



HAL
open science

Perception des professionnels de santé et du social concernant l'utilisation de la plateforme PAACO pour la communication entre ville et hôpital : Étude qualitative sur le territoire Haut Béarn et Soule

Juline Agnelli, Kévin Lavigne

► To cite this version:

Juline Agnelli, Kévin Lavigne. Perception des professionnels de santé et du social concernant l'utilisation de la plateforme PAACO pour la communication entre ville et hôpital : Étude qualitative sur le territoire Haut Béarn et Soule. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03222563

HAL Id: dumas-03222563

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03222563>

Submitted on 10 May 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.



U.F.R DES SCIENCES MÉDICALES

Thèse pour l'obtention du

DIPLÔME D'ÉTAT EN MÉDECINE

ANNÉE 2021

THÈSE N° 26A

Présentée et soutenue publiquement le 22 avril 2021 par

Kévin LAVIGNE

Né le 22/07/1993 à Rodez

Et

Juline AGNELLI

Née le 29/11/1991 à Annecy

**Perception des professionnels de santé et du social concernant l'utilisation
de la plateforme PAACO pour la communication entre ville et hôpital :**

Etude qualitative sur le territoire Haut Béarn et Soule.

Sous la direction du Dr Didier MARION et la codirection du Dr Isabelle ARGACHA

Jury :

Professeur Jean-Philippe JOSEPH
Professeur Laurent MAGOT
Docteur Valérie REVEL
Docteur Christophe JOUHET

Président
Rapporteur et juge
Juge
Juge

Remerciements

A Monsieur le Professeur Jean-Philippe JOSEPH, président du jury,

Professeur de Médecine Générale, Directeur du Département de Médecine Générale, médecin généraliste à Bordeaux.

Vous nous faites l'honneur de présider le jury de cette thèse, nous vous en remercions. Nous tenons à vous témoigner notre respect et notre gratitude.

A Monsieur le Professeur Laurent MAGOT, rapporteur et membre du jury,

Professeur de Médecine Générale, médecin généraliste à Lons.

Nous tenons à vous adresser un grand merci pour votre aide tout au long de cette thèse, mais aussi pour nous avoir guidé lors des enseignements tout au long de notre internat. Nous vous remercions d'avoir accepté de juger notre travail et nous vous prions de croire en notre gratitude et notre profond respect.

A Madame le Docteur Valérie REVEL, membre du jury,

Praticienne hospitalière dans l'unité post-urgences gériatriques du CH de Pau.

Merci d'avoir accepté de siéger à notre jury de thèse. Nous vous prions de croire en notre sincère reconnaissance et notre profond respect.

A Monsieur le Docteur Christophe JOUHET, membre du jury,

Maitre de Conférences Associé, médecin généraliste à Coarraze.

Vous nous faites l'honneur d'avoir accepté d'intégrer notre jury de thèse. Soyez assuré de notre profond respect et de notre reconnaissance.

A Monsieur le Docteur Didier MARION, directeur de thèse,

Maitre de stage en Médecine Générale à l'université de Bordeaux, médecin généraliste à Oloron Sainte Marie.

Nous te remercions d'avoir accepté de co-diriger notre thèse et de nous avoir soutenu et conseillé tout au long de ce travail. De tout cœur, nous t'adressons notre reconnaissance et notre gratitude.

A Madame le Docteur Isabelle ARGACHA, co-directrice de thèse,

Praticienne hospitalière dans le service de gériatrie du CH d'Oloron Sainte Marie.

Un très grand merci à toi pour avoir participé à notre travail de thèse en tant que co-directrice. Nous te remercions pour ton aide et ton investissement. Sois assurée de notre reconnaissance et notre gratitude.

A tous les participants de cette étude,

Merci de nous avoir apporté votre aide pour ce travail et d'avoir consacré de votre temps pour répondre à nos questions. Nous espérons avoir retranscrits au mieux vos idées et votre expérience.

Remerciements de Kévin LAVIGNE

A Juline,

Tu m'as accueilli dans ton projet. Tu as su nous guider tout au long de ces mois de travail. Ton calme, ton sérieux et ta gentillesse ont fait de toi une co-thésarde idéale. Pour tout cela, un grand merci.

A mes parents,

Merci pour le soutien et l'amour que vous me portez depuis toujours. Vous êtes pour moi les piliers sur lesquels je me suis construit, et je sais tout ce que je vous dois. Je vous aime.

A mes grands-parents,

Mes plus grands modèles, merci d'être ces quatre formidable personnes. Je vous aime tant.

A Matthieu,

Mon grand frère, mon protecteur, mon ami, mon compagnon de soirées. Merci pour tous ces si bons moments que nous avons partagés ensemble. Je suis fier de te voir construire maintenant une belle famille avec Géraldine et Marius.

A toute ma famille,

Merci infiniment pour tout votre amour. Merci de m'avoir accompagné toutes ces années.

A Pauline,

Merci d'être rentrée dans ma vie. Merci d'être cette si belle personne. Merci de me soutenir à chaque instant. Merci de me rendre heureux. Je t'aime.

A mes amis Aveyronnais,

Merci pour tous les beaux moments que l'on a partagés. Rentrer au pays et vous revoir est toujours un véritable bonheur.

A mes amies Alicia, Alix, Caroline et Solène,

Mes camarades carabines. Même si nous sommes aujourd'hui éloignés, sachez que toutes ces années passées ensemble gardent une place privilégiée dans mon cœur. Je vous souhaite de belles et épanouissantes carrières !

A mes amis de la Team Paloise,

Tant de belles rencontres. Vous avez rendus ces années d'internat folles et enrichissantes. Je veux vous garder près de moi le plus longtemps possible. Merci pour tout.

A mes amis Jean, Louis et Pierre-Marie,

Mes boys, mes frères. Merci pour cette incroyable aventure Agenaise que nous avons vécue. Merci d'être si drôles et si bienveillants à la fois. Ce n'est que le début d'une belle amitié.

A mes amis Florent, Guillaume et Lucas,

Belle bande de trublions! Merci d'avoir toujours été là. Merci de m'avoir fait sortir du cadre de la médecine. Merci de me faire autant rire.

A tous les médecins qui m'ont accueillie auprès d'eux,

Merci de m'avoir transmis vos valeurs et vos connaissances. Je veillerai à en faire le meilleur usage.

Remerciements de Juline AGNELLI

A Kévin,

Je suis ravie d'avoir pu mener ce travail à terme avec toi, je garde un très bon souvenir de notre équipe. Je te souhaite de continuer à t'épanouir dans ce beau métier et d'avoir beaucoup de bonheur dans ta vie personnelle.

A mes maitres de stage,

Merci de m'avoir confortée dans mon choix de faire de la médecine générale, de m'avoir montré toutes les facettes que ce métier pouvait avoir et de m'avoir guidée pour façonner ma pratique de la médecine.

A mes colocs de Pau,

Méryl et Laure, je n'oublierai jamais mes toutes premières colocs, le tremplin de début d'internat que vous avez été, le soutien que vous avez pu m'amener et les bons moments passés.

A mes colocs d'Oloron,

Cilou, Julie, Pitou, Alex, Rémi, Marie, Max, que de bons souvenirs, de bons gueuletons, de belles soirées passées ensemble. Je ne vous remercierai jamais assez de m'avoir menée jusqu'au Rodéo.

A Caroline,

Mon plus grand soutien au cours de cet internat, ma co-interne de toujours et mon amie présente pour le pire et le meilleur.

Aux dijonnais,

Toujours là après toutes ces années, chacun aux quatre coins de la France. Que nos week-ends de retrouvailles ne s'arrêtent jamais.

A Momo,

Ma gueuse préférée. Surtout ne change rien. Avec toi chaque moment est incroyable.

A ma famille,

Merci à tous pour votre soutien au cours de ces longues années, merci d'avoir cru en moi et de m'avoir donné le courage d'arriver jusqu'au bout.

A mes parents,

Je sais que je vous dois tout. Vous avez été présents pour moi depuis toujours, et bien plus encore au cours de ces années pas toujours faciles. Je n'aurais pas pu rêver meilleurs parents. Je vous aime.

A Pierre,

Mon âme sœur, ma plus belle rencontre, aussi improbable soit-elle. Merci de m'avoir soutenue et aidée à tourner enfin cette page. A nos beaux projets, qu'ils nous apportent beaucoup de bonheur.

SOMMAIRE

| | |
|--|-----------|
| Liste des abréviations | 13 |
| Préambule | 15 |
| 1. <u>INTRODUCTION</u> | 16 |
| 1.1. <u>Contexte</u> | 16 |
| 1.2. <u>Le développement de la santé numérique</u> | 16 |
| 1.2.1. <u>Qu'est-ce que l'e-santé ?</u> | 16 |
| 1.2.1.1. Programme Territoire de Soins Numériques | 18 |
| 1.2.1.2. Santé Landes | 18 |
| 1.2.1.3. L'outil de communication PAACO/Globule | 20 |
| 1.2.2. <u>Etat des lieux du déploiement de PAACO/Globule</u> | 23 |
| 1.2.2.1. Déploiement en Nouvelle-Aquitaine | 23 |
| 1.2.2.2. Déploiement dans les hôpitaux de Nouvelle-Aquitaine | 24 |
| 1.2.2.3. Déploiement sur le territoire Haut-Béarn et Soule | 24 |
| 1.2.2.4. Déploiement au centre hospitalier d'Oloron Sainte Marie | 25 |
| 1.3. <u>Problématique</u> | 25 |
| 2. <u>METHODE</u> | 27 |
| 2.1. <u>Type d'étude</u> | 27 |
| 2.2. <u>Population étudiée</u> | 27 |
| 2.3. <u>Guide d'entretien</u> | 28 |
| 2.4. <u>Recueil des données</u> | 28 |
| 2.5. <u>Analyse des données</u> | 29 |
| 3. <u>RESULTATS</u> | 30 |
| 3.1. <u>Description de la population</u> | 30 |
| 3.1.1. <u>Recrutement</u> | 30 |

| | | |
|-------------|--|-----------|
| 3.1.2. | <u>Caractéristiques des participants</u> | 30 |
| 3.2. | <u>Données recueillies lors des entretiens semi-dirigés</u> | 32 |
| 3.2.1. | <u>Arrivée d'un nouvel outil de communication</u> | 32 |
| 3.2.1.1. | Leviers au déploiement d'un nouvel outil | 32 |
| 3.2.1.2. | Déploiement progressif sur le territoire | 32 |
| 3.2.1.3. | Freins au déploiement d'un nouvel outil | 33 |
| 3.2.2. | <u>Intégration d'un nouvel outil de communication à sa pratique</u> | 34 |
| 3.2.2.1. | Bonne intégration de l'outil | 34 |
| 3.2.2.2. | Accords sur l'utilisation entre ville et hôpital | 34 |
| 3.2.2.3. | Difficultés d'intégration de l'outil | 35 |
| 3.2.3. | <u>Apprentissage à l'utilisation de PAACO</u> | 37 |
| 3.2.3.1. | Formation à PAACO | 37 |
| 3.2.3.2. | Accompagnement des utilisateurs | 38 |
| 3.2.3.3. | Défauts d'apprentissage | 39 |
| 3.2.4. | <u>Accessibilité au logiciel pour les professionnels de santé et du social</u> | 40 |
| 3.2.4.1. | Accès au logiciel en tout lieu | 40 |
| 3.2.4.2. | Choix du moment d'utilisation | 41 |
| 3.2.4.3. | Déléguer un suivi | 42 |
| 3.2.5. | <u>Communiquer avec la messagerie de PAACO</u> | 43 |
| 3.2.5.1. | Amélioration des prises en charge à plusieurs | 43 |
| 3.2.5.2. | Incertitude de la bonne réception des messages | 44 |
| 3.2.5.3. | Nombre d'utilisateurs actifs restreint | 45 |
| 3.2.5.4. | Importance du téléphone dans les situations complexes | 46 |
| 3.2.6. | <u>Organisation d'un dossier patient</u> | 47 |
| 3.2.6.1. | Partage des informations concernant un patient | 47 |
| 3.2.6.2. | Accès partiel aux informations | 48 |
| 3.2.6.3. | Surcharge d'informations | 48 |
| 3.2.7. | <u>Droits du patient et confidentialité des données médicales</u> | 49 |
| 3.2.7.1. | Confidentialité des données | 49 |
| 3.2.7.2. | Droits du patient | 50 |

| | | |
|-------------|--|-----------|
| 3.2.7.3. | Consentement du patient | 51 |
| 3.2.8. | <u>Utilisation de PAACO à l'hôpital</u> | 52 |
| 3.2.8.1. | Déploiement de PAACO sur l'hôpital | 52 |
| 3.2.8.2. | Communication de l'hôpital vers l'extérieur | 53 |
| 3.2.9. | <u>Utilisation de PAACO en ville pour communiquer avec l'hôpital</u> | 55 |
| 3.2.9.1. | Déploiement de PAACO sur la ville | 55 |
| 3.2.9.2. | Communication de la ville vers l'hôpital | 56 |
| 3.2.10. | <u>Perception du potentiel de PAACO</u> | 57 |
| 3.2.10.1. | Attente d'autres bénéfiques | 57 |
| 3.2.10.2. | Bénéfices insuffisants | 58 |
| 3.2.10.3. | Logiciel prometteur | 59 |
| 3.3. | <u>Schéma conceptuel</u> | 60 |
| 4. | <u>DISCUSSION</u> | 62 |
| 4.1. | <u>Discussion des forces, des limites et des biais de l'étude</u> | 62 |
| 4.2. | <u>Discussion de la méthode</u> | 63 |
| 4.2.1. | <u>Choix du type d'étude</u> | 63 |
| 4.2.2. | <u>Discussion de l'échantillon</u> | 63 |
| 4.2.3. | <u>Discussion des entretiens</u> | 64 |
| 4.2.4. | <u>Discussion du codage</u> | 66 |
| 4.3. | <u>Discussion des résultats</u> | 66 |
| 4.3.1. | <u>L'admission d'un patient dans un service de l'hôpital</u> | 67 |
| 4.3.2. | <u>La sortie d'hospitalisation du patient</u> | 72 |
| 4.3.3. | <u>PAACO mieux adapté aux professionnels de la ville</u> | 76 |
| 4.3.4. | <u>La situation de PAACO parmi les outils numériques</u> | 77 |
| 4.3.5. | <u>Des interrogations concernant les droits et les devoirs envers le patient</u> | 79 |
| 4.3.6. | <u>La limite de l'outil numérique</u> | 81 |
| 4.3.7. | <u>Synthèse des propositions d'évolution</u> | 81 |
| 4.3.8. | <u>PAACO dans l'avenir</u> | 82 |
| 5. | <u>CONCLUSION</u> | 83 |

Annexes :

| | |
|--|------------|
| Bibliographie | 84 |
| Mail envoyé aux professionnels de santé | 89 |
| Guide d'entretien | 90 |
| Retranscription de l'entretien 3 | 94 |
| Serment médical | 103 |
| Résumé | 104 |

Liste des abréviations

| | |
|-------|--|
| AGGIR | Autonomie Gérontologique Groupes Iso-Ressources |
| APA | Allocation Personnalisée d'Autonomie |
| ARS | Agence Régionale de Santé |
| CGI | Commissariat Général de l'Investissement |
| CH | Centre Hospitalier |
| CHU | Centre Hospitalier Universitaire |
| CME | Commission Médicale d'Etablissement |
| CNIL | Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés |
| CNOM | Conseil National de l'Ordre des Médecins |
| DGOS | Direction Générale de l'Offre de Soins |
| DMP | Dossier Médical Partagé |
| DPI | Dot Per Inch (PPP : Point Par Pouce) |
| DUCD | Dossier Unique de Coordination à Domicile |
| EHPAD | Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes |
| ELEA | Plateforme E-LEarning |
| EMASP | Equipe Mobile d'Accompagnement et de Soins Palliatifs |
| EMOG | Equipe MObile Gériatrique |
| ESA | Equipe Spécialisée Alzheimer |
| ESAT | Etablissement et Service d'Aide par le Travail |
| ESEA | E-Santé En Action |
| HAD | Hospitalisation A Domicile |
| HIT | Health Information Technology |

| | |
|---------|--|
| INR | International Normalized Ratio |
| MAIA | Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie |
| NdR | Note du Rédacteur |
| PAACO | Plateforme Aquitaine d'Aide à la COmmunication |
| PIA | Programme d'Investissement d'Avenir |
| PPS | Plan Personnalisé de Santé |
| PREPS | Programme de Recherche sur la Performance du Système de Soins |
| PSI | Plan de Service Individualisé |
| PTA | Plateforme Territoriale d'Appui |
| QR code | Quick Response code |
| QSR | Qualitative Research Software |
| SSAD | Services de Soins À Domicile |
| TIC | Technologies de l'Information et de la Communication |
| TSN | Territoire de Soins Numérique |
| X LENS | Landes Espace Numérique de Santé |

Préambule

Cette thèse a été réalisée en binôme.

C'est tout d'abord Juline AGNELLI qui a débuté seule le travail de thèse, après avoir demandé à ses maîtres de stages précédents, Docteurs Isabelle ARGACHA (chef de service des urgences du CH d'Oloron) et Didier MARION (médecin généraliste à Oloron) de diriger cette étude. La communication ville-hôpital étant un des sujets de travail en commun entre les deux directeurs de thèse, il est apparu intéressant de poursuivre dans cette voie. C'est après une première étape de bibliographie que l'objet s'est fixé plus précisément sur PAACO/Globule, sujet d'actualité sur le territoire.

Les recherches bibliographiques ont été poursuivies, puis lors de la réalisation d'une première ébauche de la fiche de thèse, Juline a été confrontée à un problème de validité de l'étude. Le sujet de thèse amenant à la réalisation d'une étude de type qualitatif, il a été fortement conseillé par le Docteur MAGOT de trouver un collaborateur pour poursuivre ce travail de thèse afin d'améliorer la validité de l'étude en réalisant un travail avec un double point de vue et ainsi éviter une interprétation subjective des résultats.

Après suggestion de la part du Dr ARGACHA, Juline a proposé à Kévin LAVIGNE de la rejoindre dans ce travail de thèse. En effet, ce choix paraissait intéressant étant donné que ce dernier était en stage au CH d'Oloron Sainte Marie et qu'il venait de terminer un stage ambulatoire chez le praticien dans le Haut Béarn. Celui-ci ayant accepté, la poursuite du travail s'est donc faite à deux, avec, pour commencer, la rédaction d'une nouvelle fiche de projet de thèse.

Par la suite, la réalisation et la retranscription des entretiens ont été réparties de manière égale. L'évaluation du recueil des données et l'analyse des résultats ont été faites en commun à chaque étape de l'étude. Le travail de rédaction a été réparti de manière égale, en tenant compte des étapes effectuées par chacun. Juline a donc rédigé l'introduction, puis Kévin la partie méthode, Juline les résultats et Kévin la discussion, avec bien sûr concertations fréquentes tout au long de ce travail, principalement par téléphone et communication vidéo.

1. INTRODUCTION

1.1. Contexte

A l'heure de l'e-santé, se développent de nouveaux outils communicants dédiés aux professionnels de santé. Dans le cadre du programme Territoire de Soins Numérique (TSN), l'Agence Régionale de Santé Nouvelle Aquitaine (ARS) supporte depuis 2014 le déploiement de la plateforme de communication Plateforme Aquitaine d'Aide à la Communication (PAACO), qui utilise l'application Globule, à travers plusieurs projets au sein de son territoire, notamment au CH de Mont de Marsan (1-4).

Jusqu'à présent, deux thèses ont été faites sur PAACO dans la région Nouvelle-Aquitaine, l'une concernait plus particulièrement son utilisation pour les soins palliatifs et l'autre traitait de son utilisation en télémédecine pour la prise en charge des plaies par une équipe spécialisée du CH d'Orthez (5-6).

De nombreuses thèses ont déjà été réalisées sur le territoire national, dans le but d'étudier la communication entre les professionnels de santé du domicile et ceux de l'hôpital. Interrogeant le plus souvent des médecins généralistes, elles ont mis en évidence un manque ou un retard de communication, principalement de l'hôpital vers la ville.

Certaines thèses ont aussi soulevé l'absence de dispositif permettant un partage d'informations à la fois rapide, pratique et sécurisé (7-10).

L'information et la communication sont des actes fondamentaux dans le quotidien des professionnels de santé. Il apparaît essentiel de promouvoir leur bonne réalisation dans le but de rechercher une optimisation de la qualité de soin et de la prise en charge des patients et, cela à l'échelle d'un cabinet libéral, d'un établissement de santé, d'une ville, d'un territoire de santé.

1.2. Le développement de la santé numérique en France

1.2.1. Qu'est-ce que l'e-santé ?

La e-santé ou santé numérique fait référence aux domaines de la santé qui font intervenir les Technologies de l'Information et de la Communication (TIC). Elle fait appel à Internet, aux applications pour mobiles et aux objets connectés (11).

La e-santé a connu ses premières heures dans les années 70 suite au début de l'informatisation et s'est ensuite développée de manière exponentielle pour recouvrir différentes formes.

Il s'agit :

- Des systèmes d'information en santé, qui permettent une meilleure coordination et traçabilité des soins au sein d'un établissement de santé ou d'un territoire de soins ;
- De la télémédecine qui permet d'offrir des actes médicaux à distance et qui regroupe : la téléconsultation, la téléexpertise, la télésurveillance, la téléassistance et la régulation médicale du 15 ;
- De la télésanté et de la m-santé (m- pour mobile) qui à travers des objets connectés, applications mobiles ou des pages web proposent des services de suivi et de prévention des individus dans un objectif principal de bien-être (12).

Aujourd'hui, l'organisation des systèmes de santé est essentiellement basée sur le développement de la santé numérique et des outils qu'elle propose, pour améliorer la qualité des soins, le coût de la santé, la coordination et la communication des professionnels entre eux (13).

En Nouvelle-Aquitaine, le développement de l'e-santé se fait essentiellement par le Groupement d'Intérêt Public e-santé en action (ESEA), créé en 2017 par la fusion des trois Groupements de Coopération Sanitaire e-santé des anciennes régions Aquitaine, Limousin et Poitou-Charentes (14).

Leurs principaux services sont :

- PAACO-Globule : outil de communication et de coordination interprofessionnelle ;
- Messagerie Sécurisée de Santé - Promess : messagerie permettant échanges et transferts d'informations patients de façon sécurisée ;
- Imagerie médicale partagée Nouvelle-Aquitaine - Krypton : service d'échanges et partages de comptes-rendus d'examens ;
- Service d'orientation des patients Nouvelle-Aquitaine, qui met à disposition :
 - Répertoire Opérationnel de Ressources : service permettant l'accès à un répertoire complet de l'offre de santé du territoire ;
 - Via-Trajectoire : service d'orientation des patients Nouvelle-Aquitaine en secteur sanitaire et médico-social.

Ils ont aussi deux projets en cours :

- Serveur de rapprochement régional des identités : outil au service de l'identitovigilance ;
- Plateforme e-learning ELEA : plateforme d'apprentissage en ligne sur les sujets e-santé.

1.2.1.1. Programme Territoire de Soins Numérique

La loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé prévoyait la mise en place de Plateformes Territoriales d'Appui (PTA) avec pour objectif de « mettre en place un parcours organisé » destiné à la prise en charge de cas complexes.

Le programme Territoire de Soins Numérique a été créé quelques années plus tôt, pour faire émerger des modèles visant à répondre à cette nouvelle organisation en utilisant des services numériques avec pour objectif d'améliorer et de moderniser le système de soins. Piloté au niveau national par la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS), il bénéficiait de 80 millions d'euros financés par le Commissariat Général de l'Investissement (CGI) dans le cadre du Programme d'Investissement d'Avenir (PIA) pour développer et mettre en place des systèmes innovants ayant pour but de coordonner les parcours patients. Un appel à projet a été lancé, celui-ci a permis de sélectionner 5 projets (sur 18 proposés) pour être territoire pilote, et tester sur la période de 2014 à 2017 l'efficacité de leur modèle. Parmi eux se trouve le projet XL ENS, piloté par l'Agence Régionale de Santé Nouvelle-Aquitaine (15).

Ces projets ont été évalués dans le cadre du Programme de Recherche sur la Performance du Système des soins (PREPS). L'objectif était de pouvoir étendre sur de plus grands territoires les propositions ayant montré leur efficacité (16).

1.2.1.2. Santé Landes

Piloté par l'ARS Nouvelle-Aquitaine, le projet XL ENS a été développé dans le cadre du programme Territoire de Soins Numérique. Il a permis de faire voir le jour à un modèle innovant de PTA : le dispositif « Santé Landes ». Celui-ci propose de nouveaux services d'appui aux professionnels du sanitaire, médico-social et social, pour faciliter la coordination des prises en charge des patients, en gardant comme pivot le médecin traitant. Ce dispositif est

principalement dédié à la prise en charge des patients atteints de pathologies chroniques ou pour la coordination de situations complexes, pour permettre de maintenir et d'améliorer la vie au domicile ainsi que la prise en charge médico-sociale. Cette coordination reste sous la responsabilité du médecin traitant, qui bénéficie d'un appui grâce au dispositif « Santé Landes ».

Cette plateforme est soutenue par une équipe pluridisciplinaire composée de médecins, infirmières, assistantes sociales, conseillères en économie sociale et familiale. Elle informe et oriente les professionnels ainsi que les patients, et assure suivi et coordination des situations complexes.

Elle a pour objet de favoriser la communication entre les professionnels de santé grâce aux outils numériques.

Elle a pour objectif de permettre aux médecins généralistes de déléguer la surveillance de situations fragiles, l'organisation des hospitalisations et des retours à domicile, ainsi que la planification des rendez-vous médicaux.

Elle doit améliorer et sécuriser le suivi des patients à domicile grâce au soutien, au suivi et à la coordination des intervenants à domicile notamment sur les prises en charge au long cours (ex-maladies chroniques).

Elle apporte une orientation dans l'offre des services aux patients, aux aidants et aux professionnels en proposant un appui dans les démarches administratives, la mise en place de dispositifs d'aide, de prévention, de soins, ou encore d'accompagnement des aidants (17).

Ce service est gratuit et accessible via un numéro d'appel unique au niveau du territoire.

Différents projets allant vers ces objectifs communicants sont aussi en train de se mettre en place, comme :

- La sécurisation du circuit du médicament : pour prévenir la iatrogénie et améliorer l'observance avec les médecins traitants, infirmiers et pharmaciens ;
- Le suivi des plaies complexes : grâce à la mise en place d'un réseau d'experts ;
- Le suivi des patients sous chimiothérapies orales avec les pharmaciens de ville : permettre une continuité de la prise en charge impliquant professionnels de ville et de l'hôpital, et renforcer le déploiement d'outils web renforçant l'éducation thérapeutique ;

- L'accès facilité à des avis spécialisés : avec l'équipe « Santé Landes » ;
- Le dépistage et le suivi des maladies chroniques telles que le diabète, l'asthme, la bronchopneumopathie chronique obstructive ou encore la polyarthrite rhumatoïde avec le projet Ange Gardien, qui met en lien médecins libéraux de premiers recours d'un territoire et médecins experts du CHU de Bordeaux (18).

L'outil de coordination choisi pour ce projet se nomme PAACO : Plateforme Aquitaine d'Aide à la Communication. Son déploiement sur tout le territoire a pour objectif de fluidifier et de sécuriser le partage d'informations, de faciliter la coordination entre professionnels de santé, de planifier et suivre les actions autour du patient.

1.2.1.3. L'outil de communication PAACO/Globule

L'outil numérique choisi pour le projet « Santé Landes » se nomme Globule. Il s'agit d'un logiciel collaboratif et communicant créée par la société Ki-Lab née en 2006 à Pessac. Cette dernière a lancé la conception des premières fonctions de l'application web de Globule en 2007, puis a débuté le développement sur iPhone en 2009. C'est peu de temps après que Globule a été présenté au salon HiT à Paris (salon numéro un en France pour les TIC, les systèmes d'information et la e-santé). C'est en 2010 que le logiciel connaît ses premiers utilisateurs qui sont des réseaux de santé, des foyers, des ESAT etc. En 2011 l'application est lancée sur iPhone et iPad. Et c'est en 2012 que Globule devient PAACO avec Télésanté Aquitaine, et que des libéraux commencent à l'utiliser. Par la suite, Globule continue d'être développé et déployé. En 2015 l'application est lancée sur Android. Il dépasse par la suite les frontières de l'Aquitaine pour être utilisé en Alsace dès 2016 puis en Corse, en Bretagne et en Bourgogne-Franche-Comté depuis 2018 (19).



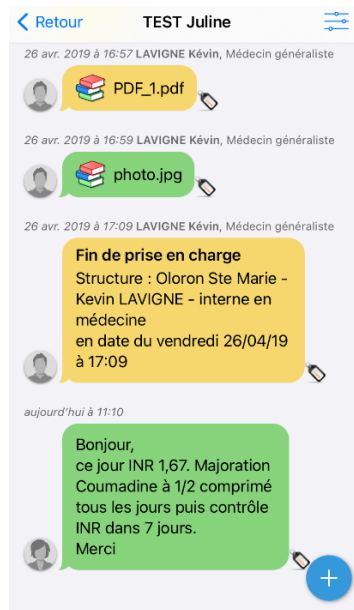
Il est destiné à différents utilisateurs : l'ensemble des professionnels d'un même site, les directeurs d'association ou d'établissement, les professionnels libéraux (médecins, infirmières, kinésithérapeutes, ergothérapeutes), et les intervenants au domicile (HAD, services à domicile, coordinateurs des réseaux).

Il peut être utilisé en ligne sur internet, aussi bien sur ordinateur, que sur mobile ou tablette à travers l'application dédiée. Il peut être utilisé partout, même chez les patients. À noter qu'il existe un mode déconnecté permettant son utilisation même dans les zones isolées sans réseau, mais uniquement sur Android à ce jour.

Les différentes fonctionnalités de PAACO/Globule permettent de :

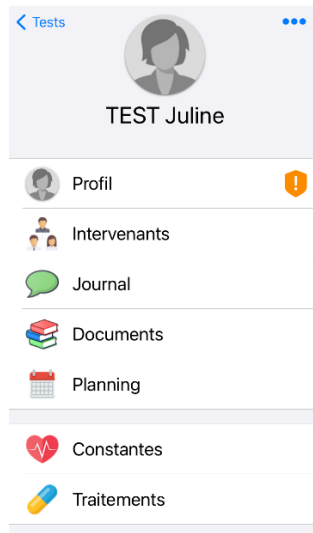
- Suivre, coordonner et planifier la prise en charge des parcours de santé ;
- Partager un dossier patient regroupant les principales informations nécessaires à la coordination avec les professionnels du territoire ;
- Communiquer de façon sécurisée au sujet d'un patient à l'aide de messages écrits ou vocaux, de photos et de documents ;
- Saisir et organiser des fiches métiers : bilans pluridisciplinaires, comptes-rendus de réunions, bilans neuropsychologiques, grille AGGIR, comptes-rendus d'hospitalisation, résultats d'examens complémentaires...
- Saisir un Plan Personnalisé de Santé (PPS) et un Plan de Service Individualisé (PSI) ;
- Notifier des alertes et des tâches aux membres de l'équipe des intervenants ;
- Suivre le traitement médicamenteux d'un patient et d'éditer son bilan médicamenteux ;
- Réaliser des actes de téléexpertise ;
- Suivre et organiser l'activité d'une structure de coordination ;
- Permettre une interopérabilité entre les interfaces de travail et le logiciel DPI métier « M-Crossway » (janvier 2017) (20).

Cet outil de communication est essentiellement connu et utilisé pour son tchat, mais il comprend bien d'autres fonctions.



A l'ouverture d'un dossier patient, nous pouvons accéder à un menu déroulant qui donne accès à différents onglets :

- Profil : rassemble l'identité, l'adresse et les problèmes de santé du patient, ainsi que l'identité et l'adresse de sa famille ou de son entourage ;
- Intervenants : précise les différents intervenants médico-sociaux en charge du patient et précise ceux qui sont inscrits sur PAACO-Globule ;
- Journal : enregistre l'ensemble des notes postées et permet de communiquer à travers la fonction tchat ;
- Documents : collecte des documents ou des photos pour permettre de les retrouver plus facilement ;
- Planning : notifie les rendez-vous prévus ou les actions à mener avec la date correspondante ;
- Constantes : permet de noter les différentes prises de constantes ou les résultats biologiques et de suivre leur évolution ;
- Traitements : informe des traitements pris par le patient et facilite la conciliation médicamenteuse.



PAACO-Globule sera par la suite associé à un Compagnon de Santé Numérique destiné, lui, aux patients, aidants et à l'entourage. Il permettrait de faciliter l'accès aux informations (prévention, suivi, programmation des rendez-vous) et d'aider à mieux vivre avec la maladie. Ceci est en cours d'essai sur un territoire restreint et devrait être déployé complètement dans les années à venir (21).

1.2.2. Etat des lieux du déploiement de PAACO/Globule

1.2.2.1. Déploiement en Nouvelle-Aquitaine

Le déploiement de PAACO/Globule sur le territoire est soutenu par l'ARS Nouvelle-Aquitaine. La progression en termes de nombre d'utilisateurs a été importante au cours de ces dernières années. Sur la région, il y avait 20 371 en décembre 2019, contre 11 360 utilisateurs en décembre 2018.

Cette augmentation est à noter dans toutes les professions de la santé. Sur cette même période, les infirmiers ont multiplié par 1,9 leur nombre d'utilisateurs, les médecins par 1,7, les pharmaciens par 2,1 et les kinésithérapeutes par 1,4. Ces chiffres représentent à la fois les professionnels libéraux et ceux qui exercent dans un établissement de santé.

Il reste tout de même une importante marge de progression car seulement 27,3 % des médecins généralistes de Nouvelle-Aquitaine utilisent PAACO/Globule, 25,4% des infirmiers libéraux, 38 % des pharmaciens d'officine et 9 % des masseurs-kinésithérapeutes (22).

Plus particulièrement dans le département des Pyrénées-Atlantiques (64), le nombre d'utilisateurs est passé de 1 099 en décembre 2018 à 2 012 en décembre 2019 (23).

1.2.2.2. Déploiement dans les hôpitaux de Nouvelle-Aquitaine

L'utilisation de PAACO s'est intégrée au quotidien des professionnels de santé en ville, mais aussi à ceux des hôpitaux.

En 2020, PAACO est utilisé dans des structures hospitalières dans tous les départements de la région, avec une variation en fonction des territoires. On retrouve une forte présence principalement en Gironde, dans les Pyrénées Atlantiques et dans les Landes. On peut aussi noter que la plateforme de communication est utilisée dans deux des trois CHU de la région : Bordeaux et Limoges.

En regardant plus précisément dans le département des Pyrénées Atlantiques, il est déployé dans une quarantaine de services répartis dans une dizaine de structures de santé, aussi bien des centres hospitaliers que des cliniques (24).

1.2.2.3. Déploiement sur le territoire Haut-Béarn et Soule

La plateforme de communication PAACO a commencé à être déployée sur le territoire Haut-Béarn et Soule au cours de l'année 2017. Dès lors, l'activité globale de PAACO-Globule sur le territoire a montré une évolution constante avec notamment un nombre d'utilisateurs qui a plus que doublé en une année, passant de 308 en décembre 2018 à 640 en décembre 2019.

À la fin de l'année 2019, sur le territoire Haut Béarn, on comptait 108 structures de santé (cabinet libéral ou équipe d'établissements) qui s'étaient connectées au moins à un outil numérique en santé, entre PAACO-Globule et la Messagerie Sécurisée. Cela représentait 361 utilisateurs. Parmi les structures utilisatrices étaient recensés, entre autres, 25 cabinets de médecins libéraux, 47 cabinets infirmiers libéraux, 6 cabinets de kinésithérapeutes, 11 EHPADs, un centre hospitalier (le CH d'Oloron Sainte Marie) avec 5 services équipés : les urgences, les assistantes sociales, l'Équipe Mobile Gériatrique (EMOG), l'Équipe Mobile d'Accompagnement et de Soins Palliatifs (EMASP) et la cardiologie.

En ce qui concerne la Soule, à la fin de l'année 2019, on comptait 11 structures de santé qui s'étaient connectées au moins à un outil numérique de santé (PAACO-Globule ou Messagerie Sécurisée). Cela représentait 34 professionnels de santé. Parmi les structures utilisatrices, étaient recensées 3 cabinets de médecins libéraux, 4 cabinets infirmiers libéraux et un EHPAD.

Sur le territoire Haut-Béarn et Soule, l'usage de PAACO-Globule par les professionnels de santé est essentiellement lié à la coordination du territoire avec des échanges d'informations sur le suivi des patients ainsi que comme outil de télémédecine pour les EHPADs (25).

1.2.2.4. Déploiement au centre hospitalier d'Oloron Sainte Marie

Le déploiement de PAACO-Globule au CH d'Oloron Sainte Marie a débuté au cours de l'année 2019. Après présentation de l'outil de communication, certains services ont été sélectionnés pour initier le déploiement. Il s'agit du service des urgences, celui de médecine polyvalente et le service social.

Les professionnels de santé susceptibles de l'utiliser ont été ciblés puis formés lors d'une session de pratique de 2 heures, par petits groupes.

Pour les premiers temps de déploiement, il a été demandé aux utilisateurs de rechercher de façon systématique si les patients hospitalisés étaient inscrits sur PAACO lors de leur entrée, mais de ne pas créer de nouveaux dossiers. Aux urgences, les premiers usages devaient se limiter à notifier sur Globule l'entrée d'un patient aux urgences, puis, soit son retour à domicile soit son orientation vers un service d'hospitalisation.

L'utilisation de PAACO a débuté tout d'abord avec les assistantes sociales qui se sont mises en relations avec les équipes de soins à travers PAACO lorsque cela était nécessaire et que le patient avait déjà un dossier créé. Puis, quelques mois plus tard, le service des urgences a commencé à notifier les entrées et sorties, pour les patients déjà inscrits sur PAACO. L'EMASP a aussi contacté quelques équipes soignantes de la ville à travers PAACO.

Il n'a pas été fixé par avance de date pour faire évoluer l'utilisation. Les mêmes consignes sont toujours en place, pour laisser le temps à chacun d'apprendre à utiliser ce nouvel outil de communication.

1.3. Problématique

Dans le territoire Haut Béarn et Soule, des problèmes de communication existent entre les professionnels de santé et peuvent entraîner une discontinuité dans la prise en charge des patients entre l'hôpital et le domicile.

Depuis 2017 l'application PAACO/Globule se déploie progressivement auprès des professionnels de santé du domicile, mais la barrière avec l'hôpital est restée présente.

En 2018, un travail commun entre l'hôpital et les médecins généralistes a permis de mettre en place plusieurs moyens de coordination sous format papier. Le premier appelé "passeport santé" visait à faciliter les admissions hospitalières en urgence, le second "la check list" avait pour but d'améliorer la transmission d'informations lors de la sortie d'hospitalisation du patient.

Le CH d'Oloron Sainte Marie a par la suite débuté la mise en place de PAACO dans plusieurs de ses services ; projet initié par la CME de l'hôpital au cours de l'année 2019.

Il a paru intéressant aux acteurs de demander l'avis des principaux concernés, et proposer des adaptations au cours même de la mise en place, pour dynamiser l'adhésion des professionnels et prévenir des abandons de participation.

Il nous a semblé pertinent de connaître les sentiments des utilisateurs de PAACO en nous posant la question :

Quelle est la perception des professionnels de santé et du social concernant l'utilisation de la plateforme PAACO pour la communication entre ville et hôpital ?

L'objectif principal de cette étude est de recueillir et analyser la perception des professionnels médico-sociaux concernant l'utilisation de PAACO/Globule pour la communication entre ville et hôpital.

L'objectif secondaire est d'identifier les accélérateurs et les freins pour les professionnels médico-sociaux quant à l'utilisation de PAACO/Globule.

En outre, mieux faire connaître le projet du déploiement de PAACO dans la région contribuera à son bon développement.

2. METHODE

2.1. Type l'étude

Afin de recueillir et analyser la perception des professionnels médico-sociaux dans leur utilisation de PAACO/Globule, nous avons réalisé une étude qualitative par entretiens semi-dirigés.

2.2. Population étudiée

Nos interlocuteurs ont été des médecins, infirmières, assistantes sociales et secrétaires médicales du Haut Béarn et de la Soule.

Les critères d'inclusions étaient :

- Être un professionnel du domaine de la santé ou du social,
- Exercer sa profession dans le territoire du Haut Béarn ou de la Soule,
- Être utilisateur du logiciel PAACO,
- Avoir parmi ses patients pris en charge au moins une personne pour laquelle il y a eu un échange professionnel entre l'hôpital et un intervenant extérieur via PAACO.

Pour recruter les participants de notre étude nous avons sollicité l'aide de la personne chargée d'accompagnement de territoire en Béarn et Soule d'ESEA. Avec elle nous avons pu identifier les professionnels médico-sociaux répondant aux critères d'inclusions et nous leur avons envoyé un e-mail individuel (disponible en annexe p.88) expliquant notre projet de recherche et invitant les personnes volontaires à nous contacter. Les premiers professionnels ayant répondu à notre demande ont été intégrés à l'étude.

Puis, à la suite des premiers entretiens, nous avons poursuivi le recrutement des participants en contactant, à nouveau par e-mail, pas SMS ou par appels téléphoniques, les professionnels qui n'avaient pas répondu à notre première demande.

Ces derniers ont été sélectionnés par nos soins selon les critères de profession, de mode d'exercice professionnel (libéral, milieu hospitalier, autre structure de santé), et de lieu de travail, et, suite à leur accord, ont été intégrés un à un, au fur et à mesure de l'avancement de l'étude.

2.3. Guide d'entretien

La réalisation des entretiens a été préparée en amont avec la rédaction d'un guide d'entretien. Celui-ci a été pensé et composé dans le but de faire ressortir auprès des participants une liste de thèmes pertinents sur lesquels nous pourrions fonder notre étude. Le guide d'entretien est disponible en annexe page 89.

Ce guide était constitué de plusieurs parties :

- Une première partie informative : dans laquelle nous nous présentions personnellement ainsi que notre projet de thèse, et où l'on pouvait retrouver les droits dont disposaient les personnes interviewées.
- Un court questionnaire : pour recueillir les données socio-professionnelles des personnes enquêtées.
- L'entretien semi-directif à proprement parler : celui-ci comportait quatre questions ouvertes correspondant à la trame de l'entretien.
- La liste des thèmes à aborder, rédigée sous la forme d'un tableau, servant ainsi de référentiel pour guider les questions de relance au besoin.

Le guide d'entretien ainsi que le recueil et le traitement des données dans notre étude ont été réalisés en respectant la méthodologie de références MR-004 définie par la CNIL. L'étude a été inscrite au registre des recherches de l'université de Bordeaux par la déléguée à la protection des données (DPD).

2.4. Recueil des données

Le recueil des données a été réalisé par entretiens individuels semi-dirigés.

Juline a réalisé tous ses entretiens lors de rencontre en personne sur le lieu de travail des participants, Kévin a réalisé la totalité de ses entretiens par appels vidéo sur ordinateur à l'aide des logiciels Skype® et Messenger®.

Les entretiens individuels ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone (Philips VoiceTracer®) ainsi qu'avec l'application dictaphone de nos smartphones (Xiami MI8® et iPhone®). Le consentement des enquêtés était recueilli de manière orale et écrite après leur avoir expliqué le projet d'étude et énoncé les droits dont ils disposaient concernant l'enregistrement audio.

Les informations socio-professionnelles complémentaires étaient recueillies et notées manuellement avant de débiter l'enregistrement.

Les entretiens ont été retranscrits intégralement sous forme de verbatims par informatique à l'aide des logiciels WordPad® et OpenOffice Writer®. Les expressions non verbales des participants (rire, pause, intonation particulière, geste éventuel, etc. ...) étaient également notées entre parenthèses. La transcription était réalisée le plus précocement possible dans les suites de la rencontre. Elle était systématiquement réalisée par la personne ayant mené l'entretien.

Chaque verbatim retranscrit était accompagné des notes socio-professionnelles récoltées ainsi que de nos commentaires personnels relatant les conditions de réalisation, les difficultés rencontrées, ou encore les idées soulevées lors des entretiens.

Le verbatim de l'un de nos entretiens est disponible en annexe page 93 à titre d'exemple.

2.5. Analyse des données

Le codage des données recueillies a été fait selon une approche par analyse interprétative phénoménologique afin d'essayer de décrire et comprendre la perception des professionnels médico-sociaux dans leur utilisation de PAACO. Pour cela nous avons procédé à un double codage, d'abord réalisé par chacun de nous de manière individuelle puis mis en commun dans un second temps. Nous avons fait un codage thématique puis un codage par catégorie et enfin une analyse transversale avec une mise en relation des catégories pour essayer de décrire le ressenti des participants.

Pour nous aider dans le travail de codage des verbatims nous avons choisi d'utiliser le logiciel N'Vivo 12 Plus de QSR International®.

3. RESULTATS

Treize entretiens semi-dirigés ont été réalisés entre janvier et juin 2020, ils seront évoqués par la suite selon un classement de E1 à E13.

À chaque fois l'entretien s'est déroulé avec un seul entretenu sauf pour le E13 où deux professionnels du même cabinet ont été interviewés en même temps. Ils ont duré entre 16 et 27 minutes avec une moyenne de 22 minutes.

La saturation des données a été atteinte au douzième entretien, et nous en avons réalisé un treizième qui n'a pas montré de nouvelles données pertinentes.

Nous avons essayé de répartir les entretiens de façon équitable : 6 entretiens ont été réalisés par Kévin LAVIGNE et 7 par Juline AGNELLI.

3.1. Description de la population

3.1.1. Recrutement

Les critères d'inclusion et d'exclusion ont déterminé une population en ville de 13 médecins généralistes, 50 infirmières et 2 coordinatrices de parcours à la PTA de Sauveterre-de-Béarn. A l'hôpital, nous avons mis en évidence 7 professionnels de santé qui avaient utilisé au moins une fois PAACO/Globule.

Nous avons contacté :

- 8 médecins généralistes pour lesquels nous avons eu 3 réponses malgré relance de certains,
- 7 cabinets infirmiers, 4 nous ont répondu mais un n'a pas donné suite,
- 2 coordinatrices de la PTA qui ont donné suite à notre sollicitation,
- 5 professionnels de santé de l'hôpital d'Oloron qui nous ont tous répondu positivement.

3.1.2. Caractéristiques des participants

Les caractéristiques de chaque participant sont regroupées dans le tableau ci-dessous :

| | | Profession | Sexe | Tranche d'âge | Lieu d'exercice | Distance entre le cabinet et le CHO | Durée de l'entretien |
|----|------|---------------------------|--------|--------------------|---------------------------------------|-------------------------------------|----------------------|
| 1 | AS1 | Assistante sociale | Femme | Entre 30 et 39 ans | CH Oloron | / | 27 minutes |
| 2 | AS2 | Assistante sociale | Femme | Entre 40 et 49 ans | CH Oloron | / | 18 minutes |
| 3 | MG1 | Médecin généraliste | Femme | Entre 30 et 39 ans | Cabinet libéral en zone urbaine | 1,8 km | 27 minutes |
| 4 | SM1 | Secrétaire médicale | Femme | Entre 40 et 49 ans | CH Oloron | / | 16 minutes |
| 5 | PTA1 | Coordinatrice de parcours | Femme | Entre 30 et 39 ans | PTA Antenne de Sauveterre-De-Béarn | 41 km | 18 minutes |
| 6 | IL1 | Infirmière libérale | Femme | Entre 50 et 59 ans | Cabinet libéral en zone urbaine | 1,5 km | 20 minutes |
| 7 | MG2 | Médecin généraliste | Homme | Entre 40 et 49 ans | Cabinet libéral en zone urbaine | 1,8 km | 18 minutes |
| 8 | PTA2 | Coordinatrice de parcours | Femme | Entre 30 et 39 ans | PTA Antenne de Sauveterre-De-Béarn | 41 km | 25 minutes |
| 9 | SM2 | Secrétaire médicale | Femme | Entre 50 et 59 ans | CH Oloron | / | 19 minutes |
| 10 | AS3 | Assistante sociale | Femme | Entre 30 et 39 ans | CH Oloron et HAD | / | 25 minutes |
| 11 | MG3 | Médecin généraliste | Homme | Entre 50 et 59 ans | Cabinet libéral en zone rurale et HAD | 17 km | 25 minutes |
| 12 | IL2 | Infirmier libéral | Homme | Entre 30 et 39 ans | Cabinet libéral en zone rurale | 20 km | 24 minutes |
| 13 | IL3 | Infirmières libérales | Femmes | Entre 30 et 39 ans | Cabinet libéral en zone urbaine | 1,9 km | 24 minutes |

3.2. Données recueillies lors des entretiens semi-dirigés

3.2.1. Arrivée d'un nouvel outil de communication

3.2.1.1. Leviers au déploiement d'un nouvel outil

Les utilisateurs ont souligné **apprécier l'arrivée d'un nouvel outil de communication** : « *C'est enfin le premier outil depuis des années... c'est le premier outil de communication réel ville-hôpital.* » (MG3).

Ils ont expliqué :

- **Apprécier la gratuité du logiciel** : « *le fait que c'est gratuit je ne sais pas si je l'ai déjà dit, voilà, au niveau des avantages je vois à peu près ça.* » (MG1).
- **Apprécier la facilité d'utilisation** : « *c'est vrai que Globule c'est quand même pas mal, il est assez pratique d'utilisation, intuitif, et voilà, pratique* » (IL2), « *il est déjà simple d'utilisation. En tout cas moi je le trouve simple d'utilisation. Après faudrait voir avec les filles mais...je trouve qu'il est déjà pas mal comme il est fait. C'est quand même assez facile quoi.* » (SM1).

3.2.1.2. Déploiement progressif sur le territoire

Au cours de l'étude, il est apparu que **déployer PAACO progressivement sur le territoire** était une étape nécessaire : « *il manque encore pas mal de professionnels sur PAACO, c'est en train hein de se développer* » (PTA1).

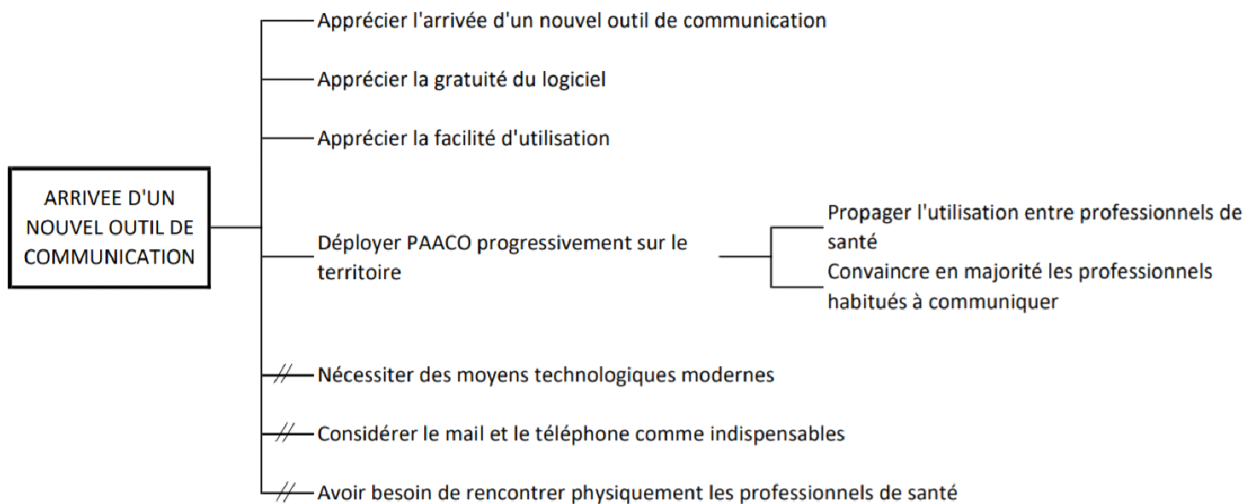
Pour cela, les personnes interrogées ont dit essayer de **propager l'utilisation entre professionnels de santé** : « *chaque fois que je croise des équipes d'infirmiers je leur dis "prenez PAACO", je leur laisse des messages en disant "vous pourriez communiquer par PAACO, ça serait beaucoup mieux", ça serait, oui.* » (MG2).

Cependant ils ont souligné que PAACO/Globule semblait **convaincre en majorité les professionnels habitués à communiquer** : « *C'est toujours les mêmes, c'est ceux qu'on avait au téléphone qu'on a sur Globule maintenant (rires). Ceux qui ne téléphonent jamais, bon on ne les a pas là non plus, c'est comme ça, voilà.* » (IL1).

3.2.1.3. Freins au déploiement d'un nouvel outil

Dans le cadre du déploiement de ce nouvel outil, les professionnels de santé interrogés ont émis plusieurs freins :

- **Nécessiter des moyens technologiques modernes** : « T : [...] Elles ne l'utilisent pas sur place. I : (me coupe) A la maison ? Non. Mais je ne suis pas sûre que l'on puisse mettre l'application parce que c'est un vieux portable » (AS1).
- **Considérer le mail et le téléphone comme indispensables** : « Alors, le mail, le téléphone, on l'utilise toujours, mais comme je vous dit, il y a déjà QUE (insiste sur le mot) une partie des infirmières qui l'utilise, donc ça garde sa place, et le mail on s'en sert énormément aussi, pour communiquer avec tous les médecins qui nous envoient des courriers. Le mail est plus important. Je dirais PAACO il vient après le téléphone et après le mail. » (MG2).
- **Avoir besoin de rencontrer physiquement les professionnels de santé** : « Ça ne remplacera pas de voir les médecins en direct et d'avoir des conversations plus longues. » (IL2).



3.2.2. Intégration d'un nouvel outil de communication à sa pratique

3.2.2.1. Bonne intégration de l'outil

Les utilisateurs ont dit **faire l'effort d'utiliser PAACO** : *« j'essaie de le faire vivre en tous cas, parce que parfois il ne se passe pas grand-chose, mais voilà, c'est quelque chose que en tous cas quand j'ai une communication écrite ou une communication à avoir avec des professionnels du secteur dont je sais qu'ils ont l'application, je vais essayer de passer par là, parce que, et bien parce que pour des raisons de sécurité pour des raisons aussi que ça garde en mémoire une trace sur le dossier du patient. »* (MG1).

Chacun a essayé d'**intégrer PAACO à sa pratique quotidienne** : *« j'utilise assez souvent parce que je le regarde quasiment tous les jours. Les jours où je travaille possiblement plusieurs fois par jour »* (MG1).

Pour aider à intégrer cet outil au quotidien, certains ont fait en sorte de **faciliter l'accès au logiciel à l'hôpital** : *« je l'ai préprogrammé sur mon poste de travail donc j'y ai un accès facile »* (AS2).

Il est aussi apparu que pour une partie des interviewés, l'intégration c'était aussi **participer à l'amélioration de PAACO** : *« On en avait parlé avec Mme X [NdR chargée d'accompagnement des territoires concernant PAACO], on avait fait une réunion des utilisateurs PAACO, on avait fait remonter ça »* (MG2).

Des professionnels de santé nous ont même dit **utiliser PAACO comme outil de travail principal** : *« PAACO c'est notre logiciel de base quoi, du travail. Oui, au quotidien, on s'en sert toute la journée, que ça soit sur l'ordinateur ou bien quand on est en déplacement et qu'on a la possibilité de le faire, on peut travailler dessus par le biais du téléphone portable, voilà, pour effectuer des transmissions. »* (PTA2).

3.2.2.2. Accords sur l'utilisation entre ville et hôpital

Il est ressorti que pour utiliser au mieux ce logiciel de communication au quotidien, il était nécessaire de **s'accorder sur l'utilisation entre ville et hôpital** : *« par exemple, s'il fait une entrée de nuit ou en week-end est-ce qu'on se doit de regarder notre PAACO tout le temps*

pour lui répondre ? Donc voilà, je pense qu'il va y avoir des limites sur cette utilisation ville hôpital comme ça, puisque forcément on n'a pas les mêmes modes de fonctionnement donc voilà, ça va être un peu qu'est-ce qu'on en fait de cette communication ville hôpital. Et ça je pense que c'est à discuter. » (MG1).

Pour s'accorder au mieux les interviewés ont souligné la **nécessité d'établir des règles d'utilisation** : *« je pense effectivement il faut se poser et faire une charte un peu, une charte de qu'est-ce qu'ils en attendent et qu'est-ce qu'on en attend, et justement comment on fait, et d'harmoniser les pratiques pour justement que ça aille vite, parce qu'un outil qui est mal utilisé il ne va pas durer. » (MG1).*

Certains ont dit aussi essayer de :

- **Adapter sa pratique en fonction des autres utilisateurs** : *« en connaître l'utilité pour l'utilisateur en face permet de, de, de mieux comprendre les enjeux et effectivement de mieux utiliser l'outil je pense. » (MG1).*
- Ou **chercher à s'adapter aux médecins généralistes** : *« Je pense que ça doit correspondre au mieux aux besoins des médecins et nous on va suivre » (IL1).*

3.2.2.3. Difficultés d'intégration de l'outil

Intégrer un nouvel outil de communication ne s'est pas fait sans difficultés. Il est apparu des problèmes d'ordre technique car plusieurs professionnels de santé ont souligné qu'il leur était arrivé de **rencontrer un dysfonctionnement informatique** : *« I1 : Ça bug. Ouais ça bug. I2 : Il y a pas mal de bugs ouais quand même. Genre là on a dû désinstaller l'application parce que ça marchait plus du tout, on ne pouvait plus y accéder. Donc voilà, donc à chaque fois faut... »*

I1 : Il y a eu quelques bugs comme ça.

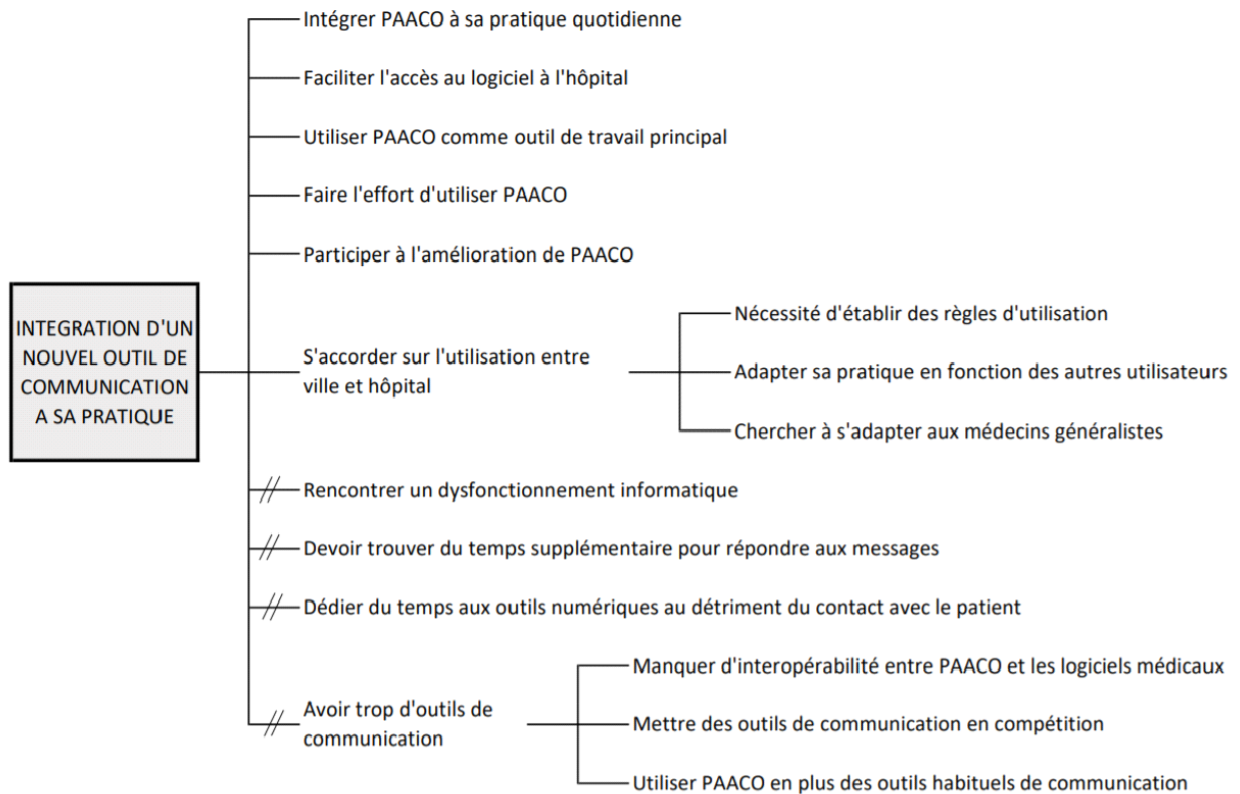
I2 : Faut redemander les codes QR à scanner et tout ça, bon. Ce n'est pas une grosse contrainte, ça marche plus souvent que ça bug, mais c'est vrai qu'il y a des petits couacs oui, il y a des petits bugs. » (IL3), « Sur les limites, bon moi le petit bug comme quoi je n'ai plus les notifications c'est un petit peu embêtant » (MG1).

Il a aussi été soulevé que l'utilisation d'un nouvel outil ajoutait de nouvelles tâches de travail ; les utilisateurs ont dit :

- **Devoir trouver du temps supplémentaire pour répondre aux messages :** « *C'est essentiellement en dehors du temps de travail que je le consulte. C'est essentiellement, que ce soit la messagerie sécurisée, que ce soit Globule... voilà. C'est là que je le consulte. C'est ça le problème. Je jette rapidement un œil quand je reçois un message pour évaluer le degré d'urgence, mais si je ne dois pas répondre à la minute, je le fais sur mon temps de repos.* » (MG3).
- **Dédier du temps aux outils numériques au détriment du contact avec le patient :** « *L'inconvénient de tous ces outils qu'on a développé ces dernières années, c'est qu'il faut du temps à un moment dans la journée pour gérer ce flux de données et d'informations. Or là, ça ce n'était pas prévu et donc ça vient se surajouter à des journées de travail déjà denses et j'avoue que là ça me pose un problème à moi. Ouais... comment gérer ça. Parce que si je le gère dans de mon temps de travail dans la journée, si je le gère là, ça sera forcément aux dépens d'une activité auprès du patient quoi. Donc ça s'est compliqué.* » (MG3).

De manière générale, les personnes interviewées ont dit **avoir trop d'outils de communication** à leur disposition : « *Il y a tellement d'outils maintenant que j'avoue, c'est compliqué. On est à la recherche de temps pour traiter tout ça.* » (MG3). Elles ont expliqué **utiliser PAACO en plus des outils habituels de communication** : « *[...] on rappelle. Donc finalement cela fait double fonction quoi, enfin on fait deux fois plus quoi, ça c'est un inconvénient.* » (AS1) ; et ont précisé **manquer d'interopérabilité entre PAACO et les logiciels médicaux** : « *ça ne changera jamais, on a toujours le DxCare où l'on doit mettre nos informations, ça c'est... En interne on est obligés d'utiliser plusieurs choses, donc si tu veux nous on est obligés de répéter les choses. Et mettre dans l'outil interne, et mettre dans l'outil externe.* » (AS1) ; ce qui majorait les difficultés liées à l'utilisation de tant d'outils.

La proposition de tous ces logiciels donnait parfois l'impression de **mettre des outils de communication en compétition** : « *c'est un projet qui est un peu vieux, qui avait été prévu par le contrat local de santé il y a quelques années et qui là revient sur le tapis. Et du coup si tu utilises PAACO tu risques de froisser les porteurs du projet du DUCD. En même temps PAACO c'est du direct. Enfin c'est un peu compliqué, il y a des enjeux derrière* » (AS3).



3.2.3. Apprentissage à l'utilisation de PAACO

3.2.3.1. Formation à PAACO

Avant de commencer à utiliser PAACO, les professionnels de santé qu'ils soient hospitaliers ou non, avaient reçu une formation.

Ils ont estimé **recevoir une formation initiale satisfaisante** : « *T : [...] tu penses que niveau formation il y aurait quelque chose à refaire un petit peu ou pas forcément ?*

I : Non, pas forcément non. » (AS2).

Les utilisateurs hospitaliers ont dit **être encouragés à la formation par l'hôpital** : « *T : Est-ce que vous avez fait des réunions pour parler de l'utilisation de PAACO ?*

I : Euh on le fait en très petit comité en interne avec les 3 assistantes sociales de l'hôpital et Mme X [NdR chargée d'accompagnement des territoires concernant PAACO], et une coordinatrice de la PTA, vu que c'est son logiciel métier, pour un peu comprendre leur

pratique. Et ça a été fait en intra hospitalier avec les différents services et c'est J. du service social qui nous représentait » (AS3).

De manière générale, les professionnels de santé ont appuyé le fait de **bénéficiaire d'un formateur PAACO disponible** : *« ce qui est vraiment bien du coup c'est que Mme X [NdR chargée d'accompagnement des territoires concernant PAACO], elle est vraiment pédagogue quand elle te forme et très patiente et elle est vraiment disponible donc ça aide aussi. Si elle ne l'était pas je pense que dès les premières semaines on aurait abandonné, on ne s'y serait jamais mis franchement. Elle est très disponible elle répond tout le temps, au début ça nous a beaucoup aidé. Bon maintenant on est devenus autonomes, on la sollicite moins. Mais oui au début tu as des questions, tu ne sais pas vraiment si ce que tu écris tout le monde va le lire ou pas, tu es un peu inquiet et c'est rassurant d'avoir quelqu'un vers qui te tourner. » (AS3).*

3.2.3.2. Accompagnement des utilisateurs

Les interviewés pensaient que l'apprentissage au bon usage de PAACO devrait être associé à un accompagnement qui serait fait de manière à :

- **Laisser une période de prise en main** : *« Avant l'utilisation je ne sais pas, parce que du coup ça peut peut-être freiner, mais quelques semaines au moins après le début d'utilisation pour faire un petit point » (MG1).*
- **Prévoir un retour précoce d'expérience** : *« il faut à mon sens, je pense, laisser une utilisation un peu libre au début pour que les gens le prennent en mains, voient un petit peu ce qu'ils aiment et ce qu'ils n'aiment pas et voient comment ça se passe. Et puis très vite après, je pense qu'il faut réfléchir à une ou deux rencontres dans quelques temps pour voir voilà comment ça se passe, qu'est-ce que l'on trouve bien et pas bien, et essayer d'harmoniser, parce que je pense que c'est comme ça que ça peut marcher dans la durée » (MG1).*
- **Recueillir l'avis des utilisateurs** : *« se dire voilà, tiens, vous vous l'utilisez, vous vous ne l'utilisez pas, pourquoi ? Qu'est-ce qui vous semble difficile ? Et de réfléchir ensemble et de, je crois, en connaître l'utilité pour l'utilisateur en face, permet de, de mieux comprendre les enjeux et effectivement de mieux utiliser l'outil, je pense. » (MG1).*

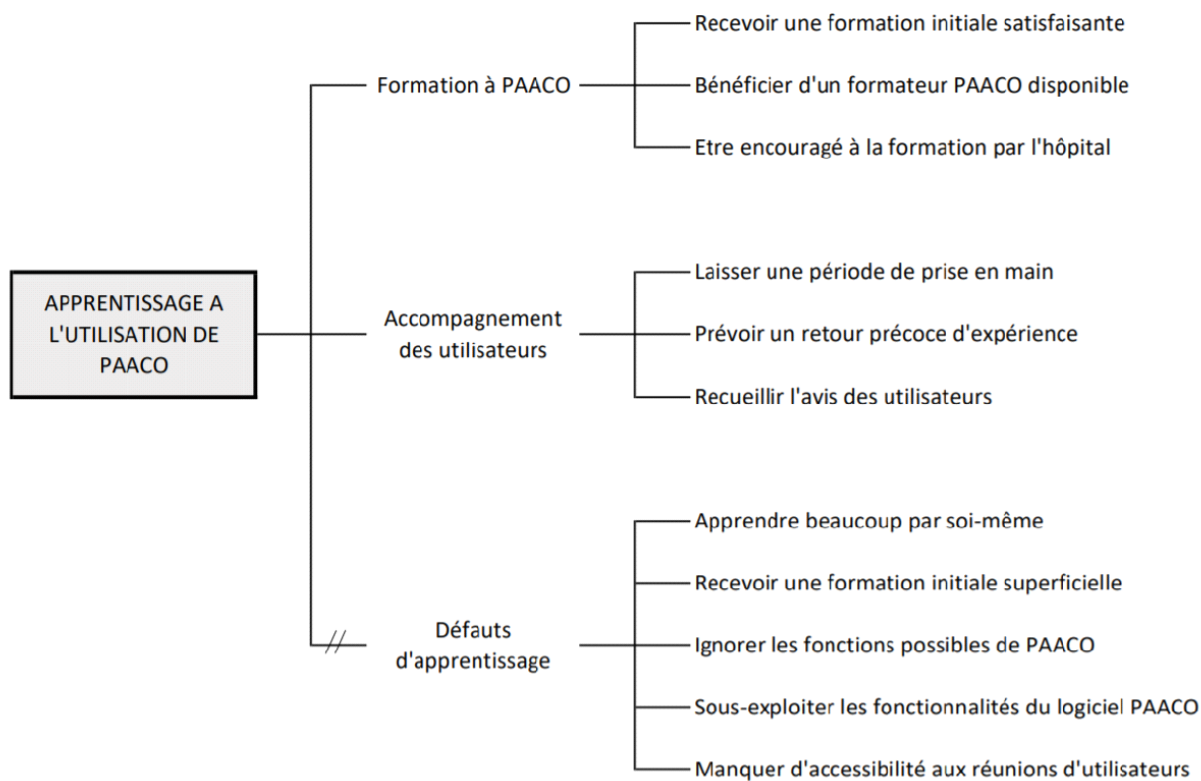
3.2.3.3. Défauts d'apprentissage

Lors de cet apprentissage, les professionnels de santé ont souligné tout de même la nécessité d'**apprendre beaucoup par soi-même** : « *Ah ben (rire) pas trop de formation hein (rire), mais voilà, on nous explique les données de base et après tu utilises, tu fais, tu apprends un peu tous les jours encore un petit peu, mais voilà.* » (PTA1).

Cela est ressorti en parallèle du fait que, selon eux, l'apprentissage proposé leur permettait seulement de **recevoir une formation initiale superficielle** : « *Après comme je te dis, moi je ne le maîtrise pas trop parce que je sais juste les cases où il faut que j'aille pour regarder déjà s'ils sont inscrits sur PAACO. Et c'est tout ce que l'on nous a demandé aujourd'hui, et mettre qu'est-ce qu'ils sont devenus les patients, et les sorties. Donc en fait, je ne sais pas si l'on peut faire plus et...je ne le connais pas en fait.* » (SM2).

Certains utilisateurs ont avoué **ignorer les fonctions possibles de PAACO** : « *Et moi perso, je ne sais pas quel est... hormis l'intérêt que l'extérieur soit au courant que le patient soit entré aux urgences et hospitalisé, oui, après le devenir, après je ne sais pas ce qu'on peut en faire de plus en fait.* » (SM2).

Que ce soit par ignorance ou non, les interviewés ont pointé le fait de **sous-exploiter les fonctionnalités du logiciel PAACO** : « *Après je suis sûre qu'il y a plein de fonctionnalités qui existent dessus et que nous on n'utilise pas.* » (IL3).



3.2.4. Accessibilité au logiciel pour les professionnels de santé et du social

3.2.4.1. Accès au logiciel en tout lieu

Les utilisateurs ont fait remarquer que PAACO étant accessible depuis le téléphone portable, on pouvait **accéder au logiciel en tout lieu** : « *les avantages, comme je les ai dits un peu tout à l'heure et je vais les remettre, c'est vraiment d'avoir quelque chose qui est relativement pratique (accentue le mot) facile d'accès sur les téléphones, qu'on a avec nous dans notre pratique, puisque le téléphone on l'a soit à côté de nous en consultation ou en visite. C'est un outil qui peut être en marge utilisé à la maison, qui permet aussi un petit peu de voir ce qui se passe quand on n'est pas là. Sans être trop intrusif, on peut y répondre même quand on n'est pas au cabinet ça arrive* » (MG1).

Ils ont précisé que cela permettait d'**alimenter un dossier patient en tout lieu** : « *bon, quand tu es en visite à domicile c'est plus pratique avec le portable, tu n'as pas à rentrer au bureau.* » (PTA1) ; et de l'**utiliser comme dossier portatif en visite** : « *je m'en sers aussi de*

suivi pour mes patients en visite pour garder quelques traces, ça évite d'écrire tout, alors je photocopie le dossier patient que je laisse à la maison, comme ça j'ai une trace même quand on m'appelle au cabinet pour ma dernière ordonnance où comme ça, c'est assez pratique parce que nous notre logiciel actuel il ne nous permet pas encore d'être portatif en visite. » (MG1).

D'ailleurs, les professionnels de santé ont dit **apprécier PAACO en visite à domicile** : « *je m'en sers surtout pour les visites, surtout pour les patients à domicile et j'envoie directement depuis le domicile du patient le résultat de ma consultation à l'infirmière pour lui dire ce que j'ai vu, ce qu'on faisait, qu'elle soit informée de suite. » (MG2).*

Dans l'ensemble ils appréciaient le fait de pouvoir **se connecter facilement** : « *c'est vite fait quoi, ça prend 5 minutes de regarder et d'envoyer le message » (MG2)* ; mais certains se sont plaints tout de même d'**être dépendants du réseau internet** : « *les inconvénients, euh quand on a pas de connexion on ne peut pas travailler quoi (rit en regardant sa collègue dans la pièce) et là du coup hein, pendant les visites à domicile on trouve d'autres solutions, mais on est quand même bien bloqués sans tabou. » (PTA2).*

3.2.4.2. Choix du moment d'utilisation

Les professionnels de santé ont fait remarquer qu'avec PAACO ils pouvaient **choisir leur moment d'utilisation** : « *ça permet aussi d'avoir parfois, euh, de pouvoir lire posément une notification d'infirmière sans avoir été dérangé au téléphone ou sans qu'il y ait une difficulté à se joindre. Donc ça c'est bien quand, voilà, ça peut être différé, voilà, chacun peut regarder son application tranquillement et y répondre au moment où il le souhaite. » (MG1)* ; ceci permettant d'**éviter de déranger** la personne avec qui on cherche à communiquer : « *c'est juste pour passer les informations sans déranger le médecin pendant ses consultations, surtout ça. Bon, si c'est urgent on lui téléphone, on voit directement, mais si ça peut attendre le lendemain, si ça peut, on communique comme ça, comme ça on ne dérange pas pendant la consultation. Et après le médecin il en prend connaissance quand il a en a quand il a le temps » (IL1).*

Ils trouvaient que pouvoir choisir quand se connecter leur donnait l'opportunité de **pouvoir aider en dehors du temps de travail** : « *Je ne le prends pas comme le fait de ne pas pouvoir couper, au contraire, je le prends comme le fait de pouvoir rassurer et de pouvoir aider les*

personnes même si je ne suis pas là, pouvoir essayer de résoudre le problème et si, comme la semaine dernière, il fallait aller le voir, j'ai dit il y a ma remplaçante elle va venir. Mais ça ne m'a pas posé... ça ne me pose pas de problème. » (MG2).

Le point négatif qui est ressorti de cette connexion possible à chaque instant était d'**avoir l'impression de ne pas pouvoir couper** : *« le fait de ne pas pouvoir mettre un statut "absente du cabinet", "en vacances" etc. c'est vrai que PAACO c'est jour, nuit, week-end, vacances, on peut y avoir accès, on l'a sur notre téléphone et ça ça peut être bien, mais du coup (rire) ça peut aussi être source de ne pas décrocher, voilà. » (MG1).*

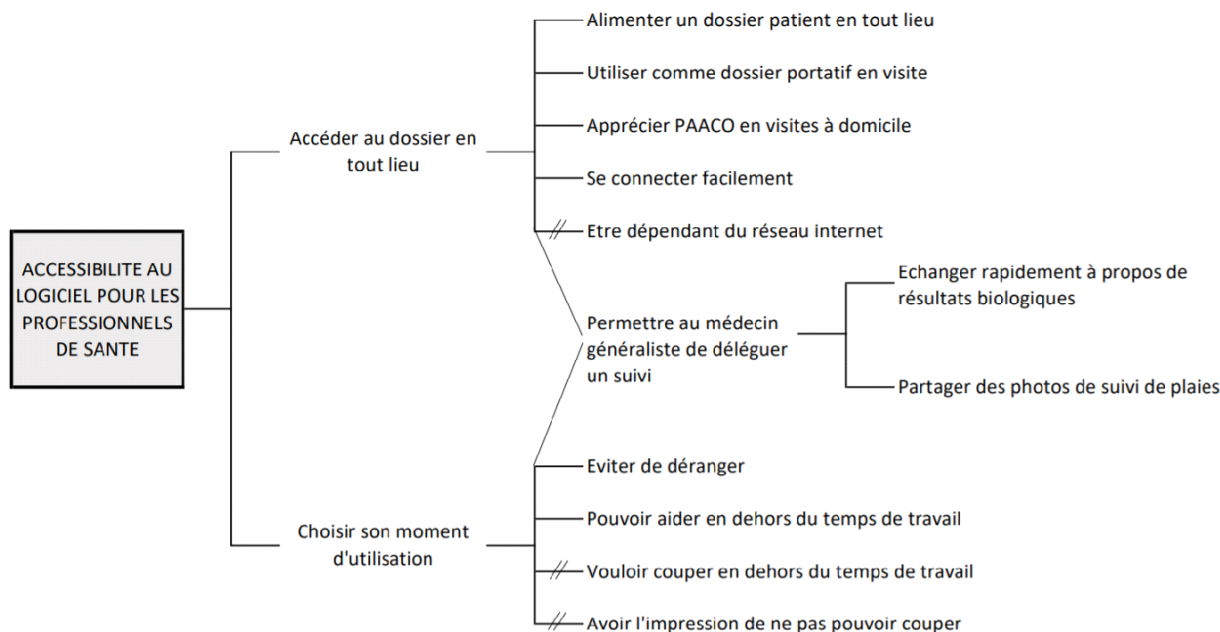
Certains ont précisé justement **vouloir couper en dehors du temps de travail** : *« je n'ai pas toujours l'alarme parce que quand je suis en repos je coupe les alarmes, donc je regarde, et après pour me remémorer un peu ce qui s'est passé ce qui a été dit pour certains patients » (IL1).*

3.2.4.3. Déléguer un suivi

Certains interrogés ont mis en évidence que PAACO **permettait aux médecins généralistes de déléguer un suivi** plus facilement : *« les infirmières, elles, elles s'en servent pour me prévenir, quand elles sont chez le patient, pour me dire "il y a ça qui ne va pas", "est-ce que vous pouvez passer" ou "est-ce qu'on pourrait régler ça" ou m'envoyer des photos de plaies, de choses, pour essayer de régler les problèmes sans me déplacer. » (MG2).*

Notamment les professionnels de santé ont dit utiliser cet outil pour :

- **Échanger rapidement à propos de résultats biologiques** : *« C'est vraiment quelque chose qui marche bien et qui est utilisé quotidiennement. Entre autres pour tout ce qui est récupération de bilan sang, par exemple les INR, ou alors c'est pour avoir en direct à rectifier le traitement auprès des patients, assez facilement » (IL2).*
- **Partager des photos de suivi de plaies** : *« ce qui est bien et qu'on utilise beaucoup, c'est par rapport aux photos de plaies, voilà. Pour les photos des plaies comme ça les médecins n'ont pas besoin de se déplacer, ils voient l'évolution et ça permet de discuter du protocole à tenir en vue des plaies » (IL2).*



3.2.5. Communiquer avec la messagerie de PAACO

3.2.5.1. Amélioration des prises en charge à plusieurs

Les personnes interviewées ont trouvé que la communication avec PAACO permettait d'**améliorer les prises en charges à plusieurs** : « *La majorité des intervenants qui sont autour de la personne prise en charge sont au courant, donc voilà quand il y a un projet commun tout le monde est au courant aussi de ce qu'il se passe, pas forcément courir après chaque intervenant, voilà, pour moi c'est une avancée terrible* » (PTA2).

Ils ont précisé que les avantages de PAACO lors des prises en charge à plusieurs étaient de :

- **Dynamiser les échanges à plusieurs** : « *vu que les médecins jouent le jeu en plus et qu'ils sont réactifs, effectivement c'est beaucoup plus fluide. Ça a même changé, euh, on communique plus en fait maintenant. Avant il fallait les appeler, mais ce n'était pas toujours facile de les avoir, donc c'est vrai que c'est très intéressant pour ça.* » (IL2).
- **Communiquer rapidement des informations** : « *les avantages, déjà, c'est un gain de temps, on communique assez rapidement* » (PTA2).
- **Faciliter les relais entre collègues** : « *nous on a préféré un système où on voit tous les patients du cabinet, c'est à dire que je vois aussi les patients de mon collègue et ça*

permet aussi d'avoir un petit suivi des situations qui sont... voilà, on met dans PAACO généralement des situations complexes un petit peu sur le fil là, donc ça c'est bien aussi. Donc ça permet même une coordination entre nous, un peu inconsciente quoi, qui nous prend peu de temps. » (MG1).

- **Mettre en relation des professions variées** : *« si tu veux on a essayé de travailler sur un projet d'EHPAD tous ensemble en s'indiquant quand même qu'elles étaient les difficultés au domicile, et ça pour le coup à chaque fois les infirmières elles nous indiquaient : “bon ben là ça va plus”, elles nous appelaient pour telle ou telle chose, donc du coup derrière le médecin prenait le relais en disant : “bon voilà je vais la revoir, ou modifier le traitement”. Derrière la PTA indiquait qu'elle allait revoir la dame pour essayer de travailler un hébergement temporaire, et moi la même chose derrière en indiquant où on en était et les démarches que j'avais faites. » (AS1).*
- **Assurer la bonne diffusion de l'information** : *« ça permet de faire du lien facilement, de donner la même information à tout le monde. » (AS3), « j'ai l'impression que les données se perdent moins » (MG1).*
- **Améliorer l'efficacité des prises en charge** : *« ça a permis de recevoir, d'être alimenté en photos par exemple sur des situations de plaies ou autres plus régulièrement, donc d'infléchir des stratégies plus rapidement, et au final ça développe une communication, même une communication verbale plus simple quand on s'appelle. » (MG3).*
- **Permettre de communiquer avec les structures de santé du territoire** : *« On travaille également avec les assistantes sociales du centre hospitalier, moi je n'ai pas encore de situations avec l'HAD mais on travaille également avec ces collègues-là. Également avec les responsables de la SSAD » (PTA2).*
- **Tracer les données sur le plan médico-légal** : *« c'est tracé aussi, ça change beaucoup de choses d'avoir des éléments qui sont tracés, ça protège les intervenants et en même temps ça fait du bien. » (AS3).*

3.2.5.2. Incertitude de la bonne réception des messages

Lors des entretiens plusieurs personnes nous ont dit **être incertaines de la bonne réception des messages** lors de l'utilisation de PAACO : *« c'est vrai que ça ça manque un peu de savoir si la personne a vu le message, parce que si la personne ne l'a pas vu ce n'est pas marqué. » (MG1).*

Ils craignaient avec cette incertitude de **risquer de passer à côté d'une information urgente** : « *il y a quand même pas mal d'utilisateurs qui ne se connectent pas tous les jours, qui n'ont pas forcément l'application sur le portable, du coup si c'est par exemple une infirmière libérale et que la sortie du patient elle est le jour même, si elle n'a pas l'information il peut y avoir un loupé.* » (AS3).

Ils avaient aussi peur que la communication par messages pose le problème de **mal interpréter des propos écrits** : « *on a eu une mésaventure d'écriture dans PAACO avec la couleur verte orange et rouge, où quand j'ai écrit en rouge ça été très mal vécu par mon interlocuteur en face alors que ce n'était pas non plus comme ça, mais voilà. Donc ça c'est des petits aléas de communication, il faut vraiment faire attention à la communication écrite, le sentiment, enfin le contexte émotionnel de la personne qui lit en face compte pour l'interprétation du message, et ça parfois ça peut être une limite effectivement.* » (MG1).

3.2.5.3. Nombre d'utilisateurs actifs restreint

Les participants ont pointé du doigt que la communication par PAACO était freinée par un faible nombre d'utilisateurs actifs.

En effet, ils ont dit **avoir peu d'utilisateurs pour correspondre** : « *cette communication, on ne peut le faire qu'avec ceux qui l'utilisent actuellement. Pour moi, il y a trop peu de gens qui l'utilisent.* » (AS2) ; et **correspondre avec peu de professions différentes** : « *T : [...] est-ce qu'il y a d'autres professionnels de santé ?*

I1 : Non, plus les médecins généralistes, vraiment.

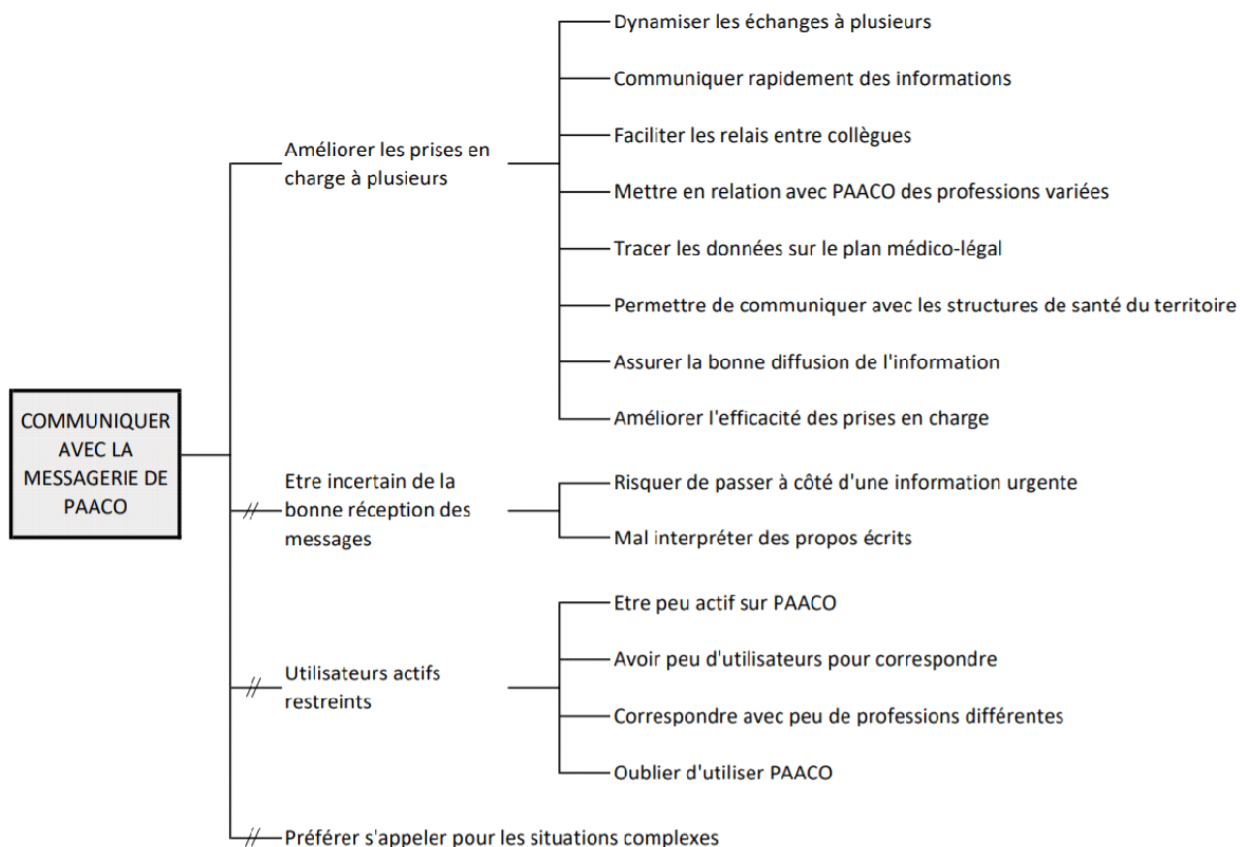
I2 : Non, nous c'est plus avec les médecins généralistes » (IL3).

Ils ont précisé que certaines personnes avaient le logiciel parmi leurs outils de communication mais qu'ils **étaient peu actifs sur PAACO** : « *I1 : [...] faut vraiment le solliciter sinon il ne dira rien quoi.*

I2 : Oui voilà, c'est vraiment si on lui pose des questions. » (IL3), « *je dirai que je lui consacre une toute petite place assez modeste..., je ne regarde pas régulièrement donc...* » (AS2) ; ou encore qu'ils **oubliaient d'utiliser PAACO** : « *nous ce logiciel là on l'utilise un peu par période, quand on a un patient qui arrive et qu'on a sur PAACO, ben c'est trop bien, on n'y croit presque pas, et du coup on va chercher pour tous nos patients. Et des fois on n'a pas de patient avec PAACO, du coup on cherche pas, on a pas forcément ce réflexe.* » (AS3).

3.2.5.4. Importance du téléphone dans les situations complexes

Les professionnels de santé se sont parfois trouvés limités avec la messagerie de PAACO pour certaines prises en charge, ils ont dit **préférer s'appeler pour les situations complexes** : « *ce qu'il y a c'est qu'on s'appelle. PAACO ça va être assez bref. Si c'est des cas complexes comme nous on a, on est bien souvent amenés à travailler par téléphone pour échanger, souvent c'est des situations complexes qu'on gère donc ...* » (PTA1).



3.2.6. Organisation d'un dossier patient

3.2.6.1. Partage des informations concernant un patient

Il est apparu lors des entretiens que PAACO permettait de partager des informations concernant un patient. Les utilisateurs ont dit que lorsqu'ils prenaient en charge une nouvelle personne, s'ils pouvaient **accéder à une situation déjà partagée sur PAACO** : « *je regarde s'il y a des nouvelles situations, ou je vais moi-même regarder si... si ces situations sont... les situations que je vois au quotidien sont connues de PAACO* » (AS2) ; cela leur permettait de **s'épargner une collecte d'informations** : « *ça nous permet quand un patient arrive à l'hôpital et qu'on ne le connaît pas d'avoir, si il est sur PAACO, parce que bon tous ne le sont pas, d'avoir quand même des informations que l'on mettrait plus de temps à obtenir autrement, d'avoir le téléphone de la personne de confiance, de savoir qui sont les intervenants, enfin on gagne du temps, quand c'est bien rempli* » (AS3) ; de **connaître l'environnement du patient** : « *les avantages c'est déjà... quand il y a les personnes à prévenir que nous on n'a pas, et beh c'est répertorié sur PAACO, donc c'est utile.* » (SM1) ; et de **connaître les intervenants en charge du patient** : « *comme des fois il nous manque les intervenants, si le patient est sur PAACO on peut, par contre, assez facilement trouver quels sont les intervenants. Ça c'est plutôt un avantage ...* » (AS1).

Ils ont estimé que le dossier PAACO permettait de **mettre en commun différentes sources d'informations** : « *chacun fait en fait des comptes rendus de ses rencontres avec les patients* » (MG1), « *les avantages c'est que pour une personne quand tous les intervenants sont sur PAACO tu mets, euh, on est tous en lien, on est tous au courant, voilà quoi, le travail est plus fluide, les informations sont bien partagées* » (PTA1) ; et de **garder un historique des informations** : « *quand on trouve le patient sur PAACO, on peut remonter sur l'intégralité des transmissions qui ont été faites et ça nous permet d'avoir un regard sur comment ça se passait à la maison il y a quelques mois, aujourd'hui, et ça affûte un peu notre évaluation et c'est pas mal d'avoir ça qu'on a pas autrement.* » (AS3), « *l'information elle est diffusée à tout le monde et en même temps, elle ne peut pas se perdre ou être modifiée, donc c'est sûr que oui c'est très bien.* » (PTA1) ; ce qui aidait à **pallier l'incapacité du patient d'informer** dans certaines situations : « *on y recherche d'autres choses que de la communication. Par exemple quand on a besoin de savoir qui est l'infirmière à domicile du patient, et beh tiens, on va avoir l'idée d'aller voir sur PAACO effectivement si c'est recensé,*

si la situation est connue. Si c'est recensé, on va voir ce type d'informations, que le patient ne saura pas nous dire, qui est son infirmière à domicile, enfin bon des choses comme ça. » (AS2).

Dans ce dossier, il était aussi possible de **collecter le ressenti du patient** exprimé auprès des différents intervenants : *« on travaille aussi quand le maintien au domicile est compromis, on travaille les projets d'entrées en EHPAD, donc on fait visiter les établissements plus ou moins avec les familles si ils en ont et si ils s'entendent bien avec eux, et là on met également les ressentis, si la personne a adhéré ou pas du tout à la visite, voilà, pour que l'on travaille tous dans le même sens quoi. L'idée c'est ça. » (PTA2).*

Certains utilisateurs ont ajouté que ce dossier PAACO leur permettait **de retrouver des documents à usage fréquent** : *« Encore un avantage, la présence de lecture par patient qui permet de retrouver des... voilà, il y a un moment j'ai déjà prescrit une ordonnance kiné donc je l'ai marqué là-dedans, je n'ai pas besoin de la represcrire 1 mois plus tard » (MG1).*

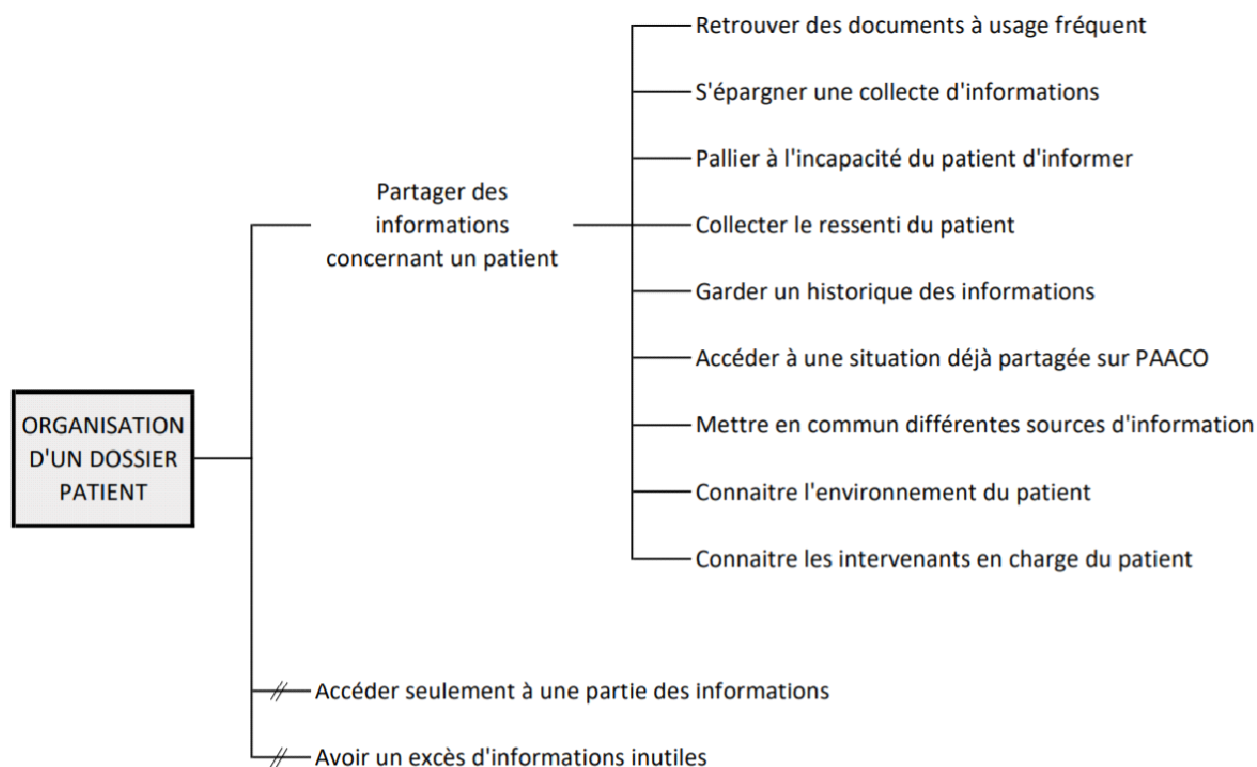
3.2.6.2. Accès partiel aux informations

Les professionnels craignaient cependant que les nouveaux arrivants sur un dossier ne puissent **accéder seulement à une partie des informations** : *« si l'urgentiste il attrape le mec dans PAACO et qu'il n'a pas tout ce qu'il y avait avant, qu'il a juste les activités sur les derniers jours, et bien il ne va pas comprendre l'histoire du patient » (MG1).*

3.2.6.3. Surcharge d'informations

Le risque du partage de ce dossier patient était, pour certains utilisateurs, **d'avoir un excès d'informations inutiles** : *« par exemple quand on est sur un patient où il y a l'HAD, il y a l'infirmière... c'est vrai que j'ai oublié, il y a le pharmacien aussi qui peut être dessus... Il y a moi, et par exemple l'HAD veut envoyer un message au pharmacien, et moi j'ai le message aussi, mais c'est un message qui en quelque sorte ne m'intéresse pas. Qu'ils puissent pouvoir discuter qu'eux ensemble, parce que j'ai le message, j'ai la réponse, j'ai la re-réponse, j'ai les re-trucs alors que je n'ai pas grand-chose à voir dans cette discussion-là. Donc pouvoir par moment, pouvoir faire à côté une discussion entre guillemets privée, juste choisir le*

destinataire, qu'il y ait que lui qui l'ai et qu'ils gardent leur discussion ensemble le temps de boucler leur truc et de nous donner que la conclusion » (MG2).



3.2.7. Droits du patient et confidentialité des données médicales

3.2.7.1. Confidentialité des données

Le thème de la confidentialité a été abordé lors des entretiens. Les personnes interrogées ont dit utiliser PAACO car le logiciel leur permettait d'**échanger de manière sécurisée** : « *les avantages c'est une plateforme qui permet d'échanger sur des informations confidentielles de manière sécurisée* » (AS3). Cependant il a été identifié que cette confidentialité était un peu limitée car il arrivait d'**utiliser PAACO sur le compte d'un autre** : « *on marque s'ils sont hospitalisés, dans quel service, les retours et des fois on a des médecins qui prennent nos codes pour rentrer ce qu'il a le patient, pour tenir au courant les autres médecins.* » (SM1).

Certains ont dit **désirer des conversations plus confidentielles** : « *Les points peut-être un petit peu plus de sécurité, des dialogues plus individuels, parce que j'ai l'impression que, tout en étant pas très spécialiste, mais quand on parle de soignant à soignant, il faut intégrer l'infirmière, le kiné... Je pense qu'il faudrait pouvoir être beaucoup plus... pas forcément besoin que le pharmacien soit dans la boucle où des fois... parce que la pharmacie, il y a le pharmacien mais il y a les préparateurs... enfin ça fait beaucoup de monde. Moi je pense qu'il faut améliorer la prise en charge du secret professionnel. Je crois que ça ça me paraît important.* » (MG3). Ils ont précisé **manquer de lisibilité lors du choix des destinataires** : « *Pour l'instant en tous cas, on sait pas trop qui est-ce qui voit, qui est-ce qui ne voit pas, qu'est-ce que l'on peut mettre ou ne pas mettre* » (AS1), « *c'est vrai que ça ce n'est pas très lisible, quand vous envoyez le message, bon il faudrait regarder en temps réel de voir exactement sur quelle ligne vous êtes, mais après on n'identifie pas, euh, il faudrait peut-être une petite infirmière ou un petit logo sur chaque bulle globe, pour identifier "tiens ce message il était à destination de telle ou telle personne", et comme ça ça reste sur les bulles et on aurait quelque chose de beaucoup plus visuel, je pense que ça ça serait intéressant.* » (MG1). Ils ont donc essayé d'être **vigilants sur le choix des destinataires** : « *même si c'est assez intuitif des fois il faut faire attention à qui on envoie le message. Effectivement si on n'a pas coché l'item "que pour les médecins" et que ça part à tout le monde, enfin bon, c'est le truc où il faut faire un peu attention, c'est vraiment l'inconvénient.* » (IL2).

Des professionnels de santé ont admis **s'inquiéter de la confidentialité des informations partagées** : « *on est en formation aussi on va dire (rire) quelque part sur PAACO hein, parce que certaines fois on hésite, est-ce que l'on peut mettre telle ou telle information ? Notamment quand c'est des problèmes financiers hein, est-ce que tous les destinataires ont besoin d'être informés ? Voilà c'est qu'on communique beaucoup avec ma collègue aussi, [...], pour savoir, euh, rester aussi dans la confidentialité dans certaines situations particulières.* » (PTA2).

3.2.7.2. Droits du patient

Le dossier PAACO contient des données médicales et personnelles qui nécessitent une certaine sécurité et un respect du secret médical. Une partie des professionnels interviewés nous ont dit se poser des questions sur le contenu de ce recueil de données un peu particulier et **s'interroger sur le droit du patient concernant son dossier PAACO** : « *Après c'est ça*

que je trouve criant le plus quoi, si un jour un patient veut récupérer toutes les données écrites sur PAACO ça m'interroge quand même. » (PTA2).

3.2.7.3. Consentement du patient

Les utilisateurs de PAACO ont dit **s'interroger sur le recueil du consentement du patient** : *« Et dernier inconvénient, je sais que les professionnels de la PTA le font beaucoup, je l'ai vu hein, ils informent toujours les patients qu'ils vont créer un dossier PAACO, ils le font avec leur accord, mais ce n'est pas le cas de tous les intervenants. Il y a énormément de patients qui ne savent pas qu'on échange sur eux et qu'il y a un dossier à leur nom alors que je crois que c'est la loi de 2002 qui le prévoit quand même, non ? Normalement ils doivent être au milieu de tout ça. » (AS3).*

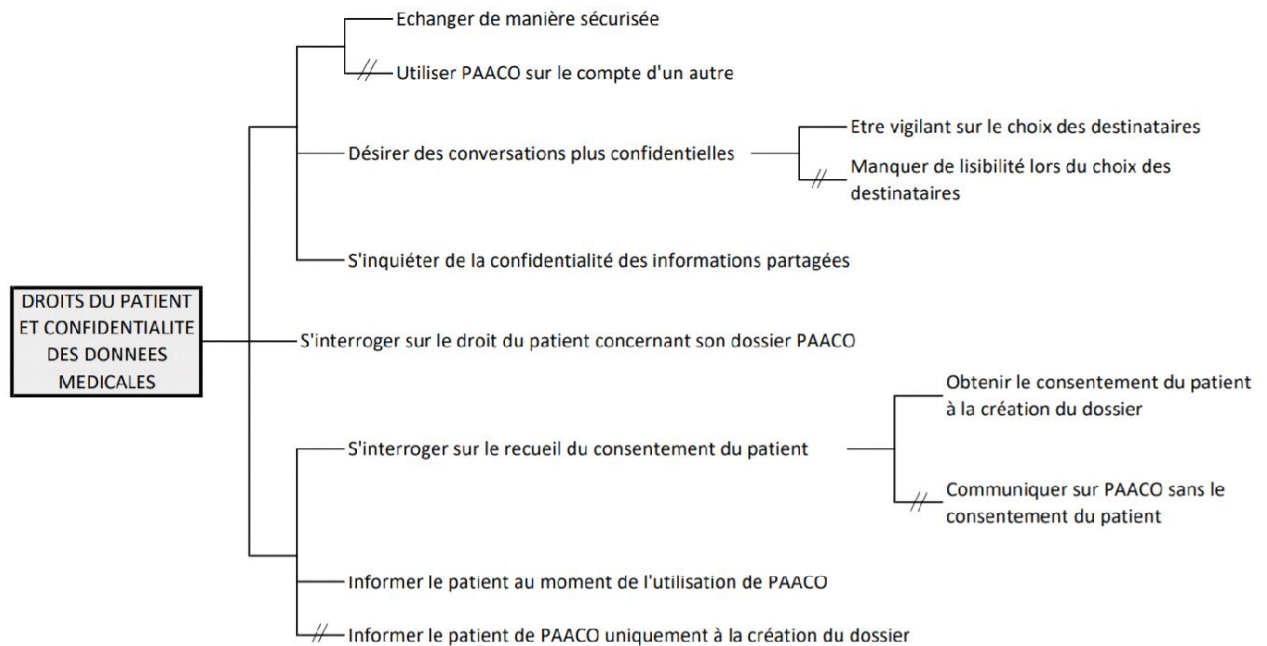
Certains essayaient d'**obtenir le consentement du patient à la création du dossier** : *« T : [...] vous demandez l'accord du patient avant de communiquer sur un dossier ?*

I : En oral, oui. Je lui explique qu'on va ouvrir un dossier, ils sont toujours d'accord, et disent "oui, ça a l'air très bien". Mais de manière orale, oui, toujours, je lui demande s'il est d'accord qu'on puisse communiquer les informations avec l'équipe infirmières, avec l'HAD, mais généralement ils sont toujours d'accord. » (MG2).

Mais d'autres avouaient **communiquer sur PAACO sans le consentement du patient** : *« des fois on note des transmissions, on n'a pas le consentement encore de la personne, et comme dit ma collègue, et elle a raison, on note des informations sur une personne qui ne nous a pas donné son consentement. Alors que sa famille peut être très inquiète parce qu'il se met en danger pour x raison, mais la personne en question ne veut pas que l'on s'occupe d'elle, et nous on est train de noter des informations et de mettre des choses sur elle » (PTA2).*

Pour ce qui est de tenir au courant le patient de l'utilisation de PAACO il y avait différentes pratiques : ceux qui **informaient le patient au moment de l'utilisation de PAACO** : *« quand on est chez les patients, c'est vrai que moi souvent je le fais en même temps et je leur dis bah "je mets ça, ça, ça pour le médecin, qu'il le voit" ». » (IL3) ;* et ceux qui **informaient le patient de PAACO uniquement à la création du dossier** : *« en général*

quand on l'utilise, c'est parce qu'il est déjà référencé sur PAACO, et quand on y va, on ne va pas forcément aller le dire aux patients, effectivement. Alors que l'on sait, effectivement, que le patient doit être averti qu'il y aura effectivement une communication sur PAACO. Nous pensons que c'est déjà fait par celui qui a créé le dossier. » (AS2).



3.2.8. Utilisation de PAACO à l'hôpital

3.2.8.1. Déploiement de PAACO sur l'hôpital

Les professionnels de santé pensaient qu'il fallait **laisser du temps pour s'approprier PAACO à l'hôpital** : « on est en plein dedans, il faudrait peut-être plusieurs mois plusieurs années avant de pouvoir en parler et avoir du recul dessus. Mais c'est sûr que ça améliorera la communication » (AS3).

Cependant, certains ont dit **douter de l'intérêt de PAACO à l'hôpital** : « par contre, oui, ce genre de support je ne sais pas si c'est vraiment adapté pour l'hospitalier » (IL2) ; notamment

car ils **craignaient une chronophagie à l'hôpital avec PAACO** : « *nous aux urgences, ce qu'il nous manque c'est le temps. Voilà, tu vois, moi là je vois aujourd'hui, je suis arrivée à le faire régulièrement. Mais quand tu as quinze entrées devant, tu ne peux pas le faire. Donc tu essaies de rattraper après, mais la plupart du temps ils ne sont pas dessus, mais c'est vrai qu'ils seraient tous logués sur PAACO, je ne sais pas comment l'on ferait quoi. Voilà, c'est juste le manque de temps.* » (SM1).

L'état des lieux fait lors des entretiens montrait que le **déploiement hospitalier était lent** : « *le bilan avait été fait qu'en fait tous les services de l'hôpital ne l'utilisaient pas du tout alors que tous en sont pourvus, que le service qui l'utilise le plus ça serait nous, le service social, et que du coup c'est peut-être plus nous qui allons l'utiliser et donner les informations en interne à l'oral aux collègues. Et je crois que les urgences aussi ils commencent à l'utiliser pas mal mais que ça ne fonctionnait pas trop.* » (AS3).

Cette lenteur était justifiée par les interviewés en disant qu'**il y avait un manque d'intérêt de la part du personnel hospitalier** pour PAACO : « *J'ai un doute sur le fait que cela s'étende, que l'utilisation s'étende sur l'hôpital, parce que je ne rencontre pas grand monde qui se sentent concernés par PAACO. Donc j'ai un doute, j'ai l'impression que cela va rester quelque chose de très marginal sur l'hôpital, sur l'utilisation de PAACO. Je ne sais pas effectivement si les utilisateurs vont y trouver leur compte en fait. S'il n'y a que nous, service social, qui nous en occupons, est-ce que cela intéressera vraiment l'extérieur... je ne sais pas.* » (AS2) ; et qu'à ce jour ils **n'utilisaient PAACO à l'hôpital que pour les dossiers déjà existants** : « *J'essaie de le faire au moins sur les lits-porte. Pour savoir s'ils sont inscrits sur PAACO et s'ils ont été hospitalisés ou pas, voilà. Et tu vois aujourd'hui j'ai continué un peu plus sur les gens qui étaient côté hospit, et il y en a aucun encore d'inscrit sur PAACO. Donc en fait on n'a pas grand monde.* » (SM2).

3.2.8.2. Communication de l'hôpital vers l'extérieur

Une communication s'est mise doucement en place de l'hôpital vers la ville, avec l'arrivée de ce nouvel outil. Les professionnels de santé estimaient pouvoir **coordonner les situations complexes avec PAACO** : « *T : [...] dans quelles situations tu vas choisir d'utiliser PAACO par rapport à un autre moyen de communication ?*

I : Pour des personnes isolées en premier lieu, ou qui ne peuvent pas forcément assurer la coordination des acteurs à domicile quand on sera plus, et qui n'ont pas forcément de famille pour le faire non plus. Et des situations complexes, parce qu'on en a des situations complexes de maintien à domicile. Et les situations où il y a énormément d'intervenants. C'est rare, mais on a déjà aidé des patients où il y avait deux cabinets libéraux qui intervenaient et (rire) c'est un sacré bazar pour que tout le monde se coordonne » (AS3).

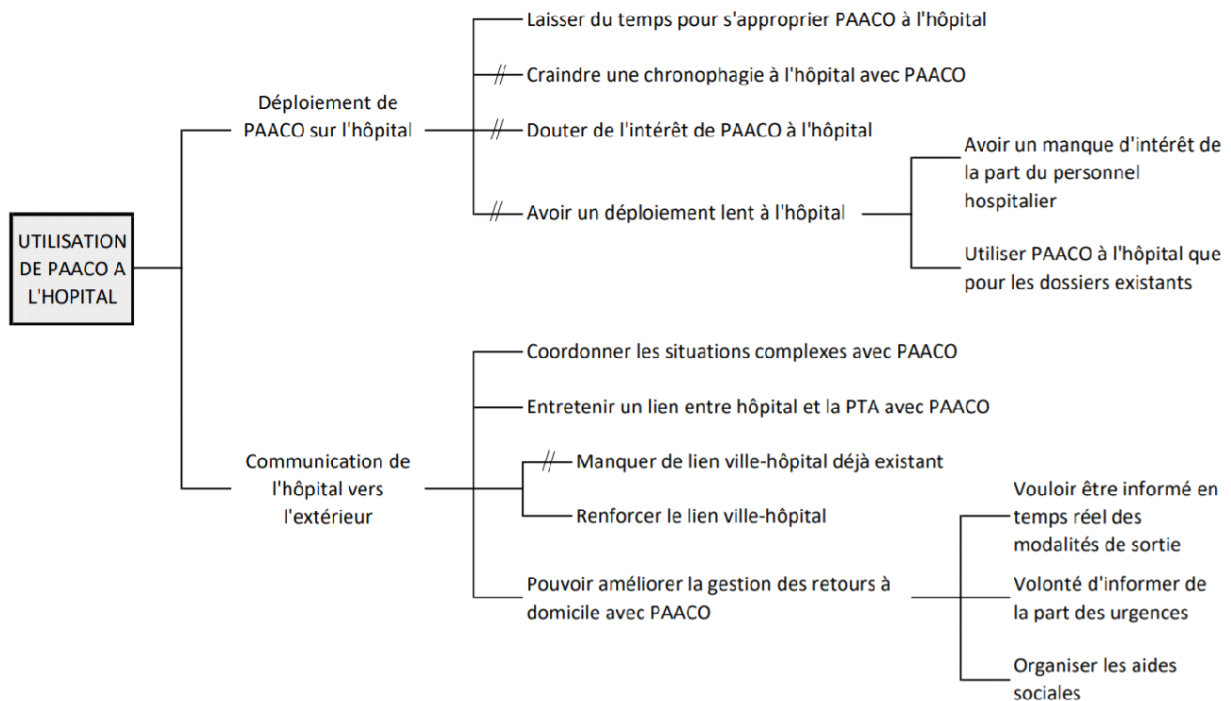
Certains ont signalé **entretenir un lien entre l'hôpital et la PTA avec PAACO** : « *la plateforme territoriale d'appui, anciennement MAIA, eux ils l'utilisent quasiment systématiquement sur tous les patients qu'ils accompagnent. Et comme je travaille beaucoup avec eux, surtout pour les patients de l'extérieur, avec eux on partage.* » (AS1).

Les utilisateurs ont souligné qu'ils **manquaient de lien entre la ville et l'hôpital déjà existant** avant l'arrivée de PAACO : « *ça pourrait être un bon moyen de faire du lien et qu'on soit moins tous cloisonnés. Parce que c'est vraiment chacun fait son petit truc dans son coin et appelle l'autre quand il a besoin, mais voilà il n'y a pas de lien* » (IL3), « *les avantages ça peut être les relations entre l'extérieur et l'intérieur, et l'hôpital. Mais ce qu'on n'a pas trop aujourd'hui.* » (E9) ; mais que tout de même, ce changement avait vocation à **renforcer le lien entre la ville et l'hôpital** : « *l'avantage que j'y vois effectivement, c'est justement de pouvoir communiquer avec l'extérieur de l'hôpital facilement* » (AS2).

Ils ont évoqué le fait de **pouvoir améliorer la gestion des retours à domicile avec PAACO** : « *La personne elle est allée aux urgences, on sait si elle est sortie ou pas, en fait ça nous permet de travailler ensemble quoi. Et de travailler sur le retour au domicile s'il y a des choses à mettre en place ou pas, de travailler tout ça et de ne pas se retrouver en catastrophe au domicile à gérer en urgence quoi.* » (PTA1).

Ils ont noté une **volonté d'informer de la part des urgences** : « *ça peut être pareil avec l'extérieur. Tu vois, même les gens qui sortent, qui ont passé la journée là, on prend le recueil médical, on le transfère directement chez le docteur. Même s'ils ne restent pas, même si ce n'est pas des lits-porte, ça va plus vite... le docteur peut après, il me semble, derrière analyser plus facilement s'il doit y aller plus vite faire sa visite ou... Et puis déjà il sera au courant qu'il est passé aux urgences. Le docteur, l'infirmière, le kiné...* » (SM2) ; la possibilité d'**organiser les aides sociales** avec PAACO : « *je me suis appuyée sur la personne de confiance, l'aidant familial, et après à la sortie d'hospitalisation j'ai mis à jour PAACO en*

disant tout ce que j'avais modifié dans la prise en charge à domicile, les auxiliaires de vie à telle date, telle heure machin... Et enfin il y avait déjà eu une intervention de la PTA, c'est pour ça qu'il y avait un dossier PAACO. Mais là ils n'intervenaient plus, donc ça m'a permis de les resolliciter, et du coup ils sont revenus dans la situation plus rapidement, c'était très positif. » (AS3) ; et précisait **vouloir être informés en temps réel des modalités de sortie**, étant donné que cela commençait déjà à se faire pour certains patients, à travers PAACO : « là j'ai expérimenté, malgré tous les travaux qu'on a fait sur les sorties de patients, j'ai encore expérimenté une sortie un peu houleuse. » (MG3).



3.2.9. Utilisation de PAACO en ville pour communiquer avec l'hôpital

3.2.9.1. Déploiement de PAACO sur la ville

Les utilisateurs ont vu une avancée en ce qui concerne le déploiement de PAACO chez les professionnels de santé du territoire, hors hôpital. Certains ont donc dit **espérer une influence du déploiement en ville sur l'hôpital** : « La machine hospitalière elle est lourde et c'est pour

ça que je pense que si ça se développe avec les intervenants libéraux ça peut apporter une dynamique qui n'existe pas à l'hôpital. » (MG3).

3.2.9.2. Communication de la ville vers l'hôpital

De même que pour la communication de l'hôpital vers la ville, dans le sens inverse les professionnels de santé estimaient aussi avoir la possibilité de **coordonner les situations complexes avec PAACO** : *« on met dans PAACO généralement des situations complexes un petit peu sur le fil là, donc ça c'est bien aussi » (MG1).*

Ils ont souligné pouvoir **communiquer avec les équipes mobiles avec PAACO** : *« C'est essentiellement pour des patients soit qui ont été hospitalisés soit qui sont suivis par une équipe mobile, que ce soit soins palliatifs ou gériatrie » (MG1).*

Du fait de l'apport du nouvel outil dans la communication, les utilisateurs ont dit **vouloir partager des prises en charge avec l'hôpital** : *« le bras armé des équipes mobiles c'est le médecin, c'est l'infirmier du patient etc... donc est-ce que ça pourra mixer un jour des équipes mobiles euh au sein... dans les hôpitaux avec des intervenants extérieurs puis des intervenants hospitaliers » (MG3).*

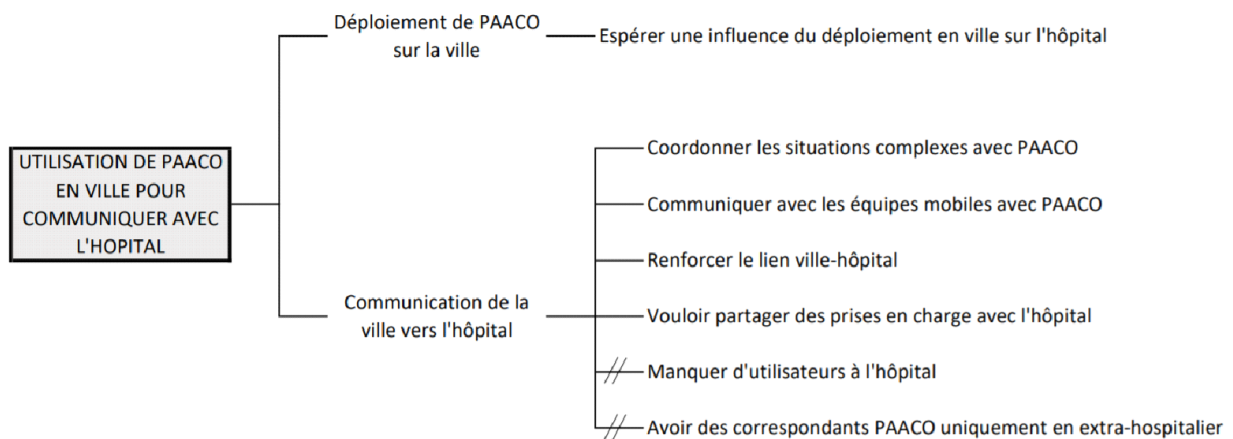
Ils ont mis en évidence, tout comme l'hôpital, leur espoir que l'arrivée de PAACO permette de **renforcer le lien entre la ville et l'hôpital** : *« c'est vrai que sur PAACO c'est hyper intéressant parce qu'il y a le lien qui se fait quoi. On est au courant que la personne est hospitalisée et on peut travailler ensemble » (PTA1).*

Malgré tout, ils ont dit **manquer d'utilisateurs à l'hôpital** : *« T : [...] au sein de l'hôpital, qu'est-ce que tu penses du déploiement de PAACO ?*

I : ...(réflexion) et bien qu'il est assez insatisfaisant je dirais (rire), parce que bon les urgences l'utilisent mais un tout petit peu je crois. Nous on nous a mis une grosse pression en nous disant que c'était nous qui l'utilisions le plus et que si on s'arrêtait, ben voilà, ça serait foutu quoi, sauf que voilà, tu l'as bien vu, on n'accompagne pas tous les patients de l'hôpital, donc si il y a des intervenants libéraux qui écrivent des informations sur PAACO à destination de n'importe quel professionnel hospitalier, et ben nous si on va pas le voir l'information ne passe pas, donc je pense que ça serait pas mal si au moins une personne par

service était formée et pouvait aller checker. Mais après c'est la question du temps, tout ça, qui entre en jeu. » (AS3).

Certains ont même été jusqu'à dire qu'ils avait des correspondants PAACO uniquement en extrahospitalier : « Moi, de mémoire, je crois que je ne l'ai jamais utilisé en direct avec l'hôpital, non, je ne crois pas non, ça ne me dit rien comme ça. » (IL2).



3.2.10. Perception du potentiel de PAACO

3.2.10.1. Attente d'autres bénéfices

Quand les personnes interrogées faisaient le point sur leur utilisation actuelle de PAACO et leur perception de son évolution, ils disaient **attendre davantage de bénéfices de PAACO** : « des fois, comme je te dis, ça peut nous apporter. Mais pour l'instant on ne voit pas encore l'intérêt. Pas encore en tout cas. » (AS1), « Ça pourrait vraiment apporter si l'on utilisait plus que ça » (AS1).

Notamment, les utilisateurs de la ville attendaient plus d'informations de la part de l'hôpital, ils ont dit :

- **Souhaiter être informés des mouvements du patient à l'hôpital** : « Mon rêve ça serait que justement quand mon patient arrive à l'hôpital, que ça soit dans un service

ou aux urgences, ou quoi que ce soit, on soit prévenu de suite, juste un message, et dire "il est rentré à l'hôpital pour ça", si il est aux urgences qu'ils nous disent "il est pris en hospitalisation dans tel service", et le jour où il sort, qu'on ait le motif d'admission, le diagnostic et le traitement de sortie. » (MG2).

- **Désirer être informés systématiquement d'une admission à l'hôpital** : *« une fois j'ai vu, mais alors en plus, j'ai un patient qui était aux urgences où j'ai vu tout d'un coup qu'il était apparu sur PAACO sur la structure des urgences de l'hôpital, mais j'avais envoyé un message, pour savoir, je ne savais pas qu'il était aux urgences, pour savoir pourquoi il était aux urgences et s'ils voulaient que je leur envoie quelque chose » (MG2).*
- **Désirer être informés d'un décès à l'hôpital** : *« Le cas le plus fréquent sur lequel on est le plus énervé c'est par exemple les décès. On les apprend par le journal, on n'est pas au courant, on voit la famille, et alors comment il va, ah bon... c'est un petit peu...hein, c'est un peu embêtant » (MG2).*

Et ils **souhaitaient partager un dossier patient à l'hôpital** : *« Je pense qu'il faut qu'on puisse avoir, alors par l'intermédiaire de PAACO, de Globule, du DMP, je ne sais pas, mais avoir accès à un dossier d'hospitalisation d'un patient me paraît absolument fondamental quoi, quand on exerce. » (MG3).*

D'un autre côté, les professionnels de santé ont exprimé **vouloir plus d'informations de la part des médecins généralistes** : *« on n'a pas les renseignements nécessaires, il n'y a pas l'info de tous les patients. Pas l'intégralité bien sûr, parce que tout ne nous concerne pas, oui quand même la biologie, les consultations, les examens prévus, pourquoi, quels examens, ça nous est utile. Et les résultats aussi, savoir ce qu'il y a sur le doppler par exemple, parce que là c'est les patients qui nous le disent. Ce n'est pas sûr qu'ils nous disent les bonnes choses. Alors on fait un peu au pif » (IL1).*

3.2.10.2. Bénéfices insuffisants

Les professionnels de santé ont dit **trouver les bénéfices de PAACO insuffisants** : *« des fois, comme je te dis, ça peut nous apporter. Mais pour l'instant on ne voit pas encore l'intérêt. Pas encore en tout cas. » (AS1), « Après ça ne répond pas du tout encore à notre besoin. » (IL1).* Certains ont avoué **délaissé PAACO à cause du manque de**

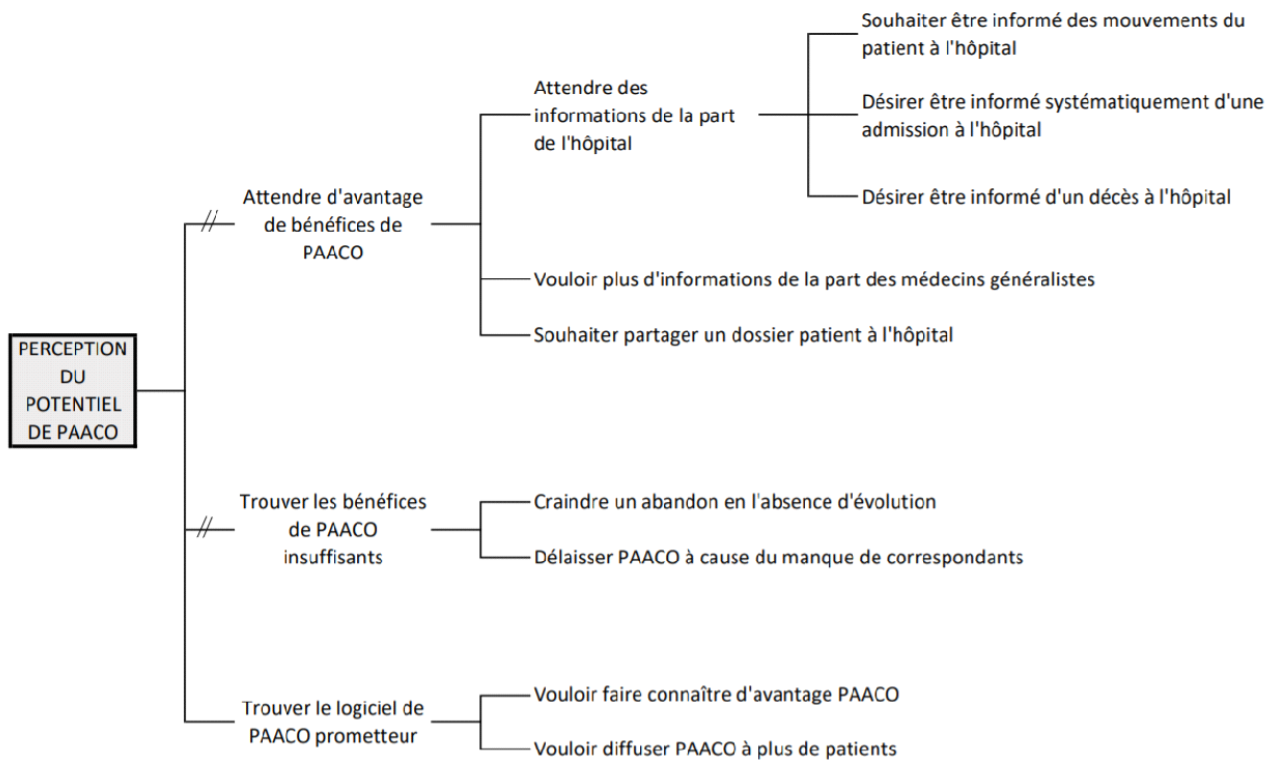
correspondants : « *tant que ce ne sera pas plus répandu, on aura du mal à l'utiliser* » (AS2).
Ils craignent un abandon en l'absence d'évolution : « *l'existence de PAACO, sa survie..., c'est lié à son utilisation. Donc il faut que cela soit davantage étendue, sinon les gens arrêteront de l'utiliser.* » (AS2).

3.2.10.3. Logiciel prometteur

Mais il y avait quand même des utilisateurs qui **ont trouvé le logiciel de PAACO prometteur** : « *je pense que c'est vraiment, ça peut, c'est peut-être le premier outil qui va nous aider enfin à faire tomber les murs de l'hôpital quoi, finalement.* » (MG3).

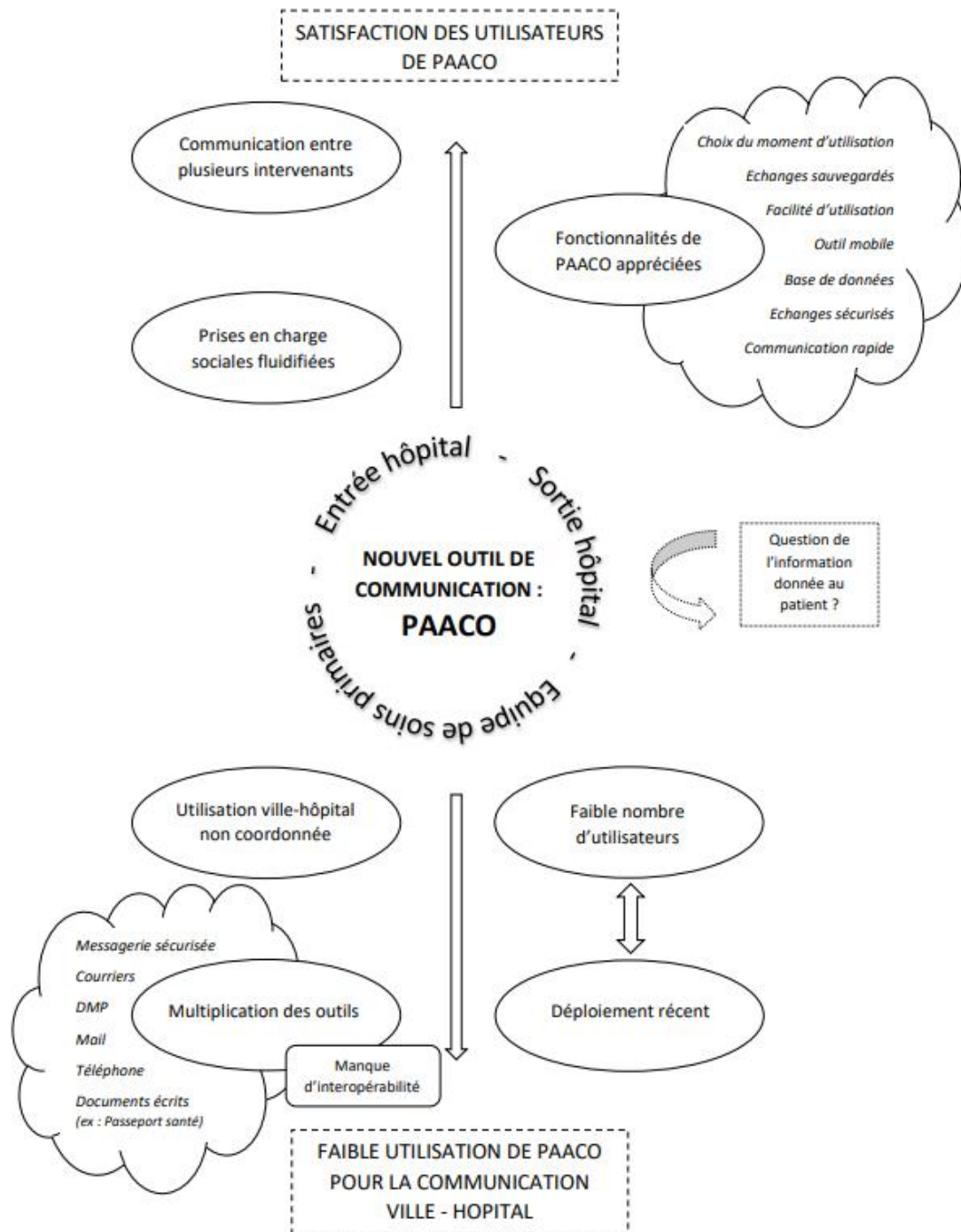
Ces personnes ont exprimé leur envie de :

- **Vouloir faire connaître d'avantage PAACO** : « *ce qu'il pourrait manquer c'est des flyers ou des plaquettes d'information, parce que à l'HAD je suis toujours en train de faire la promo de PAACO auprès de infirmiers au domicile, parce que ça me simplifierait la vie qu'ils l'aient. Et en fait quand tu leur en parles à l'oral ils sont intéressés, mais je me dis s'ils avaient quelques choses qui explique un peu plus je pense que ça pourrait se développer un peu plus* » (AS3).
- **Vouloir diffuser PAACO à plus de patients** : « *quand on a un patient qui arrive et qu'on a sur PAACO, ben c'est trop bien, on n'y croit presque pas* » (AS3).



3.3. Schéma conceptuel

Ce schéma résume l'ensemble de nos résultats. Il a pour point de départ l'arrivée d'un nouvel outil de communication, PAACO-Globule, dont l'utilisation s'articule autour de trois moments clés d'utilisation : l'entrée à l'hôpital, la sortie de l'hôpital et la communication en ville entre professionnels de l'équipe de soins primaires.



4. DISCUSSION

L'objectif principal de notre étude était de recueillir et analyser le ressenti des professionnels de santé et du milieu social concernant l'utilisation de PAACO pour la communication entre la ville et l'hôpital.

4.1. Discussion des forces, des limites et des biais de l'étude

Notre étude présente plusieurs forces. Nous avons choisi de nous concentrer non pas sur plusieurs mais sur un seul outil de communication. De plus jusqu'ici peu de travaux s'étaient intéressés à l'utilisation de PAACO, notre étude porte donc sur un sujet peu traité. Ensuite les participants ont été recrutés selon des critères variés ce qui nous a permis d'obtenir un échantillon diversifié. En outre nous sommes parvenus à une saturation globale des données lors de notre recueil. Enfin l'ensemble du codage a été réalisé à deux en pratiquant une triangulation des données, ceci a eu pour effet de limiter la subjectivité de l'analyse et a donc renforcé la validité interne de notre étude.

Notre travail comporte cependant des limites. Bien que notre échantillon soit diversifié, il est composé d'un nombre réduit de participants, il nous est donc difficile de pouvoir dire que nous avons atteint une saturation des données pour chaque profession interrogée. Cependant nous avons réussi à être exhaustifs sur une profession, en incluant à l'étude toutes les assistantes sociales de l'hôpital. D'autre part cette étude qualitative était la première que nous menions, notre manque d'expérience dans ce domaine représente donc une des limites à notre travail.

En outre nous avons identifié des biais dans notre étude. Un des participants n'avait jamais fait l'expérience d'une communication entre ville et hôpital via PAACO, il ne remplissait donc pas tous les critères d'inclusions de notre échantillon ce qui constitue un biais de sélection. De plus nous pensons que notre recueil de données a inévitablement amené un biais de désirabilité sociale.

4.2. Discussion de la méthode

4.2.1. Choix du type d'étude

Notre travail avait pour but d'analyser et de comprendre le comportement des utilisateurs de PAACO concernant leur pratique du logiciel. Il s'agissait d'explorer et d'expliquer un phénomène et non pas de le mesurer ou de le quantifier. Notre choix de réaliser une étude qualitative des données était donc pertinent car il a permis de faire ressortir de nombreuses idées avec des points de vue différents. Nous avons choisi une approche par analyse interprétative phénoménologique car celle-ci vise à explorer le ressenti d'individus au sujet d'une expérience qui leur est commune.

4.2.2. Discussion de l'échantillon

Dans une étude qualitative l'échantillon n'a pas besoin d'être représentatif de la population cible, cependant il doit être le plus diversifié possible afin d'apporter une plus grande richesse de données.

L'inclusion des personnes au fur et à mesure de notre étude nous a permis d'obtenir un échantillon hétérogène sur plusieurs points.

Tous les corps de métiers faisant partie de la population cible étaient représentés (assistante sociale, infirmière, médecin et secrétaire médicale).

Les lieux d'exercice des professions étaient également diversifiés (hôpital, libéral, PTA), et parmi les professionnels en milieu libéral nous avons intégrés à l'étude des personnes exerçant en zone urbaine et des personnes exerçant en zone rurale.

Ces modes d'exercices variés ont permis de soulever des points de vue différents sur le phénomène étudié.

Cependant notre échantillon à l'étude aurait pu être plus hétérogène encore.

Nous avons fait le choix d'inclure à notre étude uniquement des personnes qui avaient déjà un minimum d'expérience dans l'utilisation de PAACO. Or, en plus du projet récent d'intégration de PAACO à l'hôpital d'Oloron, le déploiement et l'utilisation du logiciel ont connu plusieurs mois de retard sur les objectifs de départ. De ce fait, lorsque nous avons débuté le recueil de données, aucun médecin et aucun infirmier de l'hôpital n'avait fait l'expérience de l'utilisation

de PAACO. Obtenir les témoignages de ces professionnels hospitaliers aurait permis de recueillir une plus grande variabilité de données. Notre travail de recherche aurait probablement abouti à un résultat différent s'il avait été effectué plusieurs mois plus tard.

L'intégration à notre étude de kinésithérapeutes, de pharmaciens ou de médecins coordinateurs en EHPAD aurait également pu apporter une plus grande variabilité des données recueillies. Cependant, aucune de ces professions n'avait de représentant ayant déjà utilisé PAACO pour une communication entre ville et hôpital.

Nous avons également noté que le genre était peu varié, en effet nous avons interrogé 10 femmes pour seulement 3 hommes. Cette inégalité est principalement liée au fait que le personnel hospitalier est composé d'une part féminine plus importante. Il pourrait aussi y avoir un biais de sélection à ce niveau-là qui pourrait influencer nos résultats.

4.2.3. Discussion des entretiens

Nous avons choisi d'effectuer le recueil des données au travers d'entretiens individuels semi-directifs, organisés dans un lieu calme, et non par focus group afin de laisser aux participants la possibilité d'exprimer leur propre pensée.

Les personnes interviewées étaient informées du caractère anonymisé de l'entretien pour permettre une expression d'opinion la plus libre possible.

L'utilisation d'entretiens individuels nous a permis d'inclure progressivement les participants jusqu'à atteindre la saturation des données recueillies.

Le déploiement de PAACO au sein de l'hôpital d'Oloron Sainte Marie s'est déroulé de manière progressive dans les différents services choisis à compter du mois de mai 2019. Nous avons donc décidé de réaliser les entretiens à partir de janvier 2020 afin de laisser un délai de formation et d'utilisation convenable aux intervenants de l'hôpital.

Le déroulement de ces entretiens a été préparé en amont avec l'aide de nos directeurs de thèse les Docteur ARGACHA et Docteur MARION par la réalisation du guide d'entretien.

Le guide était constitué de questions ouvertes, avec une formulation aussi neutre que possible, afin de laisser à l'interviewé la possibilité de s'exprimer librement. Ces questions ont été testées et évaluées lors du premier entretien puis jugées pertinentes pour la réalisation des six

entretiens suivants. A partir du septième entretien les questions et relances ont été remaniées dans le but de s'adapter aux idées et thèmes soulevés lors des premiers entretiens, permettant ainsi au guide d'évoluer en même temps que notre travail d'analyse.

Le guide comprenait également un tableau reprenant les différents sujets à évoquer. Durant nos entretiens nous nous sommes servis de ce tableau comme d'un pense-bête afin de pallier l'oubli d'évoquer un sujet important.

Cependant les règles de bonne réalisation des entretiens n'ont pas toujours pu être respectées. Un entretien a été interrompu par l'irruption dans la pièce d'une tierce personne, qui a participé aux réponses des questions durant plusieurs minutes de l'entretien. Un autre entretien a quant à lui été réalisé en totalité avec deux participants en même temps. Ces deux cas n'ont pas permis de faire ressortir une opinion parfaitement propre à chaque individu, néanmoins ils ont eu le mérite de libérer la parole des interlocuteurs en diminuant le caractère anxiogène que peut comporter la participation à un tel entretien.

Il s'agissait pour chacun de nous de notre tout premier travail en recherche qualitative, nous n'avions donc jamais réalisé d'entretien individuel auparavant. Nous estimons que nos capacités à diriger les entretiens se sont améliorées au fur et à mesure de l'avancement de l'étude. Néanmoins, lors des premiers entretiens principalement, il nous a parfois paru difficile de maintenir la neutralité de nos propos et donc de ne pas influencer les réponses des participants. Nous avons également pointé du doigt à plusieurs reprises, l'emploi de questions trop fermées ne permettant pas aux personnes interrogées de laisser exprimer leurs pensées.

En outre, nous étions deux à réaliser individuellement les entretiens. Juline a réalisé tous ses entretiens en présentiel et Kévin uniquement par appel vidéo. Les participants interviewés par Kévin ont donc inévitablement été sélectionnés par leur possibilité et leur volonté à communiquer par vidéo. Par conséquent, même si la quantité d'entretiens dirigés a été répartie de manière équitable entre nous deux, leurs réalisations étaient moins reproductibles que si l'étude avait été conduite par un investigateur seul.

Le déroulement de nos entretiens a aussi été perturbé par la crise du Covid-19 qui nous a obligé à suspendre nos entretiens pendant presque 3 mois. Il y a donc eu 10 entretiens réalisés avant cette période et 3 entretiens après. Cette perturbation a pu entraîner un changement dans les habitudes d'utilisation de PAACO. D'un côté, certains ont moins utilisé le logiciel pour

privilégier la gestion de l'augmentation d'activité. De l'autre côté, certains ont pu trouver en PAACO un atout pour la surveillance des patients infectés restés à domicile. Nous avons décidé de ne pas tenir compte des bouleversements liés au Covid étant donné que la majorité de nos entretiens ont été réalisés avant et que pour les 3 enregistrés après, il n'y a qu'une seule personne qui l'a évoqué.

4.2.4. Discussion du codage

Les différentes étapes du codage consistaient à analyser les données récupérées lors de nos entretiens. Ici les données n'étaient pas chiffrables, elles correspondaient aux ressentis, aux opinions des participants que nous avons récoltés pour essayer de les comprendre et de les retranscrire. La réalisation d'un codage de telles données est donc propre à chacun rendant son interprétation forcément subjective, pour pallier à cela nous avons procédé à une triangulation des données (26). Nous avons réalisé toutes les étapes du codage séparément sans que l'un des investigateurs ne puisse influencer l'autre, puis notre travail individuel était mis en commun à chaque fois en discutant des points de vue de chacun afin d'établir une version unique, fruit de notre travail à deux.

4.3. Discussion des résultats

L'objectif de notre étude était de recueillir et analyser le ressenti des professionnels du domaine de la santé et du social sur l'utilisation de PAACO dans la communication entre la ville et l'hôpital.

Nos résultats montrent que les utilisateurs de PAACO sont favorables à l'intégration du logiciel dans leur pratique professionnelle, mais jusqu'à présent l'enthousiasme exprimé sur les bénéfices de l'application contraste avec son utilisation encore trop marginale.

Le recueil des données auprès des professionnels médico-sociaux nous a permis de définir la communication entre ville et hôpital tels que eux la conçoivent.

Il en ressort que cette communication est essentiellement représentée aux travers de deux étapes clefs : lors de l'admission d'un patient dans un service de l'hôpital et lors de la sortie du patient de l'hôpital. Lors de ces deux étapes, nous avons découvert que chaque professionnel médico-social a un rôle différent à jouer, mais possède également des attentes spécifiques envers les autres acteurs de la prise en charge du patient. De ces deux étapes découlent de

nombreuses situations où PAACO apporte des avantages dans les pratiques des professionnels. Néanmoins ces avantages sont inévitablement contrebalancés par la faible utilisation du logiciel.

De plus des informations recueillies concernant l'utilisation de PAACO entre professionnels de la ville ont permis de faire un parallèle avec l'utilisation pour la communication ville-hôpital, et d'en faire ainsi ressortir des éléments intéressants.

4.3.1. L'admission d'un patient dans un service de l'hôpital

Les informations patient, un apport bénéfique de PAACO pour les équipes hospitalières

Les professionnels hospitaliers interrogés dans notre étude sont satisfaits de la fonctionnalité de PAACO en tant que base de données afin de récolter des informations concernant leurs patients. Cependant, selon eux encore trop peu de patients en bénéficient.

Lors de l'admission d'un patient dans un service de l'hôpital, qu'il s'agisse des urgences ou d'un service d'hospitalisation de semaine, les professionnels hospitaliers ont fait référence à leur mission de s'informer. Leur connaissance du quotidien du patient à son domicile va permettre de gagner en efficacité dans leur prise en charge. Ces informations sont d'autant plus capitales chez les patients âgés et ceux qui présentent des comorbidités. Cependant les patients ne sont pas toujours en capacité de fournir des réponses précises. Cette notion est également retrouvée dans une étude prospective descriptive menée par A. Traoré aux urgences d'Argenteuil en 2011 qui montre que 81% des patients admis aux urgences ne pouvaient renseigner leurs traitements de façon précise (27).

Dans notre étude, les professionnels hospitaliers ont suggéré que pour une prise en charge du patient de qualité à son admission à l'hôpital il était primordial de connaître les antécédents du patient et son traitement mais aussi les informations portant sur le mode de vie, c'est à dire l'environnement familial, le niveau d'autonomie, les coordonnées de l'aidant principal, ou les potentielles aides au domicile. Ces mêmes informations médicales et sociales des patients ont également été décrites comme nécessaires pour une bonne prise en charge du patient lors de son arrivée à l'hôpital dans plusieurs études qui se sont intéressées aux avis des professionnels hospitaliers et du milieu libéral (28-30).

La satisfaction des utilisateurs de PAACO pour obtenir ces informations tient dans la facilité et la rapidité d'accès à ces données clefs qui sont répertoriées dans le logiciel. En l'absence d'une source d'information fiable ce travail de recueil est perçu comme chronophage par le personnel hospitalier, principalement à cause du nombre d'appels téléphoniques qu'il nécessite. Ce ressenti est en accord avec les résultats de l'étude de A. Traoré qui estime à 49 minutes la durée moyenne pour récupérer les informations relatives au traitement d'un patient qui n'est pas en pleine connaissance de son ordonnance (27).

PAACO est donc pour eux un bon moyen d'obtenir des informations centrées sur le patient, cependant les utilisateurs hospitaliers déplorent le faible nombre de patients bénéficiant d'un compte PAACO. Ainsi la fonction de recueil de données de PAACO est définie par le personnel hospitalier comme prometteuse mais avec un bénéfice réel encore limité.

Plusieurs autres travaux ont étudié des outils de liaison entre la ville et l'hôpital permettant d'apporter des informations nécessaires aux équipes hospitalières, le plus souvent ces outils sont sous format papier.

La thèse de médecine générale réalisée en 2018 dans le territoire du Réolais par le Dr P. Caignard s'est intéressée à la réalisation et aux bénéfices de la création d'une « enveloppe santé », destinée à récolter les renseignements médicaux et sociaux des patients âgés par les intervenants au domicile, et ce dans le but d'aider le personnel hospitalier en cas de potentielle hospitalisation (31). Cette étude a montré que l'enveloppe santé, lorsqu'elle était bien remplie, optimisait la prise en charge hospitalière des patients en apportant aux médecins des informations précieuses. Mais P. Caignard a également soulevé des freins à l'utilisation de cette enveloppe, notamment de par la nécessité d'être au domicile du patient pour compléter les informations et de par la possibilité d'égarer ce document lors des séjours hospitaliers. Dans son analyse P. Caignard suggère déjà l'utilisation d'un outil numérique tel que PAACO lui-même pour pallier à ces freins.

Un projet similaire avait été développé en 2018 dans le territoire Haut-Béarn et Soule sous l'impulsion de professionnels de santé et de patients : le « passeport santé ». Présenté sous format papier. Il visait à donner aux équipes médicales des informations concernant le patient lors des entrées aux urgences et des sorties d'hospitalisations, et ce avant l'apparition d'un outil numérique adapté dont l'attente se faisait désirer. Sa création a permis de cibler les informations que les professionnels jugeaient utiles de connaître et de transmettre. Cependant

son utilisation concrète est restée très marginale principalement à cause de la surcharge de travail nécessaire pour l'utiliser à la ville comme à l'hôpital. Aujourd'hui le projet du passeport santé sous format papier a été abandonné, mais la volonté initiale d'améliorer la communication autour des informations patients a été projetée sur l'outil numérique qu'est PAACO.

Dans une autre étude réalisée à Mayotte en 2014 M. Labbé nous dit qu'un carnet de santé apporté par les patients lors de leur prise en charge aux urgences est très largement utilisé par les équipes soignantes et leur permet de pallier efficacement le manque d'informations sur le passé médical des patients (32).

D'autre part dans une étude rétrospective S. Beffara indique que l'échange d'informations entre la ville et l'hôpital est réalisé dans 95% des cas par appels téléphoniques lors des hospitalisations programmées, cependant le contenu des informations nécessaires lors de ces appels n'est jugé complet que dans 28% d'entre-eux (33).

Nous pensons que si les outils de liaison entre ville et hôpital permettant un recueil d'informations du patient, qu'importe leur format, sont largement demandés et appréciés par les professionnels du milieu hospitalier, l'utilisation d'un logiciel numérique connecté entre les divers intervenants du patient tel que PAACO présente un intérêt supérieur aux autres formats. La possibilité de compléter les informations manquantes par chacun des intervenants où qu'il se trouve et la faculté de pouvoir s'y connecter en tout lieu et à n'importe quel moment en font les avantages qui, selon nous, le rendent plus complet et plus précis qu'un recueil de données en format papier par exemple.

Il pourrait être intéressant de voir une étude comparer PAACO et un recueil d'informations patient en format papier pour la satisfaction des professionnels hospitaliers lors de l'admission d'un patient à l'hôpital.

D'autre part, l'absence de médecins et infirmiers hospitaliers interrogés dans notre étude ne nous a pas permis d'explorer tout le potentiel de PAACO lors de l'entrée d'un patient, notamment concernant l'aspect thérapeutique.

De par ses fonctions, PAACO peut permettre d'avoir accès à la dernière ordonnance du patient, il serait donc possible d'effectuer une conciliation médicamenteuse pro-active, c'est à

dire avant même la première prescription thérapeutique hospitalière. Cela offrirait un gain en temps et en efficacité sur la prise en charge thérapeutique.

En effet, en regardant dans la littérature, nous avons trouvé que cette idée de conciliation médicamenteuse réalisée de manière pro-active est approuvée par les médecins hospitaliers (34).

Une utilisation non coordonnée regrettée par les professionnels de la ville

Concernant les professionnels interrogés exerçant en ville, notre travail a montré un sentiment d'insatisfaction dans l'utilisation de PAACO lors de l'admission des patients à l'hôpital. Le déploiement récent de PAACO à l'hôpital associé à une absence de consensus pour l'utilisation de PAACO entre ville et hôpital entrave nettement le potentiel du logiciel.

La demande de ces derniers est claire et commune à tous : être informé de l'admission de leur patient à l'hôpital et ce dans le délai le plus court possible. En outre, ils évoquent, mais dans une moindre mesure, l'envie de connaître le contexte d'admission à l'hôpital, le motif médical, et le service référent du malade. L'organisation des intervenants au domicile est dépendante d'une information capitale comme celle de l'hospitalisation de leur patient, cependant ils s'estiment encore insuffisamment informés par le personnel hospitalier.

Ce défaut d'information est retrouvé dans la littérature. Dans l'étude effectuée en Lorraine en 2009 par J.Trautmann, 16% des services d'urgences ne communiquent jamais d'informations aux médecins traitants lorsque le patient regagne son domicile sans hospitalisation, et dans le cas où le patient est hospitalisé depuis les urgences les médecins traitants ne sont pas informés dans 74% des cas (35). En 1973 une enquête réalisée dans l'est de la France auprès de 529 médecins généralistes montrait que deux tiers d'entre-eux n'étaient pas avertis par l'hôpital lors de l'hospitalisation de leur patient (36).

Dans notre étude, les professionnels de la ville ont soulevé à ce sujet un manque de communication préexistant de la part de l'hôpital que PAACO n'a pour le moment par réussi à combler. Ce problème récurrent est pour eux source de frustration d'autant plus qu'ils perçoivent en PAACO un moyen rapide, pratique et concret de pouvoir être informé. Seul un médecin généraliste interviewé lors de notre étude a déclaré avoir été prévenu, une seule fois, du passage d'un de ses patients au service des urgences. Pourtant, en ce qui concerne la continuité des soins le code de déontologie médicale fait valoir que « le médecin qui prend en

charge un malade à l'occasion d'une hospitalisation doit en aviser le praticien désigné par le malade ou son entourage » (37).

En somme dans ce contexte l'outil PAACO paraît adapté mais est clairement sous-exploité. Dans l'étude de J.Trautmann, lorsque des solutions sont proposées aux médecins généralistes pour améliorer la transmission d'informations concernant les patients admis aux urgences, 62% des médecins généralistes sont favorables à l'utilisation d'un dossier médical informatique en réseau entre la ville et hôpital, contre 44% pour une communication par mail, 21% par courrier postal, et 15% par fax (35). Ceci tend à confirmer qu'un logiciel tel que PAACO semble adapté pour transmettre ces informations.

Nous pensons qu'il existe plusieurs raisons à la sous-exploitation de PAACO.

Tout d'abord le faible nombre d'utilisateurs de PAACO à l'hôpital. Durant la période de recueil des données de notre étude seules les secrétaires d'accueil des urgences et les assistantes sociales des services utilisaient PAACO au CH d'Oloron. Ici, le déploiement récent du logiciel à l'hôpital est largement en cause pour expliquer le faible nombre d'utilisateurs. Dans les prochains mois la diffusion de PAACO à d'autres professions tels que les infirmières et les médecins pourrait permettre de répondre à ce problème.

Ensuite, l'implication du personnel de l'hôpital. En effet, au moment de notre étude, il existait déjà un protocole établi auprès des secrétaires des urgences qui visait à informer, via PAACO, les intervenants au domicile d'un patient lors de son passage aux urgences. Cependant l'application de ce protocole est restée très modeste dans les faits. Nous pensons que c'est principalement le faible nombre de patient rencontrés avec des dossiers PAACO qui a influé sur l'implication des secrétaires des urgences. Mais, encore une fois, le court délai entre l'instauration du logiciel à l'hôpital et notre étude, ne joue pas en faveur des équipes hospitalières. Dans l'avenir, avec le déploiement de PAACO chez les médecins hospitaliers, il pourrait également être intéressant de voir apparaître la réalisation d'un message ou d'une notification par PAACO lors de l'ouverture d'un dossier médical dans un service d'hospitalisation, et ceci dans le but d'avertir directement le médecin traitant du changement de service.

Enfin, il existe un défaut d'organisation entre la ville et l'hôpital concernant l'utilisation de PAACO. Les professionnels en ville sont pour leur part peu informés du contexte d'utilisation

de PAACO en milieu hospitalier. Aucun d'entre-eux ne sait précisément qui sont les professionnels qui utilisent PAACO à l'hôpital, ceci contribue à leur incompréhension face au manque de communication avec PAACO. L'alerte de l'admission d'un patient à l'hôpital est une demande nettement formulée par les professionnels de la ville, mais qui n'a pas été uniformisée chez le personnel de l'hôpital. Or PAACO est un outil qui nous paraît idéal pour permettre ce type d'alerte, concise mais rapide. Une entente entre les professionnels de la ville et de l'hôpital pourrait permettre de cibler cette demande et de la rendre réalisable à court terme.

4.3.2. La sortie d'hospitalisation du patient

PAACO apprécié pour les communications multidisciplinaires et l'accompagnement social des patients

Les professionnels médico-sociaux hospitaliers et de la ville, interrogés dans notre étude, ont largement reconnu l'intérêt de PAACO dans l'organisation des sorties d'hospitalisations pour les patients en situation complexe. La communication multidisciplinaire via la fonction messagerie de PAACO séduit les professionnels, en particulier sur la partie sociale des prises en charge patients, même si les occasions ne se montrent encore qu'occasionnelles.

En effet, la gestion du retour au domicile des patients pour lesquels le mode de vie est précaire, ou qui nécessitent un accompagnement par des aides, est une étape jugée délicate, aussi bien pour les professionnels de la ville que de l'hôpital. Pour être bien réalisée et assurer la meilleure continuité de soins possible cette étape nécessite une bonne coordination des différents intervenants.

Cette coordination est définie comme complexe à mettre en place car souvent chronophage du fait de la répétition des mails et des appels téléphoniques nécessaires.

Dans son étude observationnelle réalisée auprès de médecins généralistes exerçant à Pau et ses alentours, M. Sailliol relevait également que « le retour d'informations concernant la prise en charge des patients », au moment de leur sortie d'hospitalisation, en particulier pour les patients aux situations précaires, faisait partie des principaux points à améliorer (10).

Pour répondre à la problématique de coordination des professionnels, c'est la fonction de messagerie de PAACO qui est particulièrement appréciée.

Par cette messagerie, les différents professionnels apprécient être mis en relation de manière rapide et simultanée. Cette utilisation de PAACO apporte un dynamisme certain dans les échanges qui s'avère utile pour communiquer efficacement au sujet de l'organisation des intervenants au domicile lors des journées cruciales qui entourent la sortie d'hospitalisation du patient. Cette notion est en accord avec les résultats de l'étude de A. Laurens qui montrent que l'utilisation du logiciel PAACO/Globule apporte une aide à la coordination multidisciplinaire en facilitant la communication entre les différents intervenants (5).

L'aspect social de la prise en charge des patients nécessite une connaissance de l'histoire de vie de la personne, de son entourage, du dossier médical et une coordination efficace des intervenants notamment autour du dossier administratif. Ces actes souvent perçus comme chronophages se voient fluidifiés lorsqu'ils sont entrepris par l'intermédiaire d'un dossier PAACO.

Cependant pour être pleinement exploitée, la messagerie PAACO doit bénéficier de la présence du plus grand nombre possible de correspondants sur l'application. C'est précisément ce manque de correspondants sur PAACO qui est régulièrement pointé du doigt par les utilisateurs.

Au total, si les professionnels interrogés dans notre étude ont fait état de plusieurs situations complexes en sortie d'hospitalisation ayant été efficacement coordonnées par le biais de PAACO, ces situations restaient encore occasionnelles.

PAACO, un potentiel à exploiter pour les comptes-rendus médicaux des sorties

Les professionnels de la ville interrogés dans notre étude ne retrouvent pas en PAACO le moyen de mieux s'informer sur la prise en charge hospitalière de leurs patients. La multiplicité des outils de communication combinée à une application PAACO toujours en période d'adaptation n'ont pour le moment pas permis au logiciel de s'imposer.

Les personnes interrogées dans notre étude ont ciblé la sortie d'hospitalisation des patients comme une étape clé dans la communication ville-hôpital. Pourtant, les professionnels de la ville dénoncent de manière univoque un défaut de communication avec leurs homologues hospitaliers lors de cette étape, avec comme résultat une prise en charge post-hospitalière du patient qui peut être perçue comme insatisfaisante.

Les résultats de plusieurs autres études témoignent d'une insatisfaction, en différents points, des professionnels de santé de la ville dans leur communication avec les hôpitaux lors des sorties d'hospitalisation de leurs patients.

Dans l'étude observationnelle de V. Pernossi s'intéressant au lien ville-hôpital, l'organisation de la sortie d'hospitalisation est, le thème qui suscite le moins de satisfaction chez les médecins généralistes interrogés (38). M. Sailliol mentionne que près d'un tiers des médecins traitants jugent les informations reçues insuffisantes à la sortie des hospitalisations (10). S. Gloriot indique quant à lui que 62,5% des médecins généralistes sont insatisfaits du délai d'obtention des comptes-rendus des services hospitaliers (8).

La demande principale des professionnels de la ville envers leurs homologues hospitaliers dans notre étude est d'être informés plus rapidement sur la sortie d'hospitalisation de leurs patients. Les médecins généralistes et les infirmiers au domicile aimeraient disposer des informations du courrier de sortie plus précocement. Un médecin généraliste a exprimé le désir d'être informé le jour même de la sortie.

Cette insatisfaction concernant le délai de réception des informations de sortie est largement retrouvée dans des études Françaises et internationales (7, 8, 39-42).

Grâce à ses fonctions, PAACO pourrait aider à transmettre, aux professionnels médicaux de la ville, un courrier ou du moins une synthèse des informations médicales concernant le séjour du patient, et ce, de manière instantanée.

Or, PAACO n'étant pas utilisé par les médecins et infirmiers de l'hôpital d'Oloron Sainte Marie au moment de notre enquête, aucun courrier de sortie d'hospitalisation n'avait été transmis par le biais du logiciel. Son apport potentiel pour améliorer la transmission d'informations médicales de sortie n'a donc pas pu être correctement étudié.

Cette possibilité de pouvoir recevoir par PAACO un document de sortie du patient est souhaitée par le contingent de professionnels extrahospitaliers.

Cependant, la majorité des personnes interrogées pointent du doigt un obstacle qui leur paraît majeur : la compatibilité de PAACO avec le logiciel médical hospitalier. En effet, même si la population étudiée dans notre étude est favorable à l'utilisation d'un outil numérique tel que PAACO, elle est également consciente que l'absence d'interopérabilité actuelle entre les logiciels entraînera inéluctablement une charge de travail supplémentaire pour les équipes hospitalières déjà surmenées.

L'idée de compatibilité entre les logiciels est apparue comme essentielle chez les participants à notre étude.

Cette idée est en accord avec les résultats exprimés dans l'étude qualitative de C. Berot, dans lequel l'outil numérique idéal imaginé par les médecins serait un outil « tout en un » capable de palier à la diversité des logiciels médicaux (43).

La demande, d'améliorer la communication autour des informations médicales de sorties d'hospitalisation des patients, est donc globale. Dès lors, on pourrait imaginer PAACO venir en aide aux professionnels hospitaliers et de la ville pour essayer d'enrichir cette communication.

Mais nous sommes en droit de nous demander si PAACO est l'outil le plus adapté pour faire le lien entre ville et hôpital lors de cette étape clé.

Dans l'étude de L. Enzinger, les appels téléphoniques passés de manière systématique par les médecins hospitaliers pour joindre les médecins traitants dans les 72 heures précédant les sorties ont apporté une grande satisfaction des deux côtés (44). Les médecins appelants étaient satisfaits dans 97% des cas, les médecins généralistes eux dans 100% des cas et 81% de ces derniers souhaitaient que cette pratique se pérennise.

L. Boschini a mis en évidence, dans son étude quantitative, que l'envoi systématique par voie postale, à l'intention du médecin traitant, d'un compte-rendu de passage aux urgences dès la sortie du patient permettait d'améliorer significativement la satisfaction globale des récepteurs de l'information (45).

Dans l'étude qualitative de M. Jullian, les médecins généralistes interrogés sont en majorité demandeurs de voir se développer un outil numérique sécurisé à la place du format papier pour recevoir les comptes-rendus d'hospitalisation (46).

Ces dernières études retrouvent toutes une satisfaction des médecins généralistes à être informés de manière rapide et systématique par leurs homologues hospitaliers. Cependant elles ont étudié des moyens de communication qui sont totalement différents.

Il est difficile dans ce contexte de pouvoir prédire un potentiel bénéfique de PAACO par rapport à d'autres moyens de communication. En outre, il pourrait être intéressant dans l'avenir de voir naître une étude comparant PAACO à un autre moyen de communication pour analyser la satisfaction des professionnels de santé de la ville concernant les informations reçues depuis l'hôpital à la sortie de leurs patients.

4.3.3. PAACO mieux adapté aux professionnels de la ville

Les professionnels interrogés dans notre étude voient en PAACO un outil d'avantage adapté à une communication entre professionnels de la ville plutôt qu'entre ville et hôpital. Même si le manque de correspondants se fait également ressentir en ville, plusieurs professionnels exerçant en libéral décrivent PAACO comme un outil flexible d'utilisation et efficace pour communiquer à plusieurs avec les intervenants au domicile des patients.

Cette satisfaction ne se retrouve pas de manière aussi franche dans la communication ville-hôpital. En cause, outre le faible nombre d'utilisateurs, l'absence d'interopérabilité entre PAACO et le logiciel médical de l'hôpital d'Oloron semble être un obstacle important à une communication plus fluide vers la ville.

Chez les utilisateurs de la ville que nous avons interviewés, la grande majorité des échanges d'informations par PAACO se fait avec des correspondants non hospitaliers.

Ces échanges ville-hôpital sont tellement rares que certains usagers de la ville n'ont même jamais eu de contact direct avec une personne de l'hôpital avec PAACO.

Au contraire, la communication qui s'installe progressivement entre médecins généralistes et infirmières libérales via PAACO est particulièrement appréciée.

Ils estiment que PAACO est un outil qui s'adapte bien à leur pratique quotidienne. Sa simplicité d'utilisation et son accessibilité en différents lieux et moments de la journée sont les atouts qui permettent aux utilisateurs de la ville d'intégrer PAACO à leurs activités professionnelles selon leur convenance. Les échanges d'informations entre médecins généralistes et infirmières étant particulièrement fréquents, les deux professions trouvent dans cette adaptabilité un avantage certain à utiliser PAACO. Chacun peut choisir d'écrire ou de lire un message selon sa disponibilité au cours de la journée et de ce fait la communication peut se faire sans interrompre les activités des autres correspondants.

Ces avantages permettent également aux médecins traitants de déléguer aux infirmières une partie du suivi des patients tout en restant informés en temps réel de l'évolution des situations aux domiciles afin d'anticiper de potentielles visites. Cette application du logiciel PAACO/Globule pour renseigner au mieux les conditions de vie au domicile était également un point fort soulevé dans l'étude de A. Laurens (5).

A contrario, si les participants de notre étude estiment que PAACO est adapté à un exercice en ville, ils émettent des doutes quant à son intégration à la pratique hospitalière.

La charge de travail supplémentaire que représente l'intégration PAACO est jugée comme difficilement compatible avec les journées de travail des équipes hospitalières, et ce d'autant plus que PAACO ne présente pas à ce jour d'interopérabilité avec le logiciel médical de l'hôpital. L'idée de réaliser un double travail de rédaction sur PAACO et sur le logiciel hospitalier est déjà un frein mis en évidence par les personnes interrogées. Cette méfiance vis à vis de la multiplication des outils numériques non synchronisés était également retrouvée dans les résultats de l'étude de C. Artiguebère et A. Lasserre (6).

Cependant lors de la réalisation de notre étude, nous n'avons évalué directement l'intégration de PAACO que chez les assistantes sociales et les secrétaires hospitalières. Nous n'avons donc aucune évaluation d'expérience concrète de l'utilisation de PAACO chez des médecins et infirmières hospitaliers. Certains aprioris quant à une mauvaise intégration de PAACO à la pratique hospitalière pourraient donc tout à fait ne pas se confirmer. Néanmoins, nous pensons que pour faciliter l'utilisation de PAACO chez les professionnels hospitaliers, et en l'absence d'interopérabilité entre les deux outils, il semble important de définir distinctement en amont quelles seraient les informations importantes et utiles à intégrer dans PAACO et celles qui seraient à intégrer uniquement dans le logiciel hospitalier afin d'épargner au maximum une double tâche évitable aux utilisateurs.

D'autre part nous pensons que l'idée initiale de vouloir déployer PAACO simultanément sur plusieurs services de l'hôpital a sans doute été trop ambitieuse. Aux vues des écueils rencontrés quant à l'utilisation de PAACO chez les professionnels médico-sociaux de ces services, nous pensons qu'il pourrait être utile de recentrer le déploiement du logiciel sur un service déterminé, afin que les professionnels puissent en acquérir une utilisation satisfaisante, puis par la suite diffuser et harmoniser l'emploi de PAACO à l'ensemble des services.

4.3.4. La situation de PAACO parmi les outils numériques

PAACO n'est pas le seul outil en e-santé à s'être développé récemment. Depuis plusieurs années d'autres outils numériques sont apparus dans le paysage médical, qu'ils soient déjà bien en place ou encore à l'état de projet. Devant la multiplication de ces nouveaux outils, il nous paraît essentiel de faire le point sur la position qu'occupe actuellement PAACO sur le territoire Haut Béarn et Soule.

PAACO et le DMP

Le DMP, dossier médical partagé, est un carnet de santé numérique déployé par l'assurance maladie, qui permet de regrouper et conserver de manière sécurisée des informations médicales concernant le patient. Il a connu plusieurs échecs de lancement au cours des quinze dernières années. Néanmoins, depuis novembre 2018 et le plan de généralisation du DMP à l'ensemble de la population, son utilisation sur l'ensemble du territoire français a connu une croissance conséquente autant en médecine libérale que dans les hôpitaux (47,48).

Le DMP et PAACO partagent au moins un intérêt majeur : regrouper et mettre en commun des données médicales entre professionnels de santé à travers un outil numérique unique et sécurisé. Théoriquement, le DMP pourrait amener des solutions à certaines demandes formulées par les personnes interrogées dans notre étude, notamment concernant le manque d'informations au sujet des patients à leur entrée à l'hôpital ou lors de leur sortie d'hospitalisation. On imagine alors que ces deux outils numériques que sont PAACO et le DMP pourraient être mis en compétition dans certaines pratiques des professionnels médico-sociaux.

Pourtant aucune des personnes interrogées dans notre étude n'a évoqué le DMP que cela soit en association ou en compétition avec PAACO. Il semble que chez la population étudiée dans notre étude, l'utilisation de PAACO ait pris une longueur d'avance sur celle du DMP.

En outre, même si les deux outils partagent des fonctionnalités communes, PAACO est un outil numérique davantage tourné vers la communication, contrairement au DMP qui reste avant tout un outil de stockage. A ce propos, les résultats de l'étude de P-O. Renault montre que si la quasi-totalité des médecins interrogés trouvent un intérêt au DMP, seulement une faible partie d'entre-eux estime qu'il pourrait faciliter la communication entre les professionnels de santé (49).

Dans l'immédiat, les professionnels interviewés dans notre étude semblent utiliser d'avantage PAACO plutôt que le DMP. Cependant une démocratisation future du DMP chez les professionnels de santé dans les prochaines années pourrait venir changer la donne. A l'avenir il sera intéressant d'observer comment ces deux outils vont cohabiter.

PAACO et la messagerie sécurisée

La messagerie sécurisée est un moyen de communication qui est de plus en plus utilisé par les professionnels de santé pour échanger. Elle est essentiellement utile pour le partage de courriers, pour transmettre les comptes-rendus d'une consultation ou bien d'une hospitalisation.

Cet outil comprend donc une fonctionnalité commune avec PAACO, celle d'échanger des documents de façon sécurisée, notion devenue importante dans le monde de la santé pour le respect du secret médical. Cependant il s'agit simplement d'une boîte mail qui n'a pas les atouts de PAACO concernant les discussions instantanées, partagées à plusieurs autour d'un même dossier. Néanmoins, elle présente l'avantage d'être beaucoup plus développée et utilisée, en ville comme à l'hôpital, permettant une communication avec un plus grand nombre de professionnels de santé.

Toujours dans le but d'améliorer la communication, le centre hospitalier d'Oloron Sainte Marie a fait le choix d'utiliser la messagerie sécurisée et PAACO de manière complémentaire. Les deux outils sont actuellement en cours de déploiement sur l'hôpital.

Cependant la messagerie sécurisée n'est pas utilisée par toutes les professions de la santé et du social. De plus, aucun des participants de notre étude n'a fait mention de l'emploi de la messagerie sécurisée dans le dialogue ville-hôpital. Aujourd'hui il nous est donc difficile de mesurer l'importance de son utilisation effective ainsi que sa place vis à vis de PAACO dans les habitudes des professionnels médico-sociaux.

Dans l'avenir nous pensons que la messagerie sécurisée et PAACO pourront apporter des bénéfices différents dans la communication entre professionnels de la santé et du social, permettant à ces deux outils de cohabiter.

4.3.5. Des interrogations concernant les droits et les devoirs envers le patient

La sécurité des données échangées par PAACO et le respect des droits dont disposent les patients sont des thèmes qui préoccupent les participants à notre étude.

Les professionnels interrogés font confiance à PAACO pour la sécurisation des données échangées. En France, le recueil et l'hébergement des données de santé à caractère personnel doit remplir des conditions précises encadrées par la loi (50). Le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) et la CNIL ont tous les deux réalisé, en concertation l'un avec l'autre,

des guides pratiques afin d'accompagner et de répondre aux questions des professionnels de santé sur l'utilisation des outils numériques (51,52).

Le logiciel PAACO/Globule répond aux normes de sécurité en termes d'identification et d'authentification des utilisateurs et il travaille avec un hébergeur de données spécialement agréé pour les données de santé personnelles (53).

Néanmoins, si les utilisateurs de PAACO ont confiance dans la sécurité du logiciel, beaucoup se posent la question du contrôle de l'accessibilité aux données personnelles par les différentes professions regroupées dans PAACO. En effet, plusieurs utilisateurs ont mentionné un défaut de confidentialité dans la transmission des messages qui serait en lien avec un manque de lisibilité quant au choix des destinataires. Ceci a entraîné à plusieurs reprises la réception d'informations médicales confidentielles chez un utilisateur de PAACO qui n'était pas en droit d'avoir un accès à ces données. A ce sujet, le CNOM recommande que chaque profession dispose d'un volet qui lui soit propre dans un logiciel numérique partagé (54). Les fonctions du logiciel PAACO/Globule remplissent ces conditions puisque tous les correspondants renseignés dans un dossier patient sont classés selon leur profession afin de déterminer leur accessibilité aux différents types d'informations transmises.

Pour permettre de garder une confidentialité dans la transmission des données nous pensons qu'il pourrait être judicieux soit de réévaluer le dispositif de sélection des correspondants lors de la transmission des messages, soit d'insister sur la formation des utilisateurs pour éviter au maximum les erreurs dans le choix des correspondants. La nécessité d'une rigueur dans le choix des correspondants avait également été soulevé dans les résultats de l'étude de A. Laurens (5).

D'autre part, les participants à notre étude ont fait mention d'un sentiment d'incertitude en ce qui concerne les informations délivrées aux patients. Tous sont d'accord pour dire qu'il est indispensable d'obtenir le consentement du patient pour recueillir et utiliser des informations le concernant via PAACO. Ceci leur permet d'être en accord avec les textes de loi qui mentionnent une recherche obligatoire du consentement ou bien une « information et une absence d'opposition pour motif légitime » selon le code auquel la loi se réfère (50, 55-56).

La plupart pensent qu'il incombe à la personne qui crée le dossier PAACO d'en informer le patient afin de ne pas méconnaître un refus de sa part. Mais certains participants pensent que ce rôle doit être joué par le médecin généraliste. Au final, la multiplicité des intervenants PAACO autour d'un même patient rend souvent confuses les conditions d'information de ce

dernier. Les professionnels médico-sociaux sont donc amenés à utiliser PAACO sans être certains qu'une information loyale et éclairée ait pu être donnée initialement au patient.

Nous avons donc relevé ce sentiment d'incertitude chez les participants lors de la réalisation de nos entretiens.

Or, suite à une mise à jour de l'application survenue quelques mois après notre recueil de données, il existe désormais sur PAACO une rubrique dédiée aux informations transmises aux patients. Cette rubrique permet de savoir si le patient a bien été informé de la collecte et du partage des données personnelles, et s'il s'oppose ou non à cette collecte. La date de recueil ainsi que l'identité détaillée du professionnel ayant délivré les informations au patient sont également précisées.

Nous pensons que cette nouvelle fonctionnalité de PAACO devrait répondre aux attentes des utilisateurs et permettra ainsi de lever les doutes existants quant au devoir d'information envers les patients.

4.3.6. La limite de l'outil numérique

L'étude d'Artiguebère et Lasserre étudie le ressenti des médecins généralistes des Pyrénées-Atlantiques sur l'utilisation de PAACO pour la téléexpertise en plaies et cicatrisation. Leurs résultats ont montré que si les médecins interrogés se sont montrés favorables à l'utilisation de PAACO pour la téléexpertise chez leurs patients, peu d'entre eux avaient participé ou suivi l'intégralité de la prise en charge par téléexpertise (6). L'utilisation de PAACO dans ce cas précis ne semble pas avoir participé à resserrer les liens entre professionnels de la ville et de l'hôpital.

Ce sentiment vient faire écho avec notre étude où PAACO, ici observé dans le registre de la transmission d'information, apporte des avantages reconnus par les utilisateurs sans pour autant réussir à véritablement effacer cette distance entre ville et hôpital.

L'outil numérique, même s'il apporte de belles promesses pour l'avenir, manque peut-être d'une dimension "humaine" semblant montrer des limites pour parfaire la communication entre professionnels.

4.3.7. Synthèse des propositions d'évolution

A travers notre travail nous avons relevé différentes pistes d'amélioration de PAACO. Nous avons choisi de les mettre en avant dans un tableau :

| | |
|---|---|
| Propositions d'évolutions de PAACO et de sa pratique | Effectuer une conciliation médicamenteuse pro-active à chaque entrée d'hospitalisation |
| | Informers les utilisateurs PAACO de ville des personnes utilisatrices de PAACO à l'hôpital |
| | Informers systématiquement d'une entrée, d'une sortie, d'un changement de service sur PAACO |
| | Transmettre un courrier de synthèse le jour de la sortie du patient par PAACO |
| | Permettre une interopérabilité entre les logiciels métiers et PAACO |
| | S'accorder sur l'utilisation de PACCO entre ville et hôpital |
| | Réévaluer le dispositif de sélection des correspondants lors de la transmission des messages PAACO |
| | Etendre la fonction "hors ligne" de PAACO à tous les supports, pour les zones où la connexion internet est mauvaise |

4.3.8. PAACO dans l'avenir

Notre étude s'est intéressée aux utilisateurs de PAACO dans le territoire du Haut Béarn et de la Soule suite au récent projet d'implantation du logiciel à l'hôpital d'Oloron Sainte Marie. Nous avons pu recueillir le ressenti de ces professionnels et ainsi établir une première analyse de l'intégration de PAACO dans leur quotidien. Cette première analyse survient précocement suite à l'apparition de PAACO dans les pratiques, particulièrement dans celles du personnel hospitalier. Dans l'avenir, il pourrait être intéressant de recueillir à nouveau le ressenti des utilisateurs mais aussi des non-utilisateurs de PAACO dans ce même territoire pour disposer d'un recul plus important sur les expériences des usagers et pour connaître le point de vue de ceux qui ont choisi de ne pas l'utiliser. Cette seconde étude permettrait aussi d'intégrer de nouveaux utilisateurs, avec davantage de professions représentées, et en comparaison avec la nôtre, permettrait de donner une bonne indication quant à l'intégration ou au contraire au rejet de PAACO chez les professionnels médico-sociaux.

D'autre part, nous pourrions également imaginer une étude future s'attachant comme la nôtre à recueillir et analyser les ressentis d'utilisateurs de PAACO mais dans un territoire différent en termes de pratique de la médecine. En effet, il pourrait être intéressant de mener une étude similaire dans une région davantage urbanisée où le centre hospitalier de référence serait un CHU. Ceci permettrait de mettre en évidence d'éventuelles différences dans les échanges entre ville et hôpital et dans l'intégration de PAACO lorsque l'on change de taille de structure et de type de médecine.

5. CONCLUSION

La communication entre professionnels de santé, et principalement entre la ville et l'hôpital, n'est pas satisfaisante et cela depuis de nombreuses années. Ce manque d'échanges a une répercussion sur la qualité de la prise en charge des patients. Le développement de la santé numérique permet de proposer des logiciels tel que PAACO pour amener de nouvelles solutions à ce problème persistant.

PAACO se déploie depuis maintenant plusieurs années auprès des professionnels de santé de la ville dans le territoire Haut-Béarn et Soule. Plus récemment, le centre hospitalier d'Oloron Sainte Marie a fait le choix d'intégrer PAACO au sein de plusieurs de ses services, dans le but de développer les échanges avec la ville.

Les professionnels médico-sociaux qui ont découvert PAACO lui accordent des qualités intéressantes qui peuvent apporter à la communication entre ville et hôpital. Les conversations simultanées entre différents utilisateurs, les fonctionnalités variées du logiciel et son utilité à lier les professionnels autour d'une situation complexe sont les éléments qui stimulent l'intérêt des utilisateurs.

Mais jusqu'à présent les occasions de mettre en application ces avantages restent limitées. Le faible nombre d'utilisateurs de PAACO est le principal frein de son exploitation. La multiplicité des moyens de communication ainsi qu'un défaut de coordination dans l'utilisation entre la ville et l'hôpital sont aussi des éléments qui entravent son utilisation.

Malgré les efforts entrepris jusqu'à maintenant, l'apport de PAACO sur la communication entre ville et hôpital reste faible. Mais il faut garder à l'esprit que son déploiement dans le territoire est récent. Le potentiel de PAACO est prometteur d'autant plus que les pistes d'amélioration sont nombreuses.

Toutefois, aussi performant soit-il, l'outil permet seulement d'aider à la communication, mais pas de l'instaurer, si la personne ne cherche pas à communiquer.

Bibliographie

- 1 ARS. Le programme Territoires de soins numériques [Internet]. Paris: ARS; 2018 [Consulté le 2 décembre 2018]. Disponible sur: <https://www.ars.sante.fr/le-programme-territoires-de-soins-numeriques>
- 2 ARS Nouvelle-Aquitaine. PAACO-Globule, l'outil numérique régional de coordination de parcours [Internet]. Bordeaux: ARS Nouvelle-Aquitaine; 2020 [Consulté le 2 septembre 2020]. Disponible sur: <https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/outil-paacoglobule>
- 3 PTA Landes. La plateforme territoriale d'appui Santé Landes [Internet]. Bordeaux: GIP ESEA Nouvelle-Aquitaine; 2018 [Consulté le 2 décembre 2018]. Disponible sur: <https://www.sante-landes.fr/actualites/plateforme-territoriale-dappui-sante-landes>
- 4 ARS Nouvelle-Aquitaine. Santé Landes : une plateforme territoriale d'appui opérationnelle [Internet]. Bordeaux: ARS Nouvelle-Aquitaine; 2019 [Consulté le 12 février 2019]. Disponible sur: <https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/index.php/sante-landes-une-plateforme-territoriale-dappui-operationnelle>
- 5 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.
- 6 Artiguebère C, Lasserre A. Télémédecine et téléexpertise en plaies et cicatrisation : Ressenti de médecins généralistes béarnais. Thèse de médecine, Bordeaux: Université de Bordeaux; 2019.
- 7 Fabre L. Communication ville-hôpital : qu'attendent les médecins généralistes de Midi-Pyrénées. Thèse de médecine, Toulouse: Université Paul Sabatier; 2014.
- 8 Gloriot S. Communication ville-hôpital : attentes des médecins généralistes du secteur du Centre Hospitalier de l'Ouest Vosgien. Thèse de médecine, Nancy: Université de Lorraine; 2017.
- 9 Lemaire N. Évaluation qualitative de la relation ville-hôpital du point de vue des généralistes : données explicatives et ressenti face aux difficultés de communication. Thèse de médecine, Paris: Université Paris Descartes; 2016.
- 10 Sailliol M. Étude des relations entre les médecins généralistes de la région de Pau et le centre hospitalier de rattachement de Pau pour améliorer la prise en charge mutualisée des patients. Thèse de médecine, Bordeaux: Université de Bordeaux; 2014.
- 11 Fondation de l'Avenir. Qu'est-ce que l'e-santé [Internet]. Paris: Fondation de l'Avenir; 2016 [Consulté le 19 janvier 2020]. Disponible sur: <https://www.fondationdelavenir.org/e-sante-definition/>
- 12 Ray M-C. E-santé [Internet]. Paris: Futura Sciences [Consulté le 19 janvier 2020] <https://www.futura-sciences.com/sante/definitions/medecine-e-sante-15728/>

13 HAS. E-santé [Internet]. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2016 [Consulté le 19 janvier 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2056029/en/e-sante

14 ESEA. Présentation ESEA [internet]. Bordeaux: ESEA; 2019 [consulté le 19 décembre 2020]. Disponible sur : <https://www.esea-na.fr/programmes/presentation-esea>

15 Ministère des Solidarités et de la Santé. Le programme Territoire de Soins Numérique-TSN [Internet]. Paris: Ministère des Solidarités et de la Santé; 2016 [Consulté le 20 janvier 2020]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/e-sante/sih/tsn/article/le-programme-territoire-de-soins-numerique-tsn>

16 ARS. Le programme Territoires de soins numériques [Internet]. Paris: ARS; 2018 [Consulté le 20 janvier 2020]. Disponible sur: <https://www.ars.sante.fr/le-programme-territoires-de-soins-numeriques>

17 ARS Nouvelle-Aquitaine. Santé Landes : Dossier de présentation [Internet]. Bordeaux: ARS Nouvelle-Aquitaine; 2016 [Consulté le 20 janvier 2020]. Disponible sur: https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/system/files/2017-09/Sante_Landes_Dossier_presentation_11_2016.pdf

18 Réseau CHU. Maladies chroniques : Bordeaux confie avec succès le diagnostic et le suivi au projet "Ange Gardien" [Internet]. Bordeaux: CHU de Bordeaux; 2019 [Consulté le 25 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.reseau-chu.org/article/maladies-chroniques-bordeaux-confie-avec-succes-le-diagnostic-et-le-suivi-au-projet-ange-gardien/>

19 Ki-Lab. Etapes clés [Internet]. Pessac: Ki-Lab; 2020 [Consulté le 29 novembre 2020]. Disponible sur: <http://www.globule.net/ki-lab>

20 ESEA. Paaco-Globule : l'outil e-parcours de la Nouvelle-Aquitaine [Internet]. Bordeaux: ESEA; 2019 [Consulté le 20 février 2020]. Disponible sur: <https://www.esea-na.fr/programmes/paaco-globule-loutil-e-parcours-de-la-nouvelle-aquitaine>

21 ARS Nouvelle-Aquitaine. Santé Landes : Le 1er modèle de Plateforme Territoriale d'Appui innovant et opérationnel [Internet]. Bordeaux: ARS Nouvelle-Aquitaine; 2016 [Consulté le 20 janvier]. Disponible sur: <https://www.sante-landes.fr/sites/default/files/tsn-plaquettebilan.pdf>

22 ESEA. Chiffres de Déploiement du service Paaco-Globule [Internet]. Bordeaux: ESEA; 2019 [Consulté le 21 janvier 2020]. Disponible sur: https://www.esea-na.fr/sites/default/files/slide%20chiffre_Déc%202019.pdf

23 ESEA. Comité Consultatif de Territoires : GIP ESEA Agence de Bordeaux [Internet]. Bordeaux: ESEA; 2018 [Consulté le 22 février 2020]. Disponible sur: https://www.esea-na.fr/sites/default/files/2018-11/ESEA_CCT_AgBx_SiteBayonne_2018_11_16.pdf

24 Lavie S. Déploiement de PAACO dans les centres hospitaliers de Nouvelle Aquitaine. Bordeaux : ESEA NA ; 2020.

- 25 Langevin S, Raboutet C, Receveur C. Etat des lieux des services numériques en santé dans le département des Pyrénées Atlantique (64). Bordeaux : GIP ESEA ; 2020.
- 26 Lejeune C. Manuel d'analyse qualitative : Analyser sans compter ni classer. 1st éd. Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur ; 2014. (Méthodes en sciences humaines).
- 27 Traore A. Connaissance des patients sur leur traitement : impact sur le travail aux urgences. Thèse de médecine, Paris: Université Paris Diderot; 2011.
- 28 Senger C, Bouton R. Critères de qualité du courrier d'admission d'un patient adressé aux urgences de l'hôpital de Sallanches par un médecin généraliste : obtention d'un consensus par méthode Delphi®. Thèse de médecine, Grenoble: Université Grenoble Alpes; 2018.
- 29 Kassasseya C. Quelles informations sont à disposition d'un professionnel de santé, en cas de soin non programmé d'une personne âgée. Thèse de médecine, Paris: Université Paris Descartes; 2017.
- 30 De Balby de Vernon A-L. Coordination des soins chez les sujets âgés polyopathologiques via une plateforme web : attentes des professionnels. Thèse de médecine, Nice: Université Nice Sofia Antipolis; 2015.
- 31 Caignard P. Enveloppe Santé : outil de coordination ville/hôpital pour personnes âgées fragiles. Expérimentation sur le territoire du Réolais. Thèse de médecine, Bordeaux: Université de Bordeaux; 2018.
- 32 Labbé M. Analyse du contenu du carnet de santé présenté par les patients à l'accueil des urgences à Mayotte : efficience et plus-value du système mahorais. Thèse de médecine, Grenoble: Université Grenoble Alpes; 2014.
- 33 Beffara S. Quels sont les moyens de communication mis en œuvre entre les médecins libéraux et hospitaliers lors d'une admission programmée et quel en est le contenu ? Thèse de médecine, Lille: Université de Lille; 2016.
- 34 Labat-Lasplaces V. Conciliation médicamenteuse proactive à l'admission : impact et faisabilité. Thèse de pharmacie, Bordeaux: Université de Bordeaux; 2018.
- 35 Trautmann J. Evaluation de la communication du service des urgences de l'hôpital de Neufchâteau envers les médecins généralistes : A partir d'un questionnaire soumis aux médecins généralistes du territoire sanitaire de Neufchâteau. Thèse de médecine, Nancy: Université de Lorraine; 2009.
- 36 Laxenaire M, Schmitt D, Mur JM. Relations de l'omnipraticien avec l'hôpital. *Gestions Hospitalières*. 1973 ; 131 : 1407-18.
- 37 Code de déontologie médicale. Article 63 (version à jour au 8 août 2004).
- 38 Pernossi V. Lien ville-hôpital : le point de vue des médecins généralistes du bassin chambérien-aixoïis. Thèse de médecine, Grenoble: Université Grenoble Alpes; 2018.

- 39 Union Régionale des Médecins Libéraux Ile de France. La continuité des soins en ville après une hospitalisation [Internet]. Paris: URML Ile de France; 2006 [Consulté le 9 octobre 2020]. Disponible sur: <http://www.urml-idf.org/publications/index.asp>
- 40 Clanet R, Bansard M, Humbert X, Marie V, Raginel T. Revue systématique sur les documents de sortie d'hospitalisation et les attentes des médecins généralistes. Santé Publique. 2015 ; 27(5) : 701-11.
- 41 Wilson S, Ruscoe W, Chapman M, Miller R. General practitioner-hospital communications: a review of discharge summaries. J Qual Clin Pract. 2001 Dec ; 21(4) : 104-8.
- 42 Van Walraven C, Weinberg AL. Quality assessment of a discharge summary system. Can Med Asso J. 1995; 152(9): 1437-42.
- 43 Berot C. Le développement des nouvelles technologies en médecine générale : utilisation, attentes et appréhensions des médecins généralistes du Cotentin dans leur pratique : étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de médecins généralistes du Cotentin. Thèse de médecine, Caen: Université de Caen Normandie; 2019.
- 44 Enzinger L. Coopération ville-hôpital : évaluation de la faisabilité et de l'intérêt de l'appel téléphonique par le médecin hospitalier du médecin traitant pour préparer le retour à domicile. Thèse de médecine, Grenoble: Université Grenoble Alpes; 2018.
- 45 Boschin L. Évaluation de l'impact de la mise en place d'un courrier postal informatisé sur la communication entre les urgences adultes de l'hôpital Jacques Monod et les médecins généralistes de l'agglomération havraise. Thèse de médecine, Rouen : Université de Rouen; 2019.
- 46 Jullian M. Évaluation des besoins nécessaires en outils numériques au médecin généraliste pour organiser et améliorer la collecte des données médicales de ses patients. Thèse de médecine, Nice: Université Nice Sofia Antipolis; 2018.
- 47 Mareschal de Longeville A. Dossier médical partagé (2004-2019) : Histoire d'une renaissance. Thèse de médecine, Lyon: Université Claude Bernard Lyon 1; 2020.
- 48 Assurance maladie. Plus de 8 millions de DMP désormais ouverts [Internet]. Paris: Assurance Maladie; 2019 [Consulté le 27 octobre 2019]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/actualites/plus-de-8-millions-de-dmp-desormais-ouverts>
- 49 Renault P-O. Freins et leviers à l'utilisation du Dossier Médical Partagé : enquête qualitative auprès de 16 médecins généralistes des Pyrénées-Atlantiques en 2018. Thèse de médecine, Bordeaux: Université de Bordeaux; 2019.
- 50 Décret n° 2018-137 du 26 février 2018 relatif à l'hébergement de données de santé à caractère personnel.

51 CNOM. Guide de protection des données personnelles [Internet]. Paris: CNOM; 2018 [Consulté le 2 novembre 2020]. Disponible sur: https://www.conseilnational.medecin.fr/sites/default/files/externalpackage/edition/17ss6et/gui_de_cnom_cnil_rgpd.pdf

52 CNIL. Applications mobiles en santé et protection des données personnelles: les questions à se poser [Internet]. Paris: CNIL; 2018 [Consulté le 2 novembre 2020]. Disponible sur: <https://www.cnil.fr/fr/applications-mobiles-en-sante-et-protection-des-donnees-personnelles-les-questions-se-poser>

53 Ki-Lab. Accompagner, coordonner, communiquer [Internet]. Pessac: Ki-Lab; 2020 [Consulté le 2 novembre 2020]. Disponible sur: <http://www.globule.net/>

54 CNOM. Dématérialisation des documents médicaux [Internet]. Paris: CNOM; 2010 [Consulté le 3 novembre 2020]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/rapport/hvffzu/dematerialisation_des_documents_medicaux.pdf

55 Code de déontologie médicale. Article 36 (version à jour au 8 août 2004).

56 Code de déontologie médicale. Article 45 (version à jour au 8 août 2004).

Mail envoyé aux professionnels de santé

Bonjour,

Kévin LAVIGNE (interne en médecine générale) et Juline AGNELLI (médecin généraliste remplaçante), nous réalisons ensemble et avec le soutien de nos co-directeurs de thèse, les docteurs Isabelle ARGACHA et Didier MARION, une étude concernant la communication en santé sur le territoire Haut-Béarn et Soule. Plus précisément cette enquête a pour intention de recueillir le ressenti des professionnels de santé sur l'utilisation de PAACO/Globule dans le cadre de la communication entre ville et hôpital, et ceci dans le but d'améliorer la coopération entre les professionnels de santé dans notre région. Cette étude est faite parallèlement au déploiement de PAACO/Globule au CH d'Oloron Sainte Marie.

Nous souhaiterions vous rencontrer au cours du mois de janvier 2020 lors d'un entretien individuel d'une durée de 20 à 30 minutes pour recueillir votre ressenti concernant notre sujet d'étude. Pour cela nous aurions besoin de connaître vos disponibilités. A savoir que cet entretien peut se faire soit par Skype soit lors d'une rencontre sur votre lieu de travail ou à proximité.

Pour nous contacter, vous pouvez nous joindre par mail ou par téléphone:

*****@hotmail.fr

06.xx.xx.xx.xx

*****@laposte.net

06.xx.xx.xx.xx

En attendant votre réponse, nous vous remercions de l'attention que vous porterez à notre demande.

Cordialement

Kévin LAVIGNE et Juline AGNELLI

Guide d'entretien

Informations données avant l'entretien :

« Bonjour,

Juline Agnelli/Kévin Lavigne, interne de médecine générale, merci d'avoir accepté de répondre à cet entretien réalisé dans le cadre de notre travail de thèse.

Cette enquête a pour intention de recueillir le ressenti des professionnels de santé sur l'utilisation de PAACO dans le cadre de la communication entre ville et hôpital, et ceci dans le but de déterminer les points forts et les faiblesses de la plateforme de communication.

Nous allons discuter pendant environ trente minutes à propos de PAACO. Ce qui m'intéresse c'est de bien comprendre votre point de vu, comment vous voyez les choses. Parlez-moi le plus librement possible.

Je tiens à vous préciser que notre échange va être enregistré. Il sera anonymisé et vos réponses seront utilisées uniquement à des fins d'analyses et ne seront jamais reliées à vos nom et prénom. De plus vous pourrez à tout moment exercer un droit d'accès et d'opposition sur l'enregistrement, et ce dernier sera détruit une fois l'étude menée à son terme.

Enfin sachez que cette étude respecte la méthodologie de référence (MR-004) définie par le CNIL, comité national de l'information et des libertés. »

Fiche de consentement :

Les informations recueillies au cours de cet entretien font l'objet d'un enregistrement audio sur dictaphone. Nous nous engageons à assurer la confidentialité de cet entretien et des matériaux collectés.

• Je déclare avoir pris connaissance des informations ci-dessus et avoir obtenu les réponses à mes questions.

OUI

NON

• J'accepte que mes propos soient enregistrés et exploités par la réalisation de la thèse de Juline Agnelli et Kévin Lavigne.

OUI

NON

Date :

Nom :

Signature :

Description de la population :

Sexe

Tranche d'âge

Profession (médecin, infirmière, assistante sociale...)

Métier exercé à l'hôpital/en libéral

Exercice de la profession seul/à plusieurs

Mode d'exercice en milieu rural/ semi-rural /urbain

Distance du lieu de travail avec l'hôpital

Questions ouvertes :

- 1) Pouvez-vous me parler de la place de PAACO dans votre pratique quotidienne depuis que vous avez commencé à l'utiliser ?
- 2) Quels sont pour vous les avantages et les inconvénients actuels de l'utilisation de ce moyen de communication ?
- 3) Dans quelle mesure pensez-vous que son déploiement au CH d'Oloron va faire évoluer la communication entre ville et hôpital ?
- 4) Avez-vous une expérience concrète de l'utilisation de PAACO dans le lien avec l'hôpital/la médecine de ville pour l'un de vos patients qui vous ait marqué ?

Sujets à aborder :

| | |
|----------------------------------|--|
| Modalités d'utilisation de PAACO | Contexte de découverte de PAACO |
| | Formation réalisée ou proposée |
| | Délai d'utilisation |
| | Fréquence d'utilisation/temps quotidien dédié |
| | Utilisation version mobile/version ordinateur |
| | Fonction de l'application utilisée en majorité (messagerie, relevé de sonstantes, documents relatifs aux patients, photo...) |
| | Nombre de patients impliqués |
| | Interlocuteurs via l'application (médecins, infirmières, kinésithérapeutes, sage-femmes, assistantes sociales...) |
| Autres outils de communication | |
| Changements apportés par PAACO | Rapidité de communication avec les professionnels |
| | Qualité de communication avec les professionnels |
| | Efficacité de prise en charge d'un cas |
| | Temps de prise en charge d'un cas |
| | Accès à l'hospitalisation d'un patient |
| | Accès à un avis spécialisé |
| | Autres avantages et inconvénients de l'application |
| Aspect concernant le patient | Respect du secret professionnel |
| | Confidentialité/sécurité des données médicales |
| | Recueil de l'accord du patient |
| | Ressenti du patient quant à l'application |
| Aspect financier | Coût de l'application |
| | Impact sur la rémunération des professionnels de santé |

Retranscription de l'entretien 3

I : Interviewé

T : Thésard

T : Pouvez-vous me parler de la place de PAACO dans votre pratique quotidienne depuis que vous avez commencé à l'utiliser ?

I : Alors depuis quelques mois la place de PAACO c'est quand même euh (*pause*) quelque chose que j'utilise assez souvent parce que je le regarde quasiment tous les jours, les jours où je travaille possiblement plusieurs fois par jour. Donc j'essaie de le faire vivre en tous cas, parce que parfois il ne se passe pas grand-chose, mais voilà c'est quelque chose que en tous cas quand j'ai une communication écrite ou une communication à avoir avec des professionnels du secteur dont je sais qu'ils ont l'application, je vais essayer de passer par là, parce que et bien parce que pour des raisons de sécurité pour des raisons aussi que ça garde en mémoire une trace sur le dossier du patient.

T : Oui.

I : Voilà, donc j'ai l'impression que les données se perdent moins, donc j'essaie de l'utiliser au maximum quand je peux pour les patients qui sont, on va dire complexes, et les patients suivis en visite à domicile.

T : D'accord, et à quel moment avez-vous commencé à l'utiliser ?

I : Euh c'est une bonne question (*pause*), je ne sais pas quand est-ce que ça été installé mais je pense que ça fait dans les six mois, je dirai plus de six mois. On a été un des premiers cabinets à le prendre sur Oloron, donc je ne saurais pas vous dire exactement quand c'était mais oui ça fait bien plus de six mois, en tous cas ça fait plutôt six mois qu'on l'utilise de manière effective, parce qu'au début c'était un peu (*pause*) long à démarrer quoi.

T : D'accord ok, donc votre utilisation quotidienne elle a augmenté depuis le lancement ?

I : Alors je dirais que ça stagne un petit peu depuis quelques mois, par rapport au début où il y a vraiment eu une période d'accélération puis après ça a stagné. Alors des périodes plus que

d'autres mais en tous cas j'essaie de m'astreindre à continuer de le regarder pour éviter d'en perdre l'utilisation.

T : D'accord, et est-ce que vous l'ouvrez systématiquement tous les jours ?

I : Oui je l'ouvre systématiquement tous les jours parce que je n'ai plus les notifications qui apparaissent sur mon téléphone depuis 2 ou 3 mois, je pense que c'est suite à une mise à jour, et du coup je suis obligée d'aller voir dedans si j'ai des messages ou non.

T : D'accord ok, et qui sont les interlocuteurs avec qui vous échangez ?

I : Alors ce sont essentiellement les infirmières libérales, infirmières libérales des cabinets d'Oloron, euh un petit peu (*accentue les mots*) la PTA, les services sociaux euh voilà, il y a un médecin coordinateur d'EHPAD aussi avec qui on communique pas mal euh si la question c'est est-ce que l'on communique avec l'hôpital finalement (*sourit largement*) à part les services sociaux, l'assistante sociale de l'hôpital et bien non.

T : Seulement avec l'assistante sociale ?

I : Avec l'assistante sociale de l'hôpital oui, mais sinon non pas de contact autre sur PAACO, je n'ai pas souvenir avoir été en contact avec l'hôpital sur un cas, plus avec le libéral.

T : Ok, et en quoi consiste vos échanges avec l'assistante sociale de l'hôpital ?

I : C'est essentiellement pour des patients soit qui ont été hospitalisés soit qui sont suivis par une équipe mobile, que ce soit soins palliatifs ou gériatrie, pour voir un peu où on en est des dossiers, des APA ou des voilà, et où chacun fait en fait des comptes rendus de ses rencontres avec les patients, donc comme vous devez le savoir sur PAACO on choisit la euh « sociaux », et c'est vrai que moi je donne assez facilement accès, à part pour des données médicales bien précises, aux intervenants sociaux de mes comptes rendus de visite, comme ça ça leur permet de savoir où moi j'en suis, ce sur quoi on a discuté, quelles sont les difficultés. Voilà donc plus dans l'échange comme ça de savoir où on en est dans les difficultés quotidiennes du patient.

T : D'accord.

I : C'est souvent pour des patients qui ont des soucis de maintien à domicile hein, voilà.

T : D'accord, et est-ce que vous connaissez à peu près votre temps quotidien d'utilisation de PAACO ?

I : Euh sur Globule, j'aurais dit pas plus de 10 minutes. Voyons avec les téléphones on sait tout maintenant (*rire*), (*cherche dans son téléphone*) c'est pas évident mais moi je dirais vraiment globalement moins de 10 minutes par jour. C'est suffisant pour voir et répondre aux messages que j'ai parce je pense qu'en moyenne en journée ça dépasse rarement 5 notifications, et c'est plutôt de l'ordre de entre 0 et 3. Plutôt ça.

T : D'accord, maintenant quels sont pour vous les avantages et les inconvénients actuels de l'utilisation de PAACA/Globule ?

I : Alors les avantages comme je les ai dits un peu tout à l'heure et je vais les remettre c'est vraiment d'avoir quelque chose qui est relativement pratique (*accentue le mot*) facile d'accès sur les téléphones, qu'on a avec nous dans notre pratique puisque le téléphone on l'a soit à coté de nous en consultation ou en visite. C'est un outil qui peut être en marge utilisé à la maison, qui permet aussi un petit peu de voir ce qui se passe quand on n'est pas là. Sans être trop intrusif, on peut y répondre même quand on est pas au cabinet ça arrive, et puis nous on a préféré un système où on voit tous les patients du cabinet, c'est à dire que je vois aussi les patients de mon collègue et ça permet aussi d'avoir un petit suivi des situations qui sont voilà, on met dans PAACO généralement des situations complexes un petit peu sur le fil là donc ça c'est bien aussi.

Donc ça permet même une coordination entre nous, un peu inconsciente quoi, qui nous prend peu de temps. Ça marche pas mal avec les cabinets d'infirmiers libéraux en termes de gestion d'INR, en terme de préciser une dégradation brutale, de dire qu'il va falloir passer bientôt pour renouveler un traitement, ça permet aussi d'avoir parfois euh de pouvoir lire posément une notification d'infirmière sans avoir été dérangé au téléphone ou sans qu'il y ait une difficulté à se joindre. Donc ça c'est bien quand voilà ça peut être différé, voilà chacun peut regarder son application tranquillement et y répondre au moment où il le souhaite. Encore un avantage la présence de lecture par patient qui permet de retrouver des voilà il y a un moment j'ai déjà prescrit une ordonnance kiné donc je l'ai marqué là-dedans je n'ai pas besoin de la represcrire 1 mois plus tard quoi. Voilà ça me sert aussi moi alors je sais pas très bien parce qu'il n'y a pas encore d'interopérabilité avec le logiciel du bureau mais je m'en sers aussi de suivi pour mes patients en visite pour garder quelques traces, ça évite d'écrire tout, alors je photocopie le dossier patient que je laisse à la maison comme ça j'ai une trace même quand on m'appelle au cabinet pour ma dernière ordonnance où comme ça, c'est assez pratique parce que nous notre logiciel actuel il ne nous permet pas encore d'être portatif en visite. Euh le fait que ça soit sécurisé, le fait que l'on n'ait pas à s'occuper de grand-chose, à part quelques bugs ça marche

globalement bien, le fait que c'est gratuit je ne sais pas si je l'ai déjà dit, voilà au niveau des avantages je vois à peu près ça. Au niveau des limites et bien c'est le, à mon sens je pense, encore le faible nombre d'utilisateurs euh (*pause*).

T : Oui ?

I : Je pense que les gens ont peur que cela soit encore un peu redondant par rapport à d'autres choses, sur Oloron on est sur un projet de maison de santé, on parle beaucoup de projet de coordination et cetera, et où ça risque d'être plutôt quelque chose dans notre logiciel plus que PAACO/Globule, mais ce qui va limiter aussi les échanges avec les gens hors maison de santé euh on se dit ça on se dit oui les outils sont bien mais quand ils vont devenir un peu euh, ils vont se superposer à d'autres outils ça risque d'être plus compliqué donc c'est là où je pense que l'interopérabilité entre les différents logiciels médicaux va être importante à développer. Sur les limites bon moi le petit bug comme quoi je n'ai plus les notifications c'est un petit peu embêtant, le fait de ne pas pouvoir mettre un statut « absente du cabinet » « en vacances » etc c'est vrai que PAACO c'est jour nuit week-end vacances, on peut y avoir accès on l'a sur notre téléphone et ça ça peut être bien mais du coup (*rire*) ça peut aussi être source de ne pas décrocher, voilà. Donc c'est vrai que ça ça manque un peu de savoir si la personne a vu le message, parce que si la personne ne l'a pas vu ce n'est pas marqué.

T : D'accord.

I : Et puis pour revenir vraiment à votre sujet de thèse avec l'hôpital pour l'instant on a pas trop de contact parce que d'une part il y a eu un retard je pense sur l'utilisation, et d'autre part on va pas se le cacher je pense que c'est moins dans leur fonctionnement euh, j'ai l'impression d'être réac quand je dis ça, mais c'est moins dans le fonctionnement d'un médecin hospitalier d'utiliser ce genre d'outil de communication parce que qu'est-ce qu'on y met ? Quand est-ce qu'on l'utilise ? Est-ce qu'on donne, parce que s'ils doivent faire un compte-rendu de leur visite tous les jours au sujet du patient ça va devenir une utilisation exponentielle avec 150 000 messages, il y a aussi le fait il faut rentrer le patient, il faut le sortir après, ils n'ont pas accès à mon avis à tout ce qu'il y avait avant (*accentue le mot*), donc ça pour moi ça me paraît, alors ce sont des choses que je n'ai pas touché du doigt mais, qui me paraissent vraiment d'une limite qu'il va y avoir. C'est à dire effectivement si l'urgentiste il attrape le mec dans PAACO et qu'il n'a pas tout ce qu'il y avait avant, qu'il a juste les activités sur les derniers jours, et bien il ne va pas comprendre l'histoire du patient, et par exemple s'il fait une entrée de nuit ou en week-end est-ce qu'on se doit de regarder notre PAACO tout le temps

pour lui répondre ? Donc voilà je pense qu'il va y avoir des limites sur cette utilisation ville hôpital comme ça puisque forcément on n'a pas les mêmes modes de fonctionnement donc voilà ça va être un peu qu'est-ce qu'on en fait de cette communication ville hôpital et ça je pense que c'est à discuter.

T : D'accord.

I : Alors si je cherche les autres limites (*pause*), non je pense que ça viendra peut-être plus tard mais là je crois que j'ai fait le tour.

T : Ok, bon vous avez déjà répondu en partie à ma prochaine question, cette question c'est de savoir dans quelle mesure vous pensez que l'implantation de PAACO à l'hôpital d'Oloron va permettre de faire évoluer la relation entre les professionnels de santé de la ville et de l'hôpital ?

I : Et bien je pense effectivement il faut se poser et faire une charte un peu, une charte de qu'est-ce qu'ils en attendent et qu'est-ce qu'on en attend, et justement comment on fait et d'harmoniser les pratiques pour justement que ça aille vite parce qu'un outil qui est mal utilisé il ne va pas durer. Donc vraiment c'est euh, alors il faut à mon sens je pense laisser une utilisation un peu libre au début pour que les gens le prennent en main, voient un petit peu ce qu'ils aiment et ce qu'ils n'aiment pas et voient comment ça se passe, et puis très vite après je pense qu'il faut réfléchir à une ou deux rencontres dans quelques temps pour voir voilà comment ça se passe, qu'est-ce que l'on trouve bien et pas bien, et essayer d'harmoniser parce que je pense que c'est comme ça que ça peut marcher dans la durée quoi.

T : Oui.

I : Connaître les besoins de chacun.

T : D'accord, vous vous auriez aimé avoir une coordination avant l'utilisation pour expliquer quels sont les enjeux ?

I : Avant l'utilisation je ne sais pas, parce que du coup ça peut peut-être freiner, mais quelques semaines au moins après le début d'utilisation pour faire un petit point justement, de se dire voilà, tiens vous vous l'utilisez, vous vous ne l'utilisez pas, pourquoi ? Qu'est-ce qui vous semble difficile ? Et de réfléchir ensemble et de je crois en connaître l'utilité pour l'utilisateur en face, permet de, de, de mieux comprendre les enjeux et effectivement de mieux utiliser l'outil je pense.

T : D'accord, pour en revenir sur ce que vous disiez, que pensez-vous de la sécurité et de la fiabilité de la transmission des informations ? Pensez-vous qu'elle est fiable ? Sécurisée ?

I : Oui je pense que c'est fiable, parce que je pense que c'est assez contrôlé, c'est fait par une société qui a des développeurs de messageries sécurisées de santé. Voilà quoi, c'est leur job quoi je pense qu'ils font ça correctement, après est-ce qu'à l'heure actuelle on est sur un système qui est fiable sur les hébergements de toutes les données ? On voit bien que ce n'est pas certain mais ce n'est pas que pour PAACO, c'est assez global.

T : D'accord, et vous diriez que ça vous a apporté un plus dans la communication avec les différents professionnels de santé ?

I : Oui je pense que ça apporte un plus, euh ..., c'est plus rapide qu'un mail, c'est plus euh ... c'est plus en mode échange quoi, ça va être plus dynamique en fait. Forcément il peut y avoir plusieurs interlocuteurs en même temps, les réponses arrivent les unes après les autres, euh je ne sais pas si vous voyez ces types de mails décousus où il y a 15 personnes qui se répondent en oubliant de répondre aux autres avec euh pas d'historique etc, ça donne une conversation (*rire*) euh voilà et surtout que la plupart du temps c'est fait sur des mails non sécurisés donc en ça peut ça ne peut apporter qu'un bénéfice quoi, en terme de sécurisation et en terme de dynamisme sur les échanges.

T : Vous dans votre...

I : Pareil par rapport au téléphone c'est aussi quelque chose qui laisse une trace, alors ça remplacera pas toujours une conversation téléphonique parce que il faut faire attention une des limites de PAACO c'est l'écrit, et l'écrit et bien on est avec des êtres humains donc ça dépend du ressenti, de comment on est quand on écrit le message, on peut être mal interprété en face, donc en ça ça ne remplacera pas toujours une conversation téléphonique mais ça permet quand on est à plusieurs interlocuteurs que tout le monde ait la même information. Donc ça c'est vraiment euh voilà, je ne sais pas si je le mets dans bénéfice ou euh voilà mais en tout cas je sais qu'on a eu une mésaventure d'écriture dans PAACO avec les couleurs verte, orange et rouge, ou quand j'ai écrit en rouge ça a été très mal vécu par mon interlocuteur en face alors que c'était pas non plus comme ça mais voilà. Donc ça c'est des petits aléas de communication, il faut vraiment faire attention à la communication écrite, le sentiment enfin le contexte émotionnel de la personne qui lit en face compte pour l'interprétation du message et ça parfois ça peut être une limite effectivement.

T : D'accord, et cette histoire de message mal interprété vous pouvez m'en parler un petit peu ? La personne s'est inquiétée à propos de la couleur du message ?

I : Alors ce n'était pas en termes d'inquiétude c'était en termes de maladresse de communication en fait, le message était rouge parce que effectivement euh, je pense que ce qui a été perçu dans ce message c'était de la colère euh... au sujet d'une organisation de soins, et ça n'a fait que, que euh grimper euh (*rire*) en réponse à des messages en rouge (*rire*) voilà. Ce rouge là il a été plutôt néfaste dans cette communication qui se voulait effectivement euh de reprocher quelque chose hein mais pas à ce compte-là quoi. Donc c'était une histoire de visite au dernier moment pour un renouvellement, entre une infirmière et moi-même, enfin entre un groupe infirmier et il y a une infirmière qui l'a pris pour elle comme quoi « je ne suis pas la secrétaire des patients » oui mais bon vous gérez le traitement quoi, donc à mon sens savoir que vous n'aviez plus de traitement depuis 3 semaines et de voir que le patient n'appelait pas, ce n'est pas la bonne solution que d'attendre le dernier jour vendredi midi pour demander une visite en urgence et cetera voilà c'était juste histoire de euh quand le traitement a déjà été avancé une fois par la pharmacie c'est que le problème remontait à un mois et demi donc là je pense que c'était justifié de passer un petit appel en disant surtout « attention cette dame elle a peut-être des troubles cognitifs » c'était plus sur ce plan-là alors que euh l'infirmière l'a pris comme un petit peu une injonction de faire du secrétariat où voilà moi j'appelle ça de la coordination, c'est ce que l'on fait tous les jours en médecine générale, ça n'a pas été perçu comme ça , et je pense vraiment que les couleurs y étaient pour beaucoup dans cette euh voilà dans ce problème de communication.

T : D'accord, et est-ce que vous avez déjà eu retour de problème de message non transmis par rapport à l'identification des intervenants ? Intervenants médicaux ou sociaux ?

I : Oui ça arrive, ça arrive assez fréquemment, alors peu avec les infirmières parce que quand même globalement, un peu par défaut, c'est paramédicaux en premier à mettre dans la liste avant de valider, donc souvent pour les infirmiers ça passe, mais là j'ai par exemple un cabinet infirmier qui m'avait envoyé un message mais qui ne m'avait pas ajouté au patient, donc forcément moi là je ne les avais pas vu.

T : D'accord.

I : Qu'est-ce qu'on a eu d'autre ? Oui pour les intervenants sociaux, il m'est arrivé de vouloir parler à une assistante sociale mais sans avoir coché intervenants sociaux, donc c'est vrai que ça ce n'est pas très lisible, quand vous envoyez le message, bon il faudrait regarder en temps

réel de voir exactement sur quelle ligne vous êtes, mais après on n'identifie pas euh il faudrait peut-être une petite infirmière ou un petit logo, sur chaque bulle globule, pour identifier « tiens ce message il était à destination de telle ou telle personne » et comme ça ça reste sur les bulles et on aurait quelque chose de beaucoup plus visuel, je pense que ça ça serait intéressant.

T : Ça marche, pour conclure avez-vous un cas particulier dont vous pouvez me parler à propos de la gestion d'un cas, d'un patient dans le cadre du lien entre ville et hôpital ?

I : Euh (*pause*) dans quelle euh ? Juste vous raconter une expérience où vous voulez plutôt une expérience négative ? Ou positive ?

T : N'importe mais plutôt un cas qui vous a marqué, et principalement centré sur l'utilisation de PAACO.

I : Centré sur l'utilisation de PAACO ? Alors il y en a un qui est sorti de l'ordinaire parce que j'ai eu un dossier sur PAACO d'un patient que je n'avais pas encore vu... Donc euh l'hôpital avait bien cerné que ça serait moi le futur médecin, un peu euh sans être du tout au courant de la situation, et donc j'ai découvert le terrain glissant sur PAACO avant de voir le patient, et ça c'était il n'y a pas très longtemps donc ça m'a un peu marqué, dans le sens où en fait l'assistante sociale me demandait de remplir des papiers et c'est là où déjà je me suis dit « c'est qui cette personne ? », et puis je me suis dit « merci on m'a donné des dossiers faciles mais ce n'en pas un quoi ». Je me suis dit oulala ça va être galère.

T : En fait c'est un patient qui sortait de l'hôpital et que vous n'aviez jamais rencontré en fait ?

I : C'est un patient qui était suivi par l'équipe mobile de gériatrie, un couple de patients pour être tout à fait précis, le premier message euh (*cherche dans son téléphone*) c'est de me demander de faire des dossiers d'EHPAD, en premier quoi, et c'est vrai que du coup je ne connaissais pas le couple et ça m'a un peu euh, je me suis dit « ah tiens ! », voilà je découvre les problèmes sociaux avant même d'avoir vu les patients. Pour le coup c'était ni positif ni négatif mais voilà. C'est vrai que rentrer un patient sur un système de communication en mode écrit c'était un petit peu voilà particulier quoi, mais là pour le coup l'application n'y est pour rien c'était plutôt l'utilisation qui était particulière.

T : Ok, et dans ce cas qu'est ce qui a fait que ça soit vous qui soyez désignée pour vous occuper du patient ?

I : Parce que le médecin parlait d'Oloron et il a dit à ses patients vous pourrez aller voir le docteur X (*rire*) donc du coup les gens ont dit ça sera elle et puis voilà (*rire*).

T : Ok et en l'occurrence pour ce patient c'est par PAACO que vous avez appris que vous alliez devoir vous occuper de ce patient en fait.

I : Ouais.

Serment médical

« Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque. »

Résumé

Introduction : Ces dernières années un bon nombre d'études ont montré les lacunes en termes de communication entre les professionnels de santé de la ville et ceux de l'hôpital. Au moment où l'e-santé se développe de plus en plus, de nouveaux outils numériques font leur apparition, tel que PAACO/Globule. Ce logiciel émergent est proposé aux différentes professions de la santé pour améliorer les échanges. Notre étude avait pour objectif de recueillir et analyser la perception des professionnels de santé et du social concernant l'utilisation de PAACO/Globule pour la communication entre ville et hôpital. L'objectif secondaire était d'identifier les accélérateurs et les freins concernant l'utilisation de cet outil.

Méthode : Etude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés. Recueil fait auprès de professionnels médico-sociaux du territoire Haut-Béarn et Soule, exerçant en ville ou à l'hôpital, ayant eu au moins un patient pour lequel PAACO/Globule a été utilisé pour échanger entre la ville et l'hôpital.

Résultats : 13 entretiens ont été réalisés. Les utilisateurs semblent apprécier l'arrivée d'un nouvel outil de communication, qui a l'avantage de pouvoir être utilisé de façon portable, et qui permet de choisir le moment pour l'utiliser. Les interviewés évoquent la facilité d'utilisation, la rapidité des échanges entre professions variées. Mais devant un déploiement lent à l'hôpital, ils doutent que ce nouvel outil soit adapté à la pratique hospitalière, ils craignent notamment une chronophagie et un manque d'intérêt de la part des professionnels hospitaliers. Ils déplorent aussi que le manque de correspondants freine son déploiement aussi bien en ville qu'à l'hôpital.

Discussion : PAACO n'a pas encore apporté d'amélioration significative dans la communication entre ville et hôpital. Cependant les utilisateurs espèrent qu'il permettra une meilleure gestion des retours à domicile et l'apprécient déjà pour la communication entre professionnels de santé de la ville.

Mots clés : Télémédecine – Communication interdisciplinaire – Médecine générale – PAACO/Globule

Abstract

Title : Health and social provider's perceptions of PACOO platform as support for communications between city and hospitals health professionals. A qualitative survey from the Haut-Béarn and Soule territory.

Introduction : In recent years a good number of studies have shown the shortcomings in terms of communication between the city's health professionals and those in hospitals. At a time when e-health is developing more and more, new digital tools are appearing, such as PAACO/Globule. This emerging software is proposed to the different health professions to improve exchanges. The objective of our study was to collect and analyse the perception of health and social professionals regarding the use of PAACO/Globule for communication between city and hospital. The secondary objective was to identify the accelerators and brakes regarding the use of this tool.

Method : Qualitative study by semi-directed individual interviews. Collection made from medico-social professionals from the Haut-Béarn and Soule territory, practising in the town or in the hospital, having had at least one patient for whom PAACO/Globule was used to exchange between the town and the hospital.

Results : 13 interviews were conducted. Users seem to appreciate the arrival of a new communication tool, which has the advantage of being portable and allows them to choose when to use it. The interviewees mention the ease of use, the speed of exchanges between various professions. However, faced with a slow deployment in hospitals, they doubt that this new tool will be adapted to hospital practice, fearing in particular a chronophagy and a lack of interest on the part of hospital professionals. They also deplore the lack of correspondents, which hinders its deployment both in the city and in the hospital.

Discussion : So far PAACO has not brought about any significant improvement in communication between town and hospital. However, users hope that it will allow better management of returns home and already appreciate it for communication between health professionals in the city.

Keywords : Telemedicine – Interdisciplinary communication – General practice – PAACO/Globule

Discipline : Médecine Générale
UFR des sciences médicales – Université de Bordeaux
146, rue Léo Saignat
33076 BORDEAUX