle-ci a d'ailleurs été approuvée par le comité de déontologie de Nouvelle-Aquitaine le 9 janvier 2020. Il est mentionné dans cette charte que le partage d'informations dans un contexte de coordination via un outil numérique est cadré par l'environnement réglementaire lié au droit de la santé. Il est également impacté par l'entrée en vigueur le 25.05.2018 du règlement général sur la protection des données (RGPD), qui constitue le texte de référence en matière de protection des données à caractère personnel et de leurs traitements.

Ecosystème réglementaire PAACO/Globule

(Illustration extraite de la charte de recommandations de bonnes pratiques de l'usage de PAACO/Globule).



### 6. Hypersolicitation et excès d'information

Avec les Dr Tauzin et Romero nous nous attendions à ce que les médecins évoquent comme inconvénient le nombre très important de messages ou de sollicitations qu'ils reçoivent par PAACO/Globule.

De mon côté j'avais également rajouté que certains pourraient se plaindre de la pertinence des informations partagées. Il paraissait possible que le risque de ce type d'échanges entre divers professionnels soit que chacun soit tenté de notifier ses moindre faits et gestes sur la fiche patient sans pour autant que cela ait un intérêt concret pour l'équipe autour du patient. Imaginons par exemple qu'une notification « Pilulier de Mme… fait ce jour. » soit partagée sur l'application PAACO/Globule. Il semble ainsi légitime de se poser la question de la nécessité et de la pertinence de partager cette information chez une dame chez qui le pilulier est fait chaque semaine depuis des années.

Normalement ce partage de données est encadré par une charte de bonne pratique qui stipule que « S'il souhaite alimenter le dossier de coordination, le professionnel doit s'attacher à ne partager que les informations qu'il juge nécessaires et suffisantes à la coordination ou à la continuité des soins et choisir le moyen de partage qui lui semble le plus pertinent (écrans spécifiques ou fonctionnalités ouvertes à tous). Dans le cas où son choix se porte sur des fonctionnalités ouvertes à tous, il est alors de sa responsabilité de définir le niveau de confidentialité à appliquer au contenu qu'il souhaite partager, en fonction des missions des partenaires et de la nature de l'information. » (52). La question se pose alors de quelle information est pertinente pour qui et pourquoi ?

Certains médecins interrogés dans l'étude ont partagé ce ressentiment sur l'excès de notification ainsi que la pertinence de certaines. Ils ont également ajouté que cela pouvait entraîner pour eux un accès moins clair à une information qu'ils jugent importante. Cette conséquence paraît en effet logique et elle est d'ailleurs également retrouvée dans la thèse d'Amélie Laurens (34).

Nous pouvons cependant penser que PAACO/Globule n'est pas le seul responsable de cet excès d'information provenant aux médecins. En effet, un des principaux problèmes est qu'il vient se rajouter à la multitude de sources d'informations que le médecin doit déjà gérer au quotidien. Nous pourrions citer son logiciel métier, le serveur pour recevoir les biologies, la

messagerie sécurisée, parfois son mail personnel, etc… Les Dr Tauzin et Romero avaient d'ailleurs émis l'hypothèse que les médecins évoqueraient l'application comme une chose supplémentaire à devoir gérer dans leur quotidien. Pour autant il semble que PAACO/Globule ne soit pas redondant avec ces différents outils puisqu'il s'inscrit dans un cadre de communication différent à savoir une communication pluriprofessionnelle centrée patients chose que les autres outils ne permettent pas (exception faite pour certains logiciels métiers dans les maisons de santé pluridisciplinaire).

Cette multitude d'outils informatisés disponible et ne s'articulant pas les uns avec les autres paraît être un frein important au développent de l'utilisation de PAACO/Globule ou Santé Landes par d'autres médecins. Peut-être que la thèse réalisée en miroir par Thomas Dachary sur les freins de l'utilisation de Santé Landes pourra permettre d'étayer cette hypothèse.

### C. Perspective d'évolution

Les médecins généralistes semblent satisfaits de l'apport que leur procure la PTA. Nous avons vu que la PTA Santé Landes est un outil qui a permis de résoudre un nombre important de difficultés dans la prise en charge des cas complexes et notamment sur le versant social.

Même si elle ne peut pas les obliger à travailler en équipe, la PTA et notamment PAACO/Globule est une bonne interface entre les différents intervenants. Cet outil paraît être une base solide et nécessaire pour développer cette pratique de travail en équipe et de coopération efficace.

Nous pourrions nous poser la question de qu'est ce qui pourrait encore plus faciliter le développement de ce travail d'équipe.

Cela pourrait passer par :

- **Une formation des internes du DES de médecine générale au fonctionnement du domaine social.** Nous pourrions imaginer que cela pourrait prendre la forme d'un cours auquel participerait un travailleur social. Cela pourrait également prendre la forme d'un mini stage au sein de la PTA (ou autre structure de coordination pour ceux qui n'en ont pas) qui pourrait être réalisé pendant le stage de premier niveau chez le praticien ou durant un SASPAS. Nous pourrions penser que cela permettrait d'éclairer les internes sur le rôle et les missions des travailleurs sociaux ainsi que leur permettre d'avoir une vision plus claire des différents services existants.

- **Une réunion physique regroupant les différents intervenants.** Même si cela peut paraître difficile en pratique celle-ci pourrait avoir lieu par exemple à l'inclusion d'un patient dans Santé Landes. Cela pourrait permettre une meilleure connaissance des intervenants entre eux ce qui entraînerait peut-être une facilitation de leurs échanges futurs.

- **Une formation des différents professionnels à la communication par PAACO/Globule.** Bien qu'encadrée par une charte de bonne pratique, nous avons vu que la notion de la pertinence d'une information pouvait être très subjective. En plus de cette formation, il serait important de définir précisément au sein de chaque équipe intervenant auprès du patient l'utilisation attendue de cette application afin d'optimiser les échanges et de ne pas « noyer » les informations utiles parmi d'autres, moins essentielles. En reprenant l'exemple de la notification « Pilulier fait » on pourrait imaginer que les différents professionnels décident ensemble que cette information n'est pas utile à partager. Si par contre les infirmiers trouvent que l'information est pertinente pour leur coordination propre alors ils pourraient se dire qu'ils continuent de se partager l'information uniquement entre eux sans que cela entraîne donc une notification pour les différents professionnels.

Concernant l'utilisation même de l'outils et d'un point de vue purement pratique on pourrait également imaginer :

- **Une articulation de Santé Landes et PAACO/Globule avec les logiciels métiers.** La création d'un outil unique regroupant tous les services semblant être utopique je pense qu'au moins l'intégration de PAACO/Globule au logiciel métier du médecin son utilisation encore plus pertinente et facile. Nous pourrions même penser que cela permettrait peut-être de développer son utilisation auprès d'autres médecins. En règle générale, la bonne articulation entre eux des différents outils numériques disponibles pour le médecin semble être un axe essentiel pour la pratique future.

- **La possibilité de mettre un message d'absence lors des congés du médecin** avec une réorientation vers son remplaçant pour permettre une continuité des soins. Cela pourrait permettre au médecin de ne pas culpabiliser et à l'infirmière de trouver une réponse à sa question plus rapidement.

# V. CONCLUSION

La loi de modernisation de notre système de santé de 2016 suggère un déploiement des PTA sur le territoire afin de proposer aux professionnels sanitaires, sociaux et médico-sociaux, en particulier aux médecins traitants, un appui plus lisible et cohérent pour la gestion des cas complexes et simplifier ainsi le paysage de la coordination d'appui. En prenant l'exemple de la PTA Landaise Santé Landes, fonctionnelle depuis 2014, et avec pour objectif de recueillir le ressenti de ses médecins généralistes utilisateurs, cette étude qualitative a mis en évidence que la création de ce dispositif a permis de lever beaucoup de difficultés rencontrées par les médecins généralistes landais face à des situations complexes.

La PTA s'est surtout révélée être très utile en ce qui concerne la prise en charge sociale des patients. Elle permet un accès simplifié et plus efficace aux ressources sociales en faisant l'intermédiaire entre les médecins et les acteurs sociaux. Elle a également facilité la connexion entre les différents intervenants autour d'un patient commun. Il semble donc que la PTA, avec l'application PAACO/Globule, soit une interface intéressante pour développer la communication entre les différents acteurs de la prise en charge et ainsi pouvoir favoriser un travail d'équipe coordonné.

La PTA ne reste cependant qu'un outil et il appartient à chacun de l'utiliser comme bon lui semble. Elle ne peut pas induire à elle seule des modifications de fonctionnement ou d'habitudes de communication chez les différents acteurs sans déjà une certaine volonté de changement de leur part.

L'utilisation de ce dispositif présente encore quelques inconvénients. L'absence d'articulation avec les logiciels métiers et les notifications trop nombreuses provenant de PAACO/Globule apparaissent comme les plus dérangeants. Le développement d'une inter opérabilité entre les différents outils numériques et une éducation à la communication via PAACO/Globule au sein des équipes de soins seraient des perspectives d'évolution intéressantes.

Bien que dans l'ensemble Santé Landes semble répondre de façon satisfaisante au besoin de soutien des médecins généralistes face aux situations complexes, le recourt à la PTA n'est cependant pas une option encore envisagée par tous. Il sera intéressant de voir si la thèse réalisée en miroir par Thomas Dachary permettra d'identifier les freins ressentis par ces médecins à l'utilisation de Santé Landes et les éléments qui pour eux pourraient favoriser le recours à cet outil.

## REFERENCES


1. Ministère de la santé, Direction Générale de l'Offre de Soins, "Guide méthodologique, Améliorer la coordination des soins : Comment faire évoluer les réseaux de santé ?". Octobre 2012.

2. Aubry R, « Les fonctions de coordination dans le champ de la santé. », Santé Publique hs/2007 (Vol. 19) p.73-77 https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2007-hs-page-73.html

3. WONCA-EUROPE. La définition européenne de la médecine générale / médecine de famille. 2002. [Internet]. [cité 30 sept 2020]. Disponible sur: https://www.woncaeurope.org/page/definition-of-general-practice-family-medicine.

4. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires - Article 36 | Legifrance [Internet]. [cité 2 déc 2019]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2009/7/21/2009-879/jo/article_36

5. Code de la santé publique | Legifrance [Internet]. [cité 2 déc 2019]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=18DA6214A660DCD6D91B9E63895E7B00.tpdjo06v_1?idSectionTA=LEGISCTA000006171584&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20121008

6. Retraite C. MAIA : un dispositif face à la maladie d'Alzheimer [Internet]. Cap Retraite. 2016 [cité 2 déc 2019]. Disponible sur: https://www.capretraite.fr/maia/

7. Blanchard P, Eslous L, Yeni I, Louis P. Evaluation de la coordination d'appui aux soins. La documentation française, 2014; rapport n°2014-010R.

8. Ministère de la santé. Stratégie Nationale de Santé, feuille de route. Septembre 2013.

9. Le programme Territoire de Soins Numérique - TSN [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2019 [cité 2 déc 2019]. 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

10. Santé Landes [Internet]. [cité 2 déc 2019]. Disponible sur: https://www.sante-landes.fr/qui-sommes-nous/nouvelle-organisation-dans-landes.

11. Santé Landes [Internet]. [cité 2 déc 2019]. Disponible sur: https://www.sante-landes.fr/professionnel/outils-pratiques

12. Agence Régionale de Santé. Santé Landes : une plateforme territoriale d'appui opérationnelle [Internet]. [cité 2 déc 2019]. Disponible sur: http://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/lettre-dinfo-sante-landes-une-plateforme-territoriale-dappui-operationnelle

13. Ministère des Solidarités et de la Santé. Loi de modernisation de notre système de santé. Fiche 25, Appui aux professionnels pour la coordination des parcours complexes : les plateformes territoriales d'appui [Internet]. [cité 2 déc 2019]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/fiche_25.pdf

14. Lejeune C. Manuel d'analyse qualitative : Analyser sans compter ni classer. 2nd ed. Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur; 2019. (Méthodes en sciences humaines).

15. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz AM, Imbert P, Letrilliart L et al. Introduction à la recherche qualitative. Exercer 2008;84 : 142-5. (Introduction à la recherche qualitative)

16. Aubin-Auger I, Stalnikiewicz B, Mercier A, Lebeau JP, Baumann L. Diriger une thèse qualitative : difficultés et solutions possibles. Exercer 2010 ;93 : 111-4.

17. Letrilliart L, Bourgeois I, Vega A, Cittée J, Lutsman M. Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative Première partie : d'« Acteur » à « Interdépendance ». Exercer 2009 ;87 :74-9.

18. Letrilliart L, Bourgeois I, Vega A, Cittée J, Lutsman M. Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative Deuxième partie : de « Maladie » à « Verbatim ». Exercer 2009 ;88 :106-12.

19. Mui, Ada C. 2000. « The Program of All-Inclusive Care for the Elderly (PACE): an Innovative Long-Term Care Model in the United States. Journal of Aging and Social Policy, vol. 13, no 2-3, 153-167.

20. Béland F. Integration des services (gériatrie). International Encyclopedia of Rehabilitation 2010.

21. Kodner DL, Spreeuwenberg C. Integrated care: meaning, logic, applications, and implications--a discussion paper. Int J Integr Care 2002;2:e12.

22. Béland F, Bergman H, Lebel P, Dallaire L, Fletcher J, Contandriopoulos AP et al. « Des services intégrés pour les personnes âgées fragiles (SIPA): expérimentation d'un modèle pour le Canada », Canadian Journal on Aging/La revue canadienne du vieillissement. 2006 ; 5-24.

23. Béland F, Bergman H, Lebel P, Clarfield AM, Tousignant P, Contandriopoulos AP, et al. A system of integrated care for older persons with disabilities in Canada: results from a randomized controlled trial. J Gerontol A Biol Sci Med Sci 2006;61(4):367-73.

24. Béland F, Hollander MJ. Integrated models of care delivery for the frail elderly: international perspectives. Gac Sanit 2011;25 (Suppl 2):138-46.

25. Hébert R, Raîche M, Dubois MF, Gueye NR, Dubuc N, Tousignant M. Impact of PRISMA, a coordination-type integrated service delivery system for frail older people in Quebec (Canada): A quasiexperimental study. J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci 2010;65B(1):107-18.

26. Curry N, Ham C. Clinical and service integration: the route to improved outcomes. London: The King's Fund. 2010.

27. Ham C, Curry N. Integrated care. What is it? Does it work? What does it mean for the NHS? London: The King's Fund. 2011.

28. Hoedemakers M, Marie Leijten FR, Looman W, Czypionka T, Kraus M, Donkers H et al. Integrated Care for Frail Elderly: A Qualitative Study of a Promising Approach in The Netherlands. Int J Integr Care.

29. Tanquerel C. La coordination des situations complexes : définition, difficultés et attentes des médecins généraliste du Bessin et du Pré-bocage. Thèse de médecine, Caen : Université de Caen ; 2015.

30. Leroy B. Plateforme Territoriale d'Appui Vexin Seine Normandie : analyse des besoins ressentis et des attentes des médecins généralistes. Thèse de médecine, Rouen : Faculté mixte de médecine et de Pharmacie de Rouen ; 2019.

31. Doerflinger L. La collaboration entre médecins généralistes et travailleurs sociaux : déterminant d'une collaboration réussie. Thèse de médecine, Nancy : Faculté de médecine de Nancy ; 2015.

32. Belloir S. Les critères déterminants de la coordination du médecin généraliste pour le maintien à domicile de personnes âgées atteintes de démences. A partir d'une étude qualitative auprès de médecins généralistes exerçant en Vendée. Thèse de médecine, Nantes : Université de Nantes ; 2017.

33. Muriel Kounde. La coordination de la prise en charge pluridisciplinaire des patients atteints de démence par le médecin généraliste pour le maintien à domicile. Thèse de médecine, Montpellier : Faculté de médecine de Montpellier-Nîmes ; 2019.

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 ? Thèse de médecine, Bordeaux : Université de Bordeaux ; 2016.

35. D'Amour D, Ferrada-Videla M, San Martin Rodriguez L, Beaulieu MD. The conceptual basis for interprofessional collaboration: core concepts and theoretical frameworks. J Interprof Care. mai 2005;19 Suppl 1:116-31.

36. Sheehan D, Robertson L, Ormond T. Comparison of language used and patterns of communication in interprofessional and multidisciplinary teams. J Interprof Care. févr 2007;21(1):17-30.

37. D'amour D, Oandasan I. Interprofessionality as the field of interprofessional practice and interprofessional education: An emerging concept. Journal of Interprofessional Care. 2 mai 2005;19:8-20.

38. Policard F. Apprendre ensemble à travailler ensemble : l'interprofessionnalité en formation par la simulation au service du développement des compétences collaboratives, Learning together for working together Interprofessionalism in

simulation training for collaborative skills development. Recherche en soins infirmiers. 10 juill 2014;(117):33-49.

39. Nicodeme R, Deau X. Document de références en Médecine Générale à l'usage des commissions de qualification du CNOM. Conseil national de l'ordre des médecins; 2008 juin p. 7.

40. Code de la santé publique - Article L4130-1/ Legifrance [Internet]. [cité le 25 aout 2020]. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000031928438&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20160128#:~:text=1%C2%B0%20Contribuer%20%C3%A0%20l,l'%C3%A9ducation%20pour%20la%20sant%C3%A9.&text=7%C2%B0%20Participer%20%C3%A0%20la,fix%C3%A9es%20%C3%A0%20l'article%20L.

41. Bloy G, Schweyer FX, Herzlich C. Singuliers généralistes sociologie de la médecine générale. Rennes: Presses de l'École des hautes études en santé publique; 2010.

42. Ministère des Solidarités et de la Santé. Loi de modernisation de notre système de santé. Fiche 11, Equipe de soins primaires [Internet]. [cité 2 déc 2019]. Disponible sur https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/fiche_11-ps.pdf

43. Rougier M. Repositionnement du médecin généraliste au centre de la prise en charge des patients sous chimiothérapie orale grâce aux plateformes territoriales d'appui : élaboration d'un nouveau fonctionnement avec Santé Landes pour les patients atteints d'un myélome multiple traité par Lénalidomide-Dexaméthasone. Thèse de médecine, Bordeaux : Université de Bordeaux ; 2018.

44. Gérard C. Echanges pluriprofessionnels centrés patients dans une Maison de Santé Pluriprofessionnelle. Thèse de médecine, Angers : Faculté de santé, université d'Angers ; 2019.

45. Artiguebere C, Lasserre A. Télémédecine et téléexpertise en plaies et cicatrisation : Ressenti des médecins généralistes béarnais. Thèse de médecine, Bordeaux : Université de Bordeaux ; 2019.

46. Code de la santé publique - Article L1110-4/ Legifrance [Internet]. [cité le 25 aout 2020]. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000036515027&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20180119.

47. Code de la santé publique - Article L1110-12/ Legifrance [Internet]. [cité le 25 aout 2020]. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000031919050&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20160128.

48. Décret n° 2016-919 du 4 juillet 2016 relatif aux fonctions d'appui aux professionnels pour la coordination des parcours de santé complexes. 2016-919 juill 4, 2016/ Legifrance [Internet]. [cité le 25 aout 2020]. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000032848079&categorieLien=id.

49. Code de la santé publique - Article L6327-2/ Legifrance [Internet]. [cité le 25 aout 2020]. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000038886462&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20190727.

50. Décret n° 2018-137 du 26 février 2018 relatif à l'hébergement de données de santé à caractère personnel | Legifrance [Internet]. [cité 25 août 2020]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2018/2/26/SSAZ1733293D/jo/texte.

51. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Guide de protection des données personnelles [Internet]. Paris: CNOM; 2018 [Consulté le 25 aout 2020]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/edition/17ss6et/guide_cnom_cnil_rgpd.pdf.

52. PAACO/Globule, l'outil numérique régional de coordination des parcours. Charte recommandation de bonnes pratiques PAACO/Globule en NA – Janvier 2020 [Internet]. [cité 25 août 2020]. Disponible sur: https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/paaco-globule-loutil-numerique-regional-de-coordination-des-parcours

# ANNEXES

## Annexe 1 : Le guide d'entretien

### Guide d'entretien

**1/ Tout d'abord pour débuter cet entretien je vais vous demander de vous présenter et de décrire votre mode d'exercice.**

Questions de relances éventuelles :

Où travaillez-vous ?

Avec qui travaillez-vous ?

Depuis combien de temps êtes-vous installé ?

Quel type de logiciel utilisez-vous (médical ou pluri professionnel ?)

**2/ Comment avez-vous connu la Plateforme Territoriale d'Appui (PTA) Santé Landes ?**

Questions de relances éventuelles :

Qui vous l'a fait connaitre ?

A votre avis pourquoi cette plateforme a-t-elle été mise en place ?

**3/ Dans quelles circonstances utilisez-vous Santé Landes ?**

Questions de relances éventuelles :

Pour quels types de patients utilisez-vous Santé Landes ?

Dans quel but utilisez-vous Santé Landes ?

Pourriez-vous me parler de la dernière situation où vous avez utilisé Santé Landes ?

**4/ Concrètement, en quoi cela a changé votre prise en charge de certains patients ?**

Questions de relances éventuelles :

Pourquoi dites-vous ça ?

Comment l'expliquez-vous ?

Qu'est-ce que cela vous a apporté concrètement dans votre quotidien ?

Qu'est-ce que cela a facilité ?

**5/ D'un point de vu général, en quoi l'utilisation de cette PTA peut être source de contrainte dans votre utilisation quotidienne ?**

Questions de relances éventuelles :

**6/ Quels sont d'après vous les éléments qui pourraient améliorer l'utilisation de la PTA?**

Questions de relances éventuelles :

**7/ On n'a déjà dit pas mal de chose. Y a-t-il un sujet que l'on n'aurait pas abordé et dont vous souhaiteriez parler ?**

| | | |
|---|---|---|
| **Questions ouvertes** | Que pensez-vous de … ?<br>Comment percevez-vous … ?<br>Pouvez-vous me parler de … ?<br>Quel est votre ressenti sur … ?<br>Que pouvez-vous me dire concernant … ?<br>Pouvez-vous me décrire … ?<br>Comment changeriez-vous les choses ?<br>Quelles sont vos impressions au sujet de… ? | Pourquoi … ?<br>Pour quelles raisons ?<br>De quelle manière ?<br>Comment … ?<br>En quoi … ?<br>Quels aspects … ?<br>Quand … ?<br>Combien … ? |

| | | |
|---|---|---|
| **Relances** | Qu'est-ce qui vous a amené à penser que… ?<br>Quand vous dites que…, que voulez-vous dire / à quoi pensez-vous ?<br>Qu'entendez-vous par… ?<br>Quelles autres raisons ?<br>Pouvez-vous m'expliquer les raisons pour lesquelles vous pensez que… ?<br>Pouvez-vous me donner un exemple ?<br>Pourquoi suggérez-vous cela ?<br>Pourquoi hésitez-vous ?<br>Ainsi, selon vous…<br>Si je comprends bien, vous pensez donc que…<br>Cela semble vous déplaire…<br>Vous n'avez pas l'air satisfait…<br>Cela semble vous poser problème… | C'est-à-dire ?<br>En quel sens ?<br>Par rapport à quoi ?<br>Dans quelle mesure ?<br>A quelles conditions ?<br>En quoi ?<br>Sur quels critères ?<br>Sur quel plan ?<br>Dans quel cas ? |

**Annexe 2 : Fiche de présentation et consentement**

Quentin Passerieux

université de BORDEAUX

**Thèse de médecine générale**

Bonjour,

Je m'appelle Quentin Passerieux, je suis médecin généraliste remplaçant, étudiant en année de thèse. Comme je vous l'ai expliqué au téléphone, je réalise actuellement un travail de thèse afin d'obtenir mon diplôme de Docteur en médecine à l'université de Bordeaux. Les directeurs de cette thèse sont les Docteurs Catherine Tauzin et Marco Romero, médecins généralistes à la maison de santé de Samadet. Mon travail s'est porté sur la Plateforme Territoriale d'Appui (PTA) Santé Landes.

En effet, comme vous le savez, la mise en place de PTA tend à se développer depuis la loi de modernisation de notre système de santé.

Il m'a donc semblé intéressant d'étudier plus particulièrement le ressenti des médecins généralistes Landais qui ont pu faire partis des premiers à utiliser ce genre d'outils avec la PTA Santé Landes.

Je vous sollicite car vous faites partie des utilisateurs de Santé Landes. Si vous acceptez de participer à ce travail, nous conviendrons d'un rendez vous qui nous permettra de réaliser un entretien pour recueillir vos impressions.

Notre échange sera enregistré. Il sera « anonymisé » et vous aurez la possibilité de l'interrompre à tout moment si vous le souhaitez. J'analyserai vos réponses à posteriori de manière qualitative et thématique. L'enregistrement ne sera conservé que pendant la durée de l'étude. Il sera ensuite détruit. Vous pourrez à tout moment retirer votre consentement de participation à ce travail.

Après avoir retranscrit notre entretien, je vous enverrai une copie de cette retranscription pour que vous puissiez, si vous le souhaitez, apporter des modifications ou des précisions concernant notre entretien.

Ce travail a été soumis pour validation de sa conformité aux lois de protection des données personnelles. Il a été porté au registre des traitements de données à caractère personnel de l'Université de Bordeaux.

Si besoin, vous aurez le droit d'introduire une réclamation auprès de la CNIL.

Avant de débuter notre entretien, je vais vous demander de signer le consentement ci-dessous.

université de BORDEAUX

## Fiche de consentement pour participation à la thèse

Je soussigné, Dr ……. autorise M. Quentin Passerieux, étudiant en année de thèse, à réaliser un enregistrement audio de notre entretien.

Je l'autorise à utiliser, de façon anonyme, les informations contenues dans notre entretien afin qu'il puisse réaliser son travail de thèse.

Signature du thésard | Signature du participant

# Annexe 3 : Tableau des critères COREQ

**Tableau I. Traduction française originale de la liste de contrôle COREQ.**

| N° | Item | Guide questions/description |
|---|---|---|
| **Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion** | | |
| Caractéristiques personnelles | | |
| 1. | Enquêteur/animateur | Quel(s) auteur(s) a (ont) mené l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (*focus group*) ? |
| 2. | Titres académiques | Quels étaient les titres académiques du chercheur ? *Par exemple : PhD, MD* |
| 3. | Activité | Quelle était leur activité au moment de l'étude ? |
| 4. | Genre | Le chercheur était-il un homme ou une femme ? |
| 5. | Expérience et formation | Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ? |
| Relations avec les participants | | |
| 6. | Relation antérieure | Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ? |
| 7. | Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur | Que savaient les participants au sujet du chercheur ? *Par exemple : objectifs personnels, motifs de la recherche* |
| 8. | Caractéristiques de l'enquêteur | Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur/animateur ? *Par exemple : biais, hypothèses, motivations et intérêts pour le sujet de recherche* |
| **Domaine 2 : Conception de l'étude** | | |
| Cadre théorique | | |
| 9. | Orientation méthodologique et théorie | Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ? *Par exemple : théorie ancrée, analyse du discours, ethnographie, phénoménologie, analyse de contenu* |
| Sélection des participants | | |
| 10. | Échantillonnage | Comment ont été sélectionnés les participants ? *Par exemple : échantillonnage dirigé, de convenance, consécutif, par effet boule-de-neige* |
| 11. | Prise de contact | Comment ont été contactés les participants ? *Par exemple : face-à-face, téléphone, courrier, courriel* |
| 12. | Taille de l'échantillon | Combien de participants ont été inclus dans l'étude ? |
| 13. | Non-participation | Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ? Raisons ? |
| Contexte | | |
| 14. | Cadre de la collecte de données | Où les données ont-elles été recueillies ? *Par exemple : domicile, clinique, lieu de travail* |
| 15. | Présence de non-participants | Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ? |
| 16. | Description de l'échantillon | Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ? *Par exemple : données démographiques, date* |
| Recueil des données | | |
| 17. | Guide d'entretien | Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ? |
| 18. | Entretiens répétés | Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois ? |
| 19. | Enregistrement audio/visuel | Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ? |
| 20. | Cahier de terrain | Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (*focus group*) ? |

**Tableau I. Traduction française originale de la liste de contrôle COREQ (suite).**

| N° | Item | Guide questions/description |
|---|---|---|
| 21. | Durée | Combien de temps ont duré les entretiens individuels ou l'entretien de groupe focalisé (*focus group*) ? |
| 22. | Seuil de saturation | Le seuil de saturation a-t-il été discuté ? |
| 23. | Retour des retranscriptions | Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ? |
| **Domaine 3 : Analyse et résultats** | | |
| Analyse des données | | |
| 24. | Nombre de personnes codant les données | Combien de personnes ont codé les données ? |
| 25. | Description de l'arbre de codage | Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ? |
| 26. | Détermination des thèmes | Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ? |
| 27. | Logiciel | Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ? |
| 28. | Vérification par les participants | Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ? |
| Rédaction | | |
| 29. | Citations présentées | Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ? *Par exemple : numéro de participant* |
| 30. | Cohérence des données et des résultats | Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ? |
| 31. | Clarté des thèmes principaux | Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ? |
| 32. | Clarté des thèmes secondaires | Y a t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ? |

**Annexe 4 : Retranscription d'un entretien**

**Quentin :** Bonjour, alors pour débuter cet entretien je vais vous demander de vous présenter s'il vous plaît.

**Médecin interrogé :** Du coup je suis le docteur……, installé en cabinet de groupe à … (semi-rural) depuis …. Et le mode d'exercice donc c'est un cabinet de groupe avec un secrétariat en permanence, la permanence des soins, on fonctionne que sur rendez-vous et une patientèle semi-rurale on va dire.

**Quentin :** D'accord. Quel type de logiciel utilisez-vous ?

**Médecin interrogé** : Du coup le logiciel on a *nom de logiciel* pour la prise de rendez-vous et *nom de logiciel* pour la gestion des dossiers patients.

**Quentin :** Alors, comment avez-vous connu la Plateforme Territoriale d'Appui Santé Landes ?

**Médecin interrogé :** Ils sont venus se présenter. (Hésitation) Il y a 4 ou 5 ans. Du coup ils sont venus se présenter euh, un peu sur le mode de la visite médicale quoi. Parce que c'est vrai qu'on reçoit des visites médicales. Donc ils avaient pris rendez-vous avec nous et ils sont venus se présenter donc c'est comme ça que j'ai connu le truc.

**Quentin :** D'accord, est-ce qu'ils vous ont donné des informations particulières sur le fonctionnement ?

**Médecin interrogé :** Oui, ils étaient venus nous présenter le truc. Au début, je ne me souviens plus s'il y avait l'application mobile au tout début mais c'est peut-être arrivé juste après. Et du coup ils étaient revenus après pour installer sur les ordinateurs. Donc ça a été assez rapide et

assez facile et du coup, de la présentation à la mise en action, ça a été quasiment dans le même temps quoi.

**Quentin :** D'accord, donc vous dans quelles circonstances utilisez-vous Santé Landes ?

**Médecin interrogé :** Euh (hésitation) Santé Landes ? (Hésitation) PAACO/Globule ? Ou les 2 ?

**Quentin :** Les 2 oui.

**Médecin interrogé :** Alors euh (hésitation). Oui parce que les 2 sont un peu pareils. Soit des difficultés avec les patients, je le faisais beaucoup au début au lieu d'appeler et de dire « euh j'ai.. » pour les personnes âgées qui posent problème, qui sont isolées, machin. Faudrait mettre en place tout le… (hésitation) tout le barnum autour et tout le monde. Et c'est vrai que ça déroulait assez vite. Euh… Donc ça c'était… (hésitation), initialement c'était vraiment ça puis avec l'application euh… (hésitation) pas mal de communication avec les intervenants : donc les équipes spécialisées, les infirmières aussi un petit peu et de temps en temps un peu les centres hospitaliers qui mettent des trucs dessus mais euh… Donc l'application : pour communiquer et la prise en charge des patients qui posent problème quoi.

**Quentin :** Et quand vous dites « qui posent problème » vous pensez à quoi en particulier ?

**Médecin interrogé :** Qui me posent des problèmes à moi. Donc beh… de l'isolement, de la prise en charge, de mettre en route des choses rapidement pour éviter une hospitalisation par exemple quand on sait que euh… (hésitation) beh voilà on a quelqu'un souvent qui s'affaiblit, soit il se passe quelque chose : la perte d'un aidant, des choses comme ça où on a besoin de mettre vite en place les choses et où effectivement la centralisation des contacts et euh… (hésitation) de la mise en route des choses est quand même très bien faite par Santé Landes.

**Quentin :** D'accord. Quand vous dites « les choses », est-ce que vous pouvez préciser ?

**Médecin interrogé :** Mettre en route les choses ?

**Quentin :** Oui.

**Médecin interrogé :** Donc beh le soutien matériel, donc éventuellement APA, MAIA, euh (hésitation), équipes spécialisées, donc ça c'est matériel et logistique. Et éventuellement les aides à domicile aussi, avec le CIAS ici, ou en suivant le SSIAD et enfin avec éventuellement les infirmières qui, en général, euh... enfin sont gérées soit par moi directement soit viennent déjà chez le patient mais sont inclues dans le truc quoi (hésitation) enfin dans l'équipe globale. C'est en fait voilà, ça permet de former une… (hésitation) plus rapidement que moi en passant plusieurs coups de fil, de tout de suite euh (hésitation) faire le…, faire le… (hésitation), créer le réseau très vite autour de la personne qui pose des problèmes de maintien à domicile ou des problèmes médicaux qui ne relèvent pas que du médicament mais de la prise en charge globale. Donc c'est euh… (hésitation). Moi je le vois très clairement comme un outil qui est un gain de temps pour moi mais également pour tous les autres intervenants puisque ça permet d'interconnecter plus facilement.

C'est à peu près tout, mais bon après je ne m'en sers pas non plus tous les jours quoi… (hésitation) de Santé Landes. De PAACO/Globule on va dire que ça doit être une fois par semaine, un truc comme ça.

**Quentin :** D'accord, une fois par semaine, et PAACO/Globule vous l'utilisez plus pour…

**Médecin interrogé :** Plus pour un dossier médical. Alors j'ai l'impression que les… (hésitation). Alors ça permet aux euh (hésitation)… Alors nous on est assez joignables, euh (hésitation), mon portable pro les gens l'ont. Mais ça permet aux équipes qui veulent transmettre des informations sans forcément téléphoner parce que ce n'est pas forcément urgent de nous les faire passer comme ça. C'est un espèce de… (hésitation), pas une boite

mail mais presque. C'est un tchat qui permet de discuter des choses et d'échanger des documents. Et deuxième chose, j'ai l'impression que les infirmières, notamment celles qui sortent de l'hôpital, elles aiment bien parce qu'il y a un côté un peu tracé, notamment qui marque tout euh… ça fait un peu (hésitation) médico-légal mais à la limite moi ça ne me dérange pas, au moins les choses sont faites, on peut marquer les choses et faire passer les trucs donc c'est les cas dans lesquels je m'en sers. Et sinon plus récemment, quand ils passent dans certains services hospitaliers, la secrétaire de l'hôpital crée le patient sur Globule et me le partage donc je l'accepte et ça permet d'avoir un peu plus vite le compte-rendu d'hospitalisation mais en fait en général elles envoient exactement en même temps sur la boite mail sécurisée donc c'est un peu redondant mais à la limite vaut mieux ça que zéro.

**Quentin :** D'accord, ok. Donc du coup concrètement depuis que vous l'utilisez est-ce que ça a changé quelque chose, enfin qu'est-ce que ça a changé dans votre pratique ou qu'est-ce que ça a fait évoluer ?

**Médecin interrogé :** Beh c'est… (hésitation), c'est un outil facilitateur pour les situations de difficulté ponctuelle qu'on peut rencontrer de manière un peu globale et où on veut éviter et où on n'a pas besoin nécessairement d'aller à l'hôpital ou à la maison de retraite tout de suite. Après sur le côté plus communication… (hésitation) bon c'est plus accessoire mais j'ai l'impression qu'il y a des intervenants pour qui c'est important donc euh… A ce moment-là moi ça me va de jouer le jeu, c'est pas gênant quoi.

**Quentin :** Ces intervenants c'est qui ?

**Médecin interrogé :** Alors les infirmières. Après récemment en tête euh… le SSIAD, l'ergothérapeute, voilà des… qui n'ont pas forcément le temps ou l'envie et qui n'ont pas forcément besoin de nous téléphoner pour en parler. Euh voilà… Elles notent, elles nous l'envoient, elles savent qu'on regarde donc euh c'est dans le dossier et ça formalise le truc et comme ça c'est fait quoi.

**Quentin :** D’accord pour communiquer… (interruption)

**Médecin interrogé :** Exactement. Ouais ça établit un espèce de dossier médical euh (hésitation), enfin (hésitation), accessible à tout le monde et qui est cohérent et qui permet de (hésitation) ouais de faire en sorte que tout le monde soit au courant de tout. Ou en tout cas que ceux qui ne sont pas au courant beh ce soit de leur faute parce qu’ils n’ont pas regardé quoi. Je pense que ça leur va comme ça.

**Quentin :** Ok, donc vous vous êtes un des utilisateurs de Santé Landes. Est-ce que vous voyez des contraintes particulières ou plutôt quelles sont les contraintes que vous pourriez voir à son utilisation ?

**Médecin interrogé :** (hésitation) Non, enfin (hésitation). Non une contrainte il n’y en a pas. Faut quand même dire, c’est important, que l’application est plutôt très bien faite et elle a été bien améliorée même s’il y a encore des trucs qu’à mon avis il y a à globaliser mais après c’est plus la plateforme territoriale d’appui, puisque ça c’est e-santé en Aquitaine et tout ça là c’est un peu différent mais euh... Non, contrainte non, le seul truc euh, le seul inconvénient c’est que du coup euh (hésitation) c’est un peu compliqué quand on a un remplaçant. Parce que par exemple quand je suis en vacances je reçois les notifications Globule sur mon téléphone. Alors je pourrais les désactiver mais du coup on ne les verrait pas or il y a des gens qui communiquent par ça. Euh… donc je sais pas, peut-être la possibilité de mettre un message… ça ça pourrait être une idée : de mettre comme sur les boites mail un message d’absence en orientant vers le secrétariat s’il y a une urgence pour faire.

Après en termes de contraintes, non, c’est-à-dire que euh … c’est moins intrusif qu’un coup de téléphone puisque je regarde quand j’ai envie et euh (hésitation) encore une fois c’est assez bien fait et puis de toute façon on est tout informatisé donc euh… on peut regarder sur l’ordinateur. Non je ne vois pas de contrainte à proprement parler. Voire pas du tout. Dans l’exercice c’est conditionné à rien, euh, oui, non je ne vois pas de contrainte.

**Quentin :** D'accord, et là justement comme vous disiez avec mettre un message d'absence, est-ce qu'il y a d'autres choses qui pourraient être améliorées ?

**Médecin interrogé :** Alors ce que je disais, moi j'ai eu l'occasion de leur dire, l'histoire du message d'absence ça peut être pas mal, en orientant vers le secrétariat pour dire « je suis pas là pendant tant de jours, si vous avez un truc urgent dites-le ». Bon ça voilà après si je reçois, si je regarde, j'appelle la secrétaire, enfin c'est toujours pénible, ou j'envoie un texto, bon voilà c'est pas non plus catastrophique.

Euh après moi ce que… la question que je posais c'était de (hésitation) de plus fondre et fusionner tous les services d'e-santé en Aquitaine, euh… pour avoir clairement, et ce serait hyper bien que ce soit sur l'application qui est très bien faite euh… éventuellement les autres services donc : la messagerie sécurisée, parce que voilà ça faciliterait bien. Le Via Trajectoire aussi, enfin voilà ce genre de trucs qui en fait relève de la même chose et ça pourrait être un peu repensé différemment. Sinon… ouais dans le fonctionnement de PAACO/Globule, après c'est probablement moi qui m'y prends pas forcément très bien des fois mais euh… c'est difficile d'aller retrouver un patient, parfois il y a quelques petits bugs mais pas de … enfin pas grand-chose quoi.

**Quentin :** Et quand vous disiez avec le service e-santé Aquitaine, ça serait un peu tout mettre sous la même enseigne… (interruption).

**Médecin interrogé :** Si, dans un monde idéal. En tout cas, ce que je leur avais dit c'est : faire une application qui soit un portail où on s'identifie une seule fois et qui permet d'accéder et à PAACO/Globule, et à la boite mail, et à Via Trajectoire qui parfois concernent le même patient donc ça permettrait de mélanger les différentes sources d'informations parce que là actuellement, bon pareil ce n'est pas une énorme contrainte mais plus on va simplifier, plus les médecins vont s'en servir. Euh… là actuellement ces 3 services et il y en a probablement d'autres que j'oublie, c'est 3 services où il faut s'identifier 3 fois de façon différente. Donc euh, enfin bon c'est un peu dommage. Après voilà la thèse c'est forcément des médecins qui s'occupent, enfin qui utilisent donc il y a un biais mais euh mais bon c'est intéressant aussi de voir tous ceux chez qui c'est installé et qui s'en servent pas du tout quoi. Parce qu'ils trouvent

que c'est compliqué, parce que machin. Bon moi après j'ai pas l'impression que ça soit très compliqué après… Après est-ce qu'on peut vivre sans ? La réponse est oui mais dans certains cas de figure moi ça m'a rendu service.

**Quentin :** Dans ceux qui ne l'utilisent pas, est-ce que vous avez une idée de pourquoi ils ne l'utilisent pas ?

**Médecin interrogé :** Parce que ça peut paraitre compliqué. Que c'est compliqué de faire changer l'usage des médecins qui de toute façon par définition font déjà très bien donc qui n'ont pas besoin d'améliorer les choses (ironie). Et euh (hésitation)… et oui non parce qu'il y a toujours cette euh, cette crainte d'être fliqué, d'être joignable, machin… enfin que ça puisse être intrusif. Dans la pratique ça ne l'est absolument pas. Donc euh, oui, non (hésitation), c'est plus (hésitation) probablement qu'il y en a qui n'ont probablement pas le besoin, voilà. Après ce que je disais, on pourrait vivre sans, euh cela dit le jour où on mutualise euh, enfin si vraiment on mutualise tous les services comme ça sur une seule application et euh… accéder à tous les trucs sur internet de santé qui soient sécurisés ce sera quand même un gros pas en avant mais c'est une aide qui est ponctuelle. Mais voilà, il y en a qui ne ressentent pas le besoin, après euh… c'est très compliqué de leur prouver par A + B qu'en fait ça fait gagner du temps. Alors que c'est le cas. Pour communiquer avec une infirmière c'est de toute façon plus rapide d'envoyer un message sur l'application que de chercher à la joindre, soit qu'elle rappelle soit passer 2 minutes à expliquer machin. Au moins c'est écrit. C'est quand même plus simple. Mais euh c'est toujours pareil, c'est difficile euh (hésitation) de convaincre les gens.

**Quentin :** Là vous disiez communiquer avec l'infirmière mais est-ce qu'il y a d'autres interlocuteurs avec qui vous interagissez par la plateforme ?

**Médecin interrogé :** Dans la vie quotidienne c'est plus les infirmières. Euh (hésitation), après oui, non, après tout ce qui est intervenants médico-sociaux, la MAIA, tout ça… Ouais MAIA notamment et euh (hésitation). Plus récemment c'est vrai que c'est un peu regrettable que les CMP n'y soient pas parce que ça pourrait être utile. Et après du coup les SSIAD. Ouais les

SSIAD marchent avec ça et les équipes spécialisées Alzheimer aussi. Moi c'est à peu près tous ceux avec qui voilà… Après il y a le secrétariat de l'hôpital qui envoie des messages mais c'est plus informatif, ça n'implique pas forcément de réponse ou d'échange. Mais ouais c'est vrai pour l'infirmière c'est ce que je disais, enfin je trouve, enfin moi j'ai l'impression, parce que c'est vraiment les, que ça les euh… rassure d'avoir un truc sur lequel c'est écrit et voilà alors je prends un exemple bête mais les posologies d'AVK les choses comme ça, au moins c'est écrit, ça limite le nombre d'erreurs, ça les déstresse un peu sur ce qu'elles peuvent faire. Et donc c'est vrai que même sur les dosages d'insuline ou de choses comme ça, ça les rassure. Moi ça me dérange pas et c'est plus facile que de passer un coup de fil… et plus sécurisé.

**Quentin :** Du coup on a déjà dit pas mal de choses sur la plateforme, est-ce que là il y a quelque chose qui vous vient en tête et qu'on n'a pas évoqué durant l'entretien et dont vous aimeriez parler ?

**Médecin interrogé :** (Silence). Non je pense qu'on a fait le tour. C'est vrai que l'histoire de mutualiser les infos, parce qu'elles sont toutes au même niveau en fait, ça ce serait intéressant. Euh (hésitation), après alors de manière un peu cynique finalement, que les autres médecins ne s'en servent pas, moi ça ne me change rien. Alors éventuellement peut-être qu'à moyen terme si les médecins ne s'en servent pas, beh on mettra plus d'argent dedans et ça ne marchera plus bon... Même si le but c'est d'évidemment de développer le truc.

Euh, j'aurais tendance à dire que, euh je connais ici les médecins qui l'ont et qui ne s'en servent pas. Euh y a pas beaucoup de pique de rappel de euh (hésitation)… ou de promotion du truc pour essayer de convaincre sachant que c'est compliqué de convaincre les médecins. Donc je comprends que ce soit…. Mais euh c'est peut-être, enfin j'ai l'impression qu'il y a 2 groupes quoi. Il y a des médecins qui s'en servent et des médecins qui ne s'en servent pas.

Après non, encore une fois dans l'absolu ça fonctionne pas mal et voilà. Après oui il y a parfois des idées qui sortent. Bon c'est vrai que mettre l'ordonnance dessus etc. c'est plus (hésitation) enfin à mon sens, du gadget qu'autre chose enfin voilà. Mais bon ça part d'un bon sentiment mais faut pas que ce soit un truc obligatoire. Intégrer les pharmaciens là-dedans, bon c'est pareil je ne suis pas sûr que ce soit l'essentiel. Non je n'ai pas grand-chose à dire

mais c’est vrai que ce n’est pas quelque chose dont on se sert, pas forcément tous les jours. Quand on en a besoin oui c’est utile. Je dirais ça.

**Quentin :** D’accord. Encore merci d’avoir participé à cet entretien.

**Contexte :** La loi de modernisation de notre système de santé de 2016 suggère de renforcer les outils de coordination pour les parcours complexes en proposant la mise en place de Plateformes Territoriales d'Appui (PTA). L'objectif était de proposer un appui plus lisible et cohérent pour la gestion des cas complexes et simplifier ainsi le paysage de la coordination d'appui. Dans les Landes, une PTA dénommée Santé Landes est fonctionnelle depuis 2014.

**Objectif :** Recueillir le ressenti des médecins généralistes landais utilisant la PTA Santé Landes.

**Méthode :** Étude qualitative par entretiens semi-dirigés de médecins généralistes libéraux landais utilisant la PTA Santé Landes. Après saturation théorique des données, une analyse du verbatim intégralement retranscrit a fait émerger des catégories signifiantes.

**Résultats :** 13 entretiens ont été réalisés. Les médecins interrogés ont évoqué une utilisation ponctuelle de Santé Landes face à des difficultés éprouvées dans la prise en charge de situations complexes. Le recours à Santé Landes leur permettait, grâce à l'appui du personnel de la PTA, de débloquer des situations complexes en leur facilitant notamment la prise en charge sociale. La connexion et la communication des différents intervenants auprès d'un patient se retrouvait facilitée par l'outil PAACO/Globule. Certains utilisateurs ont fait part de l'excès d'informations pouvant résulter de la communication via PAACO/Globule et ont regretté l'absence d'articulation de cet outil avec leur logiciel métier.

**Conclusion :** Santé Landes a levé beaucoup de difficultés rencontrées par les médecins généralistes landais face à des situations complexes notamment en ce qui concerne la prise en charge sociale des patients. PAACO/Globule est une interface intéressante pour développer la communication et favoriser un travail d'équipe coordonné bien que cela reste dépendant de la volonté de chacun des intervenants de prendre part à cette démarche.

**Background :** The 2016 law to modernize our health system suggests strengthening the coordination tools for complex pathways by proposing the establishment of Territorial Support Platforms (TSA). The aim was to provide more readable and coherent support for the management of complex cases and thus simplify the support coordination landscape. In the Landes, a TSA called Santé Landes has been operational since 2014

**Goal :** Collect the opinions of general practitioners in Landes using the Landes Health TSA.

**Méthod :** Qualitative study by half-directed interviews with liberal general practitioners (GPs) in the Landes using the Landes Health TSA. After the theoretical saturation of the data, an analysis of the fully transcribed verbatim revealed significant categories.

**Results :** 13 interviews were conducted. The GPs questioned spoke of the occasional use of Santé Landes in the face of difficulties experienced in dealing with complex situations. Using Santé Landes enabled them to resolve complex situations by facilitating social care thanks to the support of TSA staff. The connection and communication of the various professionals with a patient was facilitated by the PAACO / Globule application. Some users have expressed the excess of information that can result from communication via PAACO / Globule and have regretted the lack of articulation of this application with their professional software.

**Conclusion :** Santé Landes has removed many of the difficulties encountered by GPs in Landes faced with complex situations, particularly with regard to the social care of patients. PAACO/Globule is an interesting interface for developing communication and promoting coordinated teamwork, although this depends on the wish of each of the professionals to take part in this process.