



HAL
open science

Comment l'organisation des soins primaire en exercice coordonné favorise la prise en charge des patients âgés sur leur lieu de vie? Étude qualitative en Focus Group sur le territoire Corse

Serena Marie-Dominique Guerrini

► To cite this version:

Serena Marie-Dominique Guerrini. Comment l'organisation des soins primaire en exercice coordonné favorise la prise en charge des patients âgés sur leur lieu de vie? Étude qualitative en Focus Group sur le territoire Corse. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03369217

HAL Id: dumas-03369217

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03369217v1>

Submitted on 7 Oct 2021

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

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

UNIVERSITÉ CÔTE D'AZUR

ANNÉE 2021



THÈSE D'EXERCICE DE MÉDECINE

Pour l'obtention du diplôme d'État de Docteur en Médecine

**COMMENT L'ORGANISATION DES SOINS
PRIMAIRES EN EXERCICE COORDONNÉ FAVORISE
LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES ÂGÉES SUR
LEUR LIEU DE VIE ?
ETUDE QUALITATIVE EN FOCUS GROUPS SUR LE
TERRITOIRE CORSE.**

Présentée et soutenue le 01 juillet 2021 à 18 heures,

A la faculté de Médecine de Nice

Par **Serena Marie-Dominique GUERRINI**

Née le 06 mars 1994, à Bastia (2B)

MEMBRES DU JURY

Président :

Monsieur le Professeur David DARMON

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Olivier GUERIN

Monsieur le Professeur Gérard QUATREHOMME

Monsieur le Docteur Witold JARZEBOWSKI

Directeur de thèse

Monsieur le Docteur Christophe HEBERT

Liste des enseignants au 1er septembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

Doyen

Pr. BAQUÉ Patrick

Vice-doyens

Pédagogie

Pr. ALUNNI Véronique

Recherche

Pr. DELLAMONICA Jean

Etudiants

M. JOUAN Robin

Chargé de mission projet Campus

Pr. PAQUIS Philippe

Conservateur de la bibliothèque

Mme AMSELLE Danièle

Directrice administrative des services

Mme CALLEA Isabelle

Doyens Honoraires

M. RAMPAL Patrick

M. BENCHIMOL Daniel

Liste des enseignants au 1er septembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE

M.	BAQUÉ Patrick	Anatomie - Chirurgie Générale (42.01)
M.	BERNARDIN Gilles	Réanimation Médicale (48.02)
Mme	BLANC-PEDEUTOUR Florence	Cancérologie – Génétique (47.02)
M.	BOILEAU Pascal	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	DARCOURT Jacques	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.	DRICI Milou-Daniel	Pharmacologie Clinique (48.03)
M.	ESNAULT Vincent	Néphrologie (52-03)
M.	GILSON Éric	Biologie Cellulaire (44.03)
M.	GUGENHEIM Jean	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	HASSEN KHODJA Reda	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	HÉBUTERNE Xavier	Nutrition (44.04)
M.	HOFMAN Paul	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
Mme	ICHAÏ Carole	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	LACOUR Jean-Philippe	Dermato-Vénérologie (50.03)
M.	LEFTHERIOTIS Georges	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (51.04)
M.	MARQUETTE Charles-Hugo	Pneumologie (51.01)
M.	MARTY Pierre	Parasitologie et Mycologie (45.02)
M.	MICHIELS Jean-François	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	MOUNIER Nicolas	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	MOUROUX Jérôme	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
M.	PADOVANI Bernard	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	PAQUIS Philippe	Neurochirurgie (49.02)
Mme	PAQUIS Véronique	Génétique (47.04)
M.	PRADIER Christian	Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M.	QUATREHOMME Gérald	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	RAUCOULES-AIMÉ Marc	Anesthésie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	ROBERT Philippe	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	SCHNEIDER Stéphane	Nutrition (44.04)
M.	TRAN Albert	Hépatogastro-entérologie (52.01)

Liste des enseignants au 1er septembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS PREMIERE CLASSE

Mme	ASKENAZY-GITTARD Florence	Pédopsychiatrie (49.04)
M.	BARRANGER Emmanuel	Gynécologie Obstétrique (54.03)
M.	BÉRARD Étienne	Pédiatrie (54.01)
M.	BONGAIN André	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
Mme	BREUIL Véronique	Rhumatologie (50.01)
M.	CASTILLO Laurent	O.R.L. (55.01)
M.	CHEVALLIER Patrick	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	DE PERETTI Fernand	Anatomie-Chirurgie Orthopédique (42.01)
M.	FERRARI Émile	Cardiologie (51.02)
M.	FERRERO Jean-Marc	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	FONTAINE Denys	Neurochirurgie (49.02)
M.	GUÉRIN Olivier	Méd. In ; Gériatrie (53.01)
M.	HANNOUN-LEVI Jean-Michel	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M	JEAN BAPTISTE Elixène	Chirurgie vasculaire (51.04)
M.	LEVRAUT Jacques	Médecine d'urgence (48.05)
M.	LONJON Michel	Neurochirurgie (49.02)
M.	PASSERON Thierry	Dermato-Vénérologie (50-03)
M.	PICHE Thierry	Gastro-entérologie (52.01)
Mme	RAYNAUD Dominique	Hématologie (47.01)
M.	ROSENTHAL Éric	Médecine Interne (53.01)
M.	ROUX Christian	rhumatologie (50.01)
M.	STACCINI Pascal	Biostatistiques et Informatique Médicale (46.04)
M.	THOMAS Pierre	Neurologie (49.01)
M.	TROJANI Christophe	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)

Liste des enseignants au 1er septembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE

Mme	ALUNNI Véronique	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	ANTY Rodolphe	Gastro-entérologie (52.01)
M.	BAHADORAN Philippe	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BAILLIF Stéphanie	Ophthalmologie (55.02)
Mme	BANNWARTH Sylvie	Génétique (47.04)
M.	BENIZRI Emmanuel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	BENOIT Michel	Psychiatrie (49.03)
M.	BERTHET Jean-Philippe	Chirurgie Thoracique (51-03)
M.	BOZEC Alexandre	ORL- Cancérologie (47.02)
M.	BREAUD Jean	Chirurgie Infantile (54-02)
M.	BRONSARD Nicolas	Anatomie Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (42.01)
Mme	BUREL-VANDEBOS Fanny	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	CHEVALIER Nicolas	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
Mme	CHINETTI Giulia	Biochimie-Biologie Moléculaire (44.01)
M.	CLUZEAU Thomas	Hématologie (47.01)
M.	DELLAMONICA Jean	réanimation médicale (48.02)
M.	DELOTTE Jérôme	Gynécologie-obstétrique (54.03)
Mme	ESTRAN-POMARES Christelle	Parasitologie et mycologie (45.02)
M	FAVRE Guillaume	Néphrologie (44-02)
M.	FOURNIER Jean-Paul	Thérapeutique (48-04)
Mme	GIORDANENGO Valérie	Bactériologie-Virologie (45.01)
Mme	GIOVANNINI-CHAMI Lisa	Pédiatrie (54.01)
M.	IANNELLI Antonio	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	ILIE Marius	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	ORBAN Jean-Christophe	Anesthésiologie-réanimation ; Médecine d'urgence (48.01)
M.	ROHRLICH Pierre	Pédiatrie (54.01)
M.	RUIMY Raymond	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme	SACCONI Sabrina	Neurologie (49.01)
Mme	SEITZ-POLSKI barbara	Immunologie (47.03)
M.	VANBIERVLIEET Geoffroy	Gastro-entérologie (52.01)

Liste des enseignants au 1er septembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

M.	AMBROSETTI Damien	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BERNARD-POMIER Ghislaine	Immunologie (47.03)
M.	CAMUZARD Olivier	Chirurgie Plastique (50-04)
Mme	CONTENTI-LIPRANDI Julie	Médecine d'urgence (48-04)
M.	DOGLIO Alain	Bactériologie-Virologie (45.01)
M.	DOYEN Jérôme	Radiothérapie (47.02)
M.	FOSSE Thierry	Bactériologie-Virologie-Hygiène (45.01)
M.	GARRAFFO Rodolphe	Pharmacologie Fondamentale (48.03)
Mme	HINAULT Charlotte	Biochimie et biologie moléculaire (44.01)
M.	HUMBERT Olivier	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme	LAMY Brigitte	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme	LONG-MIRA Elodie	Cytologie et Histologie (42.02)
M.	LOTTE Romain	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière (45.01)
Mme	MAGNIÉ Marie-Noëlle	Physiologie (44.02)
M.	MASSALOU Damien	Chirurgie Viscérale (52-02)
Mme	MOCERI Pamela	Cardiologie (51.02)
M.	MONTAUDIE Henri	Dermatologie (50.03)
Mme	MUSSO-LASSALLE Sandra	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	NAÏMI Mourad	Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)
M.	SAVOLDELLI Charles	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie (55.03)
M.	SQUARA Fabien	Cardiologie (51.02)
M.	TESTA Jean	Épidémiologie Économie de la Santé et Prévention (46.01)
Mme	THUMMLER Susanne	Pédopsychiatrie (49-04)
M.	TOULON Pierre	Hématologie et Transfusion (47.01)
M.	TRAN Antoine	Pédiatrie (54.01)

Liste des enseignants au 1er septembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS

M. DARMON David Médecine Générale (53.03)

MAITRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS

Mme GROS Auriane Orthophonie (69)

PROFESSEURS AGRÉGÉS

Mme LANDI Rebecca Anglais

PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

M. DURAND Matthieu Urologie (52.04)

M. SICARD Antoine Néphrologie (52-03)

PROFESSEURS ASSOCIÉS

M. GARDON Gilles Médecine Générale (53.03)

Mme MONNIER Brigitte Médecine Générale (53.03)

MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Mme CASTA Céline Médecine Générale (53.03)

M. GASPERINI Fabrice Médecine Générale (53.03)

M. HOGU Nicolas Médecine Générale (53.03)

Liste des enseignants au 1er septembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

Constitution du jury en qualité de 4ème membre

Professeurs Honoraires

M. AMIEL Jean	M. GÉRARD Jean-Pierre
M. ALBERTINI Marc	M. GIBELIN Pierre
M. BALAS Daniel	M. GILLET Jean-Yves
M. BATT Michel	M. GRELLIER Patrick
M. BLAIVE Bruno	M. GRIMAUD Dominique
M. BOQUET Patrice	M. HOFLIGER Philippe
M. BOURGEON André	M. JOURDAN Jacques
M. BOUTTÉ Patrick	M. LAMBERT Jean-Claude
M. BRUNETON Jean-Noël	M. LAZDUNSKI Michel
Mme BUSSIERE Françoise	M. LEFEBVRE Jean-Claude
M. CAMOUS Jean-Pierre	M. LE FICHOUX Yves
M. CANIVET Bertrand	Mme LEBRETON Elisabeth
M. CASSUTO Jill-patrice	M. MARIANI Roger
M. CHATEL Marcel	M. MASSEYEFF René
M. COUSSEMENT Alain	M. MATTEI Mathieu
Mme CRENESSE Dominique	M. MOUIEL Jean
M. DAR COURT Guy	Mme MYQUEL Martine
M. DELLAMONICA Pierre	M. ORTONNE Jean-Paul
M. DELMONT Jean	M. PRINGUEY Dominique
M. DEMARD François	M. SANTINI Joseph
M. DESNUELLE Claude	M. SAUTRON Jean Baptiste
M. DOLISI Claude	M. SCHNEIDER Maurice
Mme EULLER-ZIEGLER Liana	M. THYSS Antoine
M. FENICHEL Patrick	M. TOUBOL Jacques
M. FUZIBET Jean-Gabriel	M. TRAN Dinh Khiem
M. FRANCO Alain	M. VAN OBBERGHEN Emmanuel
M. FREYCHET Pierre	
M. GASTAUD Pierre	

M.C.U. Honoraires

M. ARNOLD Jacques	M. GIUDICELLI Jean
M. BASTERIS Bernard	M. MAGNÉ Jacques
M. BENOLIEL José	Mme MEMRAN Nadine
Mlle CHICHMANIAN Rose-Marie	M. MENGUAL Raymond
Mme DONZEAU Michèle	M. PHILIP Patrick
M. EMILIOZZI Roméo	M. POIRÉE Jean-Claude
M. FRANKEN Philippe	Mme ROURE Marie-Claire
M. GASTAUD Marcel	

Liste des enseignants au 1er septembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ

M.	BERTRAND François	Médecine Interne
M.	BROCKER Patrice	Médecine Interne Option Gériatrie
M.	CHEVALLIER Daniel	Urologie
Mme	FOURNIER-MEHOUAS Manuella	Médecine Physique et Réadaptation
M.	JAMBOU Patrick	Coordination prélèvements d'organes
M.	LEBOEUF Mathieu	gynécologie- obstétrique
Mme	NADEAU Geneviève	uro-gynécologie
M.	ODIN Guillaume	Chirurgie maxilo-faciale
M.	PEYRADE Frédéric	Onco-Hématologie
M.	PICCARD Bertrand	Psychiatrie
M.	QUARANTA Jean-François	Santé Publique

REMERCIEMENTS

A mon directeur de thèse,

Monsieur le Docteur Hébert Christophe,

Médecin Généraliste,

En travaillant avec toi j'ai découvert ton professionnalisme et ton perfectionnisme, c'est pour cela que je t'ai demandé d'être mon directeur de thèse. Ta patience, tes avis éclairés et constructifs m'ont permis de mener à bien mon étude, sur un sujet qui me passionne tant, et sur ma terre natale.

Merci, pour ton implication, le temps que tu m'as offert et de m'avoir poussé à donner le meilleur de moi-même. Tu es un médecin généraliste complet, soucieux de sa patientèle et un innovateur acharné. Tu seras un exemple pour mon installation, ma pratique future et ma carrière entière.

A Monsieur le Professeur Darmon David,

Professeur des Universités en Médecine Générale,

Directeur du Département de Médecine Générale de Nice,

Vous me faites l'honneur de présider ce jury, je vous en suis très reconnaissante.

Au-delà de cette thèse, je vous remercie pour l'aide et le soutien précieux dont vous avez fait preuve concernant mon engagement associatif pour le développement de l'internat en Corse. Sans votre approbation, et le concours du Département de Médecine Générale, nous n'aurions pas pu progresser comme nous le souhaitions.

A Monsieur le Docteur Jarzebowski Witold,

Chef du service de Court Séjour Gériatrique de l'Hôpital de Bastia,

Vous m'avez fait le plaisir d'être le rapporteur de cette thèse. Malgré ce que vous avez pu lire dans la presse locale, je n'ai pas plus appris avec la crise COVID qu'en quatre mois de stage dans votre service. Au contraire, j'ai plus appris avec un semestre amputé de deux mois chez vous, que durant tout mon internat. Vous m'avez transmis la passion pour cette spécialité, vous m'avez appris à réfléchir, à chercher, à creuser, et à toujours me remettre en question, à ne jamais être satisfaite. Je vous remercie pour cette vision de la médecine que vous m'avez inculquée, j'espère continuer à travailler de cette façon.

A Monsieur le Professeur Quatrehomme Gérald,
Professeur en Médecine Légale et Droit de la Santé,

Je vous remercie d'avoir accepté de faire partie de ce jury. Votre pédagogie pendant ces deux années de D.U a renforcé ma volonté de persévérer dans le domaine de la Réparation du Dommage Corporel. Vos démonstrations et conclusions dans vos rapports d'expertise, m'ont démontré l'ampleur des connaissances nécessaires pour exceller dans ce domaine. J'espère continuer à me former au sein de votre école, pour de nombreuses années à venir, tant ce domaine est vaste.

A Monsieur le Professeur Guérin Olivier,
Professeur de Première Classe en Médecine Interne et Gériatrie,
Chef du pôle de Gériatrie du CHU de Nice,

La gériatrie est la partie de la médecine qui me passionne le plus, depuis bien longtemps. Il était donc très important pour moi de réaliser une étude qui concernait les personnes âgées et de la soumettre aux spécialistes reconnus de ce domaine. Ainsi, vous me faites l'honneur de juger ce travail, je vous en remercie et je vous en suis très reconnaissante.

Aux docteurs Grisoni Antoine et Rocchi André : mes mentors, vous m'avez transmis la fièvre du médecin de famille rural, l'altruisme, l'importance d'un engagement politique et sociétal fort pour garantir la survie des soins de proximité et améliorer la prise en charge de nos patients. Quand je serai grande, je serai comme vous.

Au Docteur Ballejos Richard, mon mentor pour les expertises, merci pour ce que vous m'avez transmis et pour votre patience, à notre future collaboration.

Aux docteurs Agostini François et Allegrini Jean-Pierre,
Je vous remercie pour tout ce que vous m'avez appris mais surtout, merci d'avoir partagé la passion de votre travail et d'avoir consolidé mes rêves de médecin de famille rural.

Aux Docteurs De Caffarelli André et Hassam Jazil : je vous remercie pour votre soutien et votre confiance depuis ma deuxième année de médecine et de tout le temps que vous avez su m'accorder.

A tout le personnel des urgences de Bastia et surtout les paramédicaux : 7 ans passés à vos côtés. Je vous remercie pour votre professionnalisme, votre soutien et pour tout ce que vous m'avez appris.

Au docteur Darnaud Thomas qui a réalisé la prouesse de me réconcilier avec la chirurgie ! Ces mois passés avec toi ont été très riches d'enseignement médical, mais aussi sur moi-même. Merci.

Aux femmes médecins qui m'ont inspiré : le Docteur Corteggiani Françoise, modèle de médecin de famille, modèle de médecin rural, merci pour la rigueur que tu m'as inculquée ; Le Docteur Eouzan-Pieri Dominique dotée d'une force de caractère sans faille et d'une vision d'avenir que j'admire.

Au docteur Franck Leduff, pour ton aide précieuse pour la réalisation de cette étude je ne te remercierai jamais assez. A notre future collaboration.

Au docteur Garron Emanuel, pour votre patience, votre enseignement et votre expertise.

A Madame Grisoni Marie-Hélène pour sa bienveillance, c'est une chance inouïe de vous avoir rencontrée et côtoyée, à nos moments partagés sur cette superbe terrasse de Solenzara.

A Madame Farucci Anne pour son tempérament, sa patience et son soutien.

Je remercie tous les professionnels qui ont participé à ma recherche, qui m'ont accordé du temps malgré la crise actuelle et qui ont donc rendu possible mon étude mais surtout, qui l'ont rendue passionnante !

Plus particulièrement la MSP de Calenzana au sein de laquelle j'ai vécu 6 mois de stage palpitants. Je prendrai votre équipe et votre organisation comme modèle pour ma future installation. J'ai passé de très bons moments à vos côtés.

Merci à Igor et François qui m'ont fourni de nombreuses informations et m'ont apporté leur aide pour la réalisation de cette thèse.

A mes parents, mes piliers, sans qui bien évidemment tout cela n'aurait pas été possible : à leur soutien sans faille, leur aide et conseils précieux. Et surtout, à leur patience et leur dévouement. Sans vous je ne serai jamais devenu ce que je suis aujourd'hui, professionnellement et personnellement.

A ma grande famille qui ne manque jamais de me rappeler qu'elle est fière de moi.

Et plus particulièrement à mes tantes Maria et Valérie qui ont suivi toutes mes péripéties tout au long de ces études. A mon oncle Jean-Jean qui est à mes côtés depuis toujours. A mes deux cousins-frères, Daniel et Kevin (relecteur hors pair, milles fois merci) qui ont toujours compris le poids de ces études et dont je suis fier, et à Emilie, ma filleule que j'aime tant.

A ma marraine qui a toujours eu une phrase gentille, et à sa fille Sarah, ma meilleure amie depuis qu'on est née, mon rayon de soleil comme je te décris toujours.

A Nathalie, merci pour ta relecture. J'ai hâte de travailler en collaboration avec toi.

A mes amis : Kevin et Laurina avec qui j'ai vécu tant de choses et qui ont relu cette thèse avec la plus grande attention. Merci pour vos corrections.

A Jean-Michel, pour ton soutien lors de ma PACES et tout ce qu'on a pu partager toutes ces années, nos voyages, nos fou-rides... A ton père, Jean, qui fut probablement l'un de mes plus grands admirateurs et pour lequel j'avais une affection profonde et sincère.

A Thomas, un ami sincère et tellement drôle, la plus belle rencontre de toutes mes études de médecine, et à mes amis de Besançon, trois belles années passées avec vous.

A tous mes co-internes et surtout à Francescu, Rita, Virginie, Marine, Etienne et Myriam.

A mon futur associé, à la belle carrière qui nous attend, à nos projets.

« Être différent n'est ni une bonne ni une mauvaise chose. Cela signifie simplement que vous êtes suffisamment courageux pour être vous-même » Albert Camus.

Au Docteur Casanova Vincent, chirurgien passionné et dévoué, l'amour de ma vie. Ta curiosité, ton intelligence et ton esprit me passionnent. Ta bienveillance sans faille à l'égard de tes patients, me pousse à tout entreprendre pour te ressembler. Merci pour ton soutien pour cette thèse, pour mon installation, pour tout ce qu'on vit ensemble, et bisous d'esquimaux.

LISTE DES ABREVIATIONS

ALD = Affection de Longue Durée

CPTS = Communauté Professionnelle Territoriale de Santé

EGS = Evaluation Gériatrique Standardisée

ESP = Equipe de Soins Primaires

ETP = Education Thérapeutique

FCCIS = Fédération Corse Coordination Innovation Santé

IPA = Infirmier de Pratique Avancée

MSP = Maison de Santé Pluri professionnelle ou disciplinaire

OMS = Organisation Mondiale de la Santé

RCP = Réunion de Concertation Pluridisciplinaire

SROS = Schéma Régional d'Organisation de la Santé

VAD = Visite à Domicile

WONCA = World Organisation of National College and Academic Associations of General Practitioners

SOMMAIRE

I- INTRODUCTION :	16
I.1- LES SOINS PRIMAIRES :	16
I.2- SITUATION DEMOGRAPHIQUE NATIONALE :	16
I.3- LA REPONSE POLITIQUE FRANÇAISE :	17
I.4- LES PROBLEMATIQUES INSULAIRES :	18
I.5- JUSTIFICATION DE L'ETUDE ET OBJECTIFS :	19
II- MATÉRIELS & MÉTHODE :	20
II.1- DEROULEMENT DES FOCUS GROUPS :	20
II.2- ANALYSE DES FOCUS GROUPS :	21
III- RESULTATS :	22
III.1- CARACTERISTIQUES DES PARTICIPANTS A L'ETUDE :	22
III.2- ANALYSE GENERALE DU CONTENU.....	23
III.3- ETAT DES LIEUX DE L'EXERCICE COORDONNE EN CORSE AU REGARD DES VERBATIM :	26
III.3.1- Naissance du projet de coordination :	27
III.3.2- La coordination au sein des équipes :	28
III.3.3- Protocoles de soins :	31
III.3.4- Projets développés et innovation :	32
III.3.5- Les freins à l'exercice coordonné :	34
III.3.6- Les éléments facilitateurs :	36
III.3.7- Impact de la crise sanitaire :	37
III.3.8- Attentes et perspectives d'avenir par spécialités :	38
III.4 - IMPACT DE L'EXERCICE COORDONNE SUR LA PRISE EN CHARGE AU DOMICILE DES PATIENTS AGES AU REGARD DES VERBATIM :	40
III.4.1- Évolution de la démographie et de la place des aidants :	41
III.4.2- Les visites à domicile :	42
III.4.3- Quelle place pour les réseaux gérontologiques ?.....	43
III.4.4- Fin de vie au domicile :	43
III.4.5- Apport de la collaboration pour le maintien au domicile :	44
III.4.6- Outils de coordination et de communication :	45
III.4.7- Parcours de soins hospitaliers :	48
III.4.8- Les limites de l'exercice coordonné :	50
IV- DISCUSSION :	51
IV.1- CARACTERISTIQUES DE L'ETUDE :	51
IV.2- INTERPRETATION DES RESULTATS :	52
IV.2.1- Etat des lieux de l'exercice coordonné en Corse :	53
IV.2.2- Les éléments de réponse à l'objectif principal de l'étude :	57
V- CONCLUSION :	66
ANNEXES :	75
ANNEXE 1 : CARTOGRAPHIE DES STRUCTURES D'EXERCICE COORDONNE EN CORSE (SOURCE FCCIS)	75
ANNEXE 2 : GUIDE D'ENTRETIEN DES FOCUS GROUPS	76
ANNEXE 3 : GRILLE DE CODAGE	79
ANNEXE 4 : CARTOGRAPHIE ARS DU ZONAGE	81
ANNEXE 5 : ANALYSE SOCIODEMGRAPHIQUE DE LA REGION CORSE, ARS	82
ANNEXE 6 : DESCRIPTION DES FOCUS GROUP	83
ANNEXE 7 : FICHE D'IDENTITE DES STRUCTURES	84
ANNEXE 8 : FREQUENCE D'ENCODAGE PAR FOCUS GROUP.....	90
RESUME	93

« Nous devons entièrement repenser notre système de Santé »

Emmanuel Macron, Président de la République Française.

I- INTRODUCTION :

I.1- Les soins primaires :

Le terme de « primary health care » est apparu dans les années 1960, mais ce n'est qu'en 1978, à Alma-Ata, que l'OMS en donne une définition précise (1) : « Soins de santé essentiels fondés sur des méthodes et des techniques pratiques scientifiquement valables, rendus universellement accessibles [...] Ils font partie intégrante tant du système de santé national, [...] que du développement économique et social. [...] Ils sont le premier niveau de contact des individus. ». De plus, la WONCA attribue au médecin généraliste le rôle de coordonner les soins primaires (2). Ils sont donc la porte d'entrée dans le système de santé, en concentrant la majeure partie de l'activité. Ceci est démontré par le « Carré de White » (3), dans lequel on observe que seulement 0,1 % des adultes exposés à un problème de santé sont pris en charge dans un Centre Hospitalo-Universitaire, contre 25% par les acteurs des soins primaires.

I.2- Situation démographique nationale :

Selon les études, le nombre de médecins en exercice n'a jamais été aussi important mais la proportion de ceux en activité régulière, baisse (4,5). De plus, les inégalités interdépartementales de densité en généralistes n'ont pas évolué depuis 1983, certains territoires pouvant comptabiliser trois fois moins de médecins (5,6). A ce problème de maillage territorial de l'offre de soins, s'ajoute la transition démographique de la population générale. En effet, on estime qu'en 2060, une personne sur trois aura plus de 60 ans (7). Ce vieillissement de la population s'accompagnera très probablement d'une augmentation de la dépendance, ainsi que d'une élévation de la prévalence des maladies chroniques. Or, les durées de consultation s'allongent dès lors qu'il s'agit de personnes souffrant d'ALD ou de personnes âgées (8).

Ces catégories de patients engendrent un suivi pluri-professionnel conséquent, rendant la coordination entre les acteurs primordiale, et consomme donc un temps médical plus important. D'autre part, la concertation sur le grand âge et l'autonomie, menée en 2019, met en avant la préférence des Français pour un maintien au domicile le plus longtemps possible (10). Ce rapport en fait une priorité des prochaines politiques de santé. Une thèse réalisée en 2013, dans la vallée du Lot en Aveyron, a montré qu'un des principaux freins du maintien au domicile des patients âgés était le manque de coordination entre professionnels (11).

I.3- La réponse politique française :

Face à ces constats, les pouvoirs publics ont élaboré de nouvelles stratégies. L'exercice coordonné a été présenté comme une des solutions. Il apparaît clairement dans les projets de lois actuels que l'ensemble du système tend à reposer sur ce nouveau concept. C'est en 2007, que le terme de Maison de Santé est apparu pour la première fois dans le rapport du Sénateur Juilhard (4) qui cherchait à comprendre l'origine de la « fracture territoriale ». Les Maisons de Santé ont été inscrites dans le Code de la Santé Publique en 2007. Puis, la loi Hôpital Patient Santé et Territoire (12), ajoute la notion de « projet de santé » pour différencier les MSP des autres structures de soins. Enfin, la loi de modernisation du système de santé de 2016 (13) crée les ESP, présentées comme le premier niveau dans l'exercice coordonné. En 2020, la France comptait déjà 1617 MSP, soit une augmentation de plus de 25% par rapport à 2019, et 533 projets de CPTS dont 60 en fonctionnement (14).

On peut lire dans un communiqué de presse du gouvernement, concernant les futurs projets de loi : « L'exercice isolé doit devenir l'exception d'ici 2022 » (14). Ainsi, le plan d'action proposé, et renforcé par le Ségur de la santé, prévoit un doublement de ces chiffres à l'horizon 2022. Les objectifs, à travers cette réforme, sont de garantir à chaque citoyen la possibilité de déclarer un médecin traitant, l'accès à une consultation de soins non programmés dans les 24 heures suivant la demande et le maintien à domicile des patients fragiles. La prévention doit également faire partie des prérogatives de l'exercice coordonné, comme cela a été mis en avant avec la crise sanitaire.

I.4- Les problématiques insulaires :

La Corse, par ses caractéristiques géographiques particulières, souffre de nombreuses contraintes et d'une grande fragilité. Elle est la région la moins peuplée de France, avec 338 554 habitants, et les deux tiers du territoire répondent aux critères de désertification (15). Elle connaît un vieillissement de la population plus important par rapport à ce qui est constaté dans le reste de la France (15). De même, elle présente les plus forts taux de précarité (15,16). A cette situation socio-démographique particulière, s'ajoute une culture identitaire centrée sur la famille, propre aux insulaires. Traditionnellement, en Corse, l'organisation sociale se construit autour de la famille, ce qui explique en partie, que l'institutionnalisation y est moins importante, avec la volonté d'un maintien au domicile le plus longtemps possible (17).

Concernant la démographie médicale, on retrouve une population de médecins vieillissante (27% de médecins âgés de plus de 60 ans en 2011 versus 41% en 2018 (16)), et un effectif médical faible. Le temps d'accès au médecin généraliste est significativement plus élevé qu'en métropole. Ainsi, une indisponibilité, même provisoire, d'un seul professionnel de santé peut entraîner une situation critique.

Pour l'ARS Corse, l'exercice coordonné est la solution pour pallier la difficulté d'accès aux soins et la disparité de l'offre sur le territoire. Dans le Schéma Régional de Santé 2018-2023, les mesures pour le déploiement de l'exercice coordonné en Corse sont largement mises en avant. L'objectif est de doubler le nombre de MSP d'ici 2023 et de développer des CPTS à l'ensemble des neuf bassins de vie. De plus, les aides financières proposées par l'ARS dans les zones en difficultés, ne peuvent être obtenues qu'en justifiant de la volonté de mettre en place une structure de coordination. Actuellement, on dénombre vingt-quatre projets finalisés ou en cours (annexe n°1) dont huit ESP validées, cinq MSP sous contrat et une CPTS.

I.5- Justification de l'étude et objectifs :

Nous nous trouvons actuellement à un tournant majeur dans l'histoire de l'organisation des soins primaires. La Corse, par ses caractéristiques géographiques, démographiques et culturelles, apparaît comme un territoire de prédilection pour l'expérimentation de l'exercice coordonné. Au vu des enjeux actuels, il est donc légitime de se demander quelle plus-value peut apporter cette pratique pour des prises en charge complexes en soins primaires, comme peuvent l'être le suivi et le maintien des personnes âgées sur leur lieu de vie.

Réaliser ce travail en Corse présente un double intérêt : le premier projet de MSP a vu le jour en 2007, ce qui offre un recul significatif pour l'étude. D'autre part, la plupart des professionnels de santé engagés dans ces nouvelles organisations ont connu dans un premier temps l'exercice isolé.

Il est à noter que, malgré un travail incitatif important par l'ARS Corse, les objectifs prévisionnels prévu par le SROS n'ont pas été atteints à ce jour. Il faudra donc s'intéresser aux éventuels freins rencontrés par les professionnels de santé.

Il n'est pas retrouvé d'étude similaire en Corse ou au niveau national.

II- MATÉRIELS & MÉTHODE :

Pour répondre à l'objectif principal de l'étude, une recherche qualitative en Focus Groups paraît la plus appropriée. En effet, elle permet d'étudier les sujets dans leur environnement (19,20), de collecter de nombreuses informations et elle est mieux acceptée par les participants que des entretiens individuels (21). D'autre part, elle est la plus pertinente pour une étude sur l'exercice coordonné puisqu'elle reproduit les conditions et ambitions de travail des équipes pluri-professionnelles : dynamique de groupe, discussion et concertation.

Pour être inclus dans l'étude, l'ESP ou la MSP devait remplir deux critères :

- avoir validé son projet de santé avec l'ARS de Corse au plus tard en 2019 ;
- prendre en charge des personnes âgées au domicile (c'est à dire ayant plus de 75 ans).

Il est apparu pertinent d'interroger les deux réseaux prenant en charge les patients âgés sur leur lieu de vie et travaillant en coordination avec ces équipes, à savoir les réseaux RIVAGE et ASALEE, pour lesquels deux Focus Groups distincts ont été réalisés.

II.1- Déroulement des Focus Groups :

Un guide d'entretien a été élaboré (22), les questions étant le plus ouvertes et le plus neutres possibles (annexe n°2). Il garantit la reproductibilité des entretiens en permettant d'aborder les mêmes concepts à chaque fois. Il a été corrigé par un groupe d'experts constitué de Docteur Xavier PIERI (président du réseau gérontologique RIVAGE), Docteur François AGOSTINI (président de la FCCIS et porteur du premier projet d'exercice coordonné en Corse), Madame Sophie MOUNIER (infirmière coordinatrice du réseau RIVAGE), Docteur Witold JARZEBOWSKI (chef du service de Court Séjour Gériatrique à l'Hôpital de Bastia), Docteur Franck LE DUFF (président du Centre Régional de Coordination du Dépistage des Cancers - Corse, spécialisé en Santé Publique et médecine communautaire).

Les participants ont été informés de l'enregistrement de la réunion et leur consentement a été requis. Le guide d'entretien a été distribué à tous les participants. Trois Focus Groups ont été réalisés via le logiciel Zoom® (du fait du contexte sanitaire) et quatre directement dans les territoires concernés.

II.2- Analyse des Focus Groups :

La retranscription des entretiens permettant de constituer le corpus a été dactylographiée manuellement à savoir sans utilisation de logiciel.

Il a été décidé d'effectuer une analyse thématique (24), c'est à dire un découpage du corpus selon des unités de sens, en utilisant un critère sémantique. L'encodage réalisé, consiste à attribuer chaque unité de texte, découpée et individualisée dans le corpus, à un des thèmes et sous-thèmes des grilles de codage. Une démarche itérative a été adoptée, elle permet de faire évoluer la grille de codage au fur et à mesure du traitement des données, pour ne pas méconnaître les idées innovantes qui auraient pu être négligées par un codage basé sur la littérature seule.

Deux grilles ont été utilisées :

- grille A : codage qui s'intéresse à la signification des unités de texte réparties en fonction de thèmes et de sous-thèmes (annexe n°3);
- grille B : codage en fonction de la polarité des commentaires selon trois modalités. Les propos pouvant être soit positifs, soit négatifs, soit constructifs, c'est à dire apportant une solution à un problème soulevé ou suggérant de nouvelles idées pour l'avenir.

Le logiciel NVIVO ® 1.4.1 a été choisi pour réaliser ce travail, car il garantit une analyse réflexive, c'est à dire non automatisée, et permet donc d'obtenir des résultats plus objectifs en limitant le recours à l'intuition et la subjectivité. Ce dernier permet d'extraire des tableaux de comparaison qui ont été traduits en graphique.

Les Focus Groups ont été caractérisés par les attributs suivants : type d'exercice coordonné (ESP ou MSP), lieu d'exercice (rural ou urbain), zonage (selon la cartographie ARS en vigueur, annexe n°4), ancienneté du projet, caractéristiques démographiques du territoire pour les personnes âgées (pourcentage de plus de 75 ans défini selon la carte de l'ARS en annexe n°5 montrant le nombre de personnes âgées de plus de 75 ans pour cent habitants : il est choisi le seuil médian de 10,1% pour répartir les fichiers).

Les participants ont été classés selon les attributs suivants : sexe, âge, profession, lieu d'exercice.

III- RESULTATS :

Sur les sept équipes contactées, remplissant les critères d'inclusion, quatre MSP et une ESP ont pu participer à la recherche. Les deux refus ont été motivés par un manque de temps.

Une description de l'entretien et une fiche d'identité de la structure ont été éditées pour chaque Focus Group (annexes 6 et 7).

III.1- Caractéristiques des participants à l'étude :

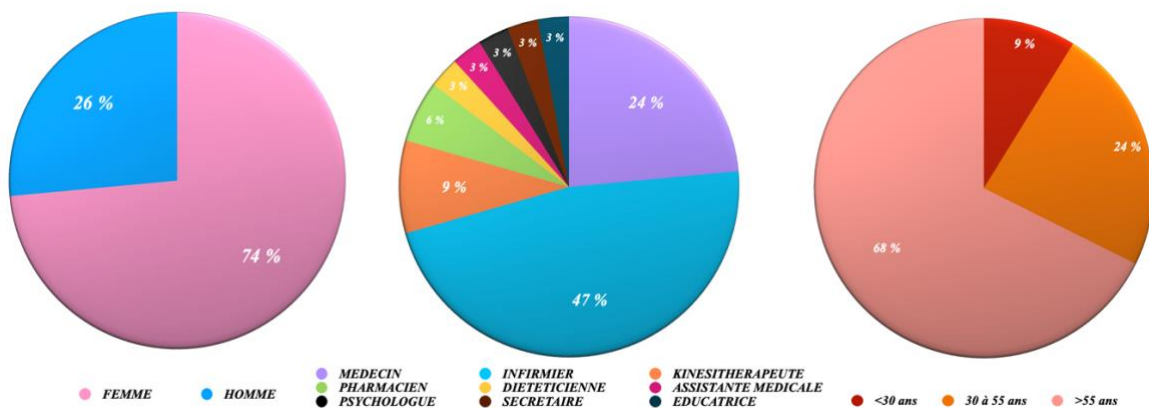


Figure 1 : Caractéristiques démographiques des participants à l'étude.

Le corpus est constitué majoritairement de femmes (74%). Plus d'un participant sur deux avait plus de 55 ans (68%). La profession la plus représentée est celle des infirmiers. Les soignants interrogés officient surtout en MSP (57%).

Concernant les territoires étudiés :

- 80% sont situés en zone rurale ;
- 80% remplissent les critères de zone de vigilance selon la cartographie ARS et aucun ne se trouve en zone d'action prioritaire ;
- Ils présentent une forte prévalence de personnes âgées (80%) ;
- On retrouve un nombre quasi égal de projet de plus ou de moins de cinq ans (57% vs 43%).

III.2- Analyse générale du contenu



Figure 2 : Représentation de l'encodage du corpus : les codes sont présentés selon leurs liens thématiques et leur surface reflète la fréquence de leur survenue.

Ce tableau représente la fréquence d'encodage des thèmes définis dans la Grille A, qui s'intéresse à la signification du corpus. Il met en évidence que les plus encodés sont : la communication, le maintien au domicile et la coordination.

A l'inverse, les moins encodés sont : les facilitateurs, les acteurs et la représentation des acteurs.

Ceci peut également s'individualiser par Focus Group (annexe n°8). Par exemple, si on s'intéresse aux trois références les plus encodées, on observe :

- Pour le Focus Group de Cargèse : moyens, visite à domicile, collaboration.
- Pour le Focus Group Calenzana : ville-hôpital, délégation de tâche, politique.
- Pour le Focus Group Ile-Rousse : RCP, collaboration, système d'information.
- Pour le Focus Group Solenzara : globule, moyens, administratifs.
- Pour le Focus Group San Nicolao : ville-hôpital, innovation, globule.

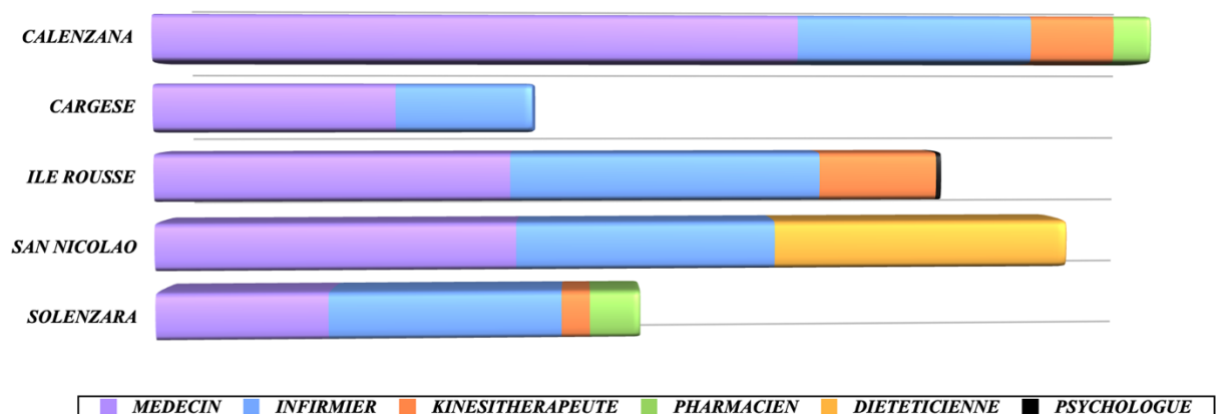


Figure 3 : Fréquence relative d'encodage en fonction de la profession dans chaque Focus Group. Plus la quantité d'encodage est importante plus la barre est large.

Si on s'intéresse à la fréquence d'encodage en fonction de la profession, on constate de manière générale, que ce sont les propos des médecins qui en ont généré le plus. A l'exception du Focus Group de Solenzara où les infirmiers sont majoritaires.

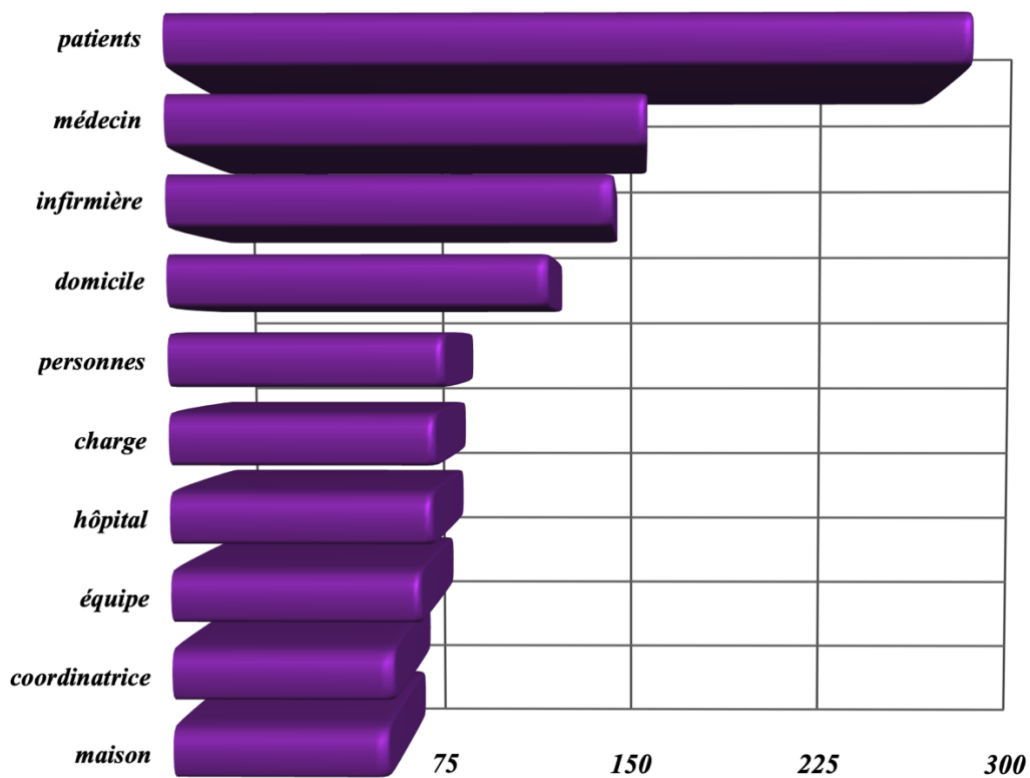


Figure 4 : Requête fréquence de mot.

Les dix mots les plus utilisés sont : patients, médecin, infirmière, domicile, personnes, charge, hôpital, équipe, coordinatrice et maison.

Une autre façon de représenter ces occurrences est d'utiliser un nuage de mot. Il permet d'approcher les liens entre les extraits. Plus un mot est proche d'un autre mot dans la représentation, plus il est proche de ce dernier dans le texte ; plus un mot est écrit en grande taille, plus ses occurrences sont élevées dans le corpus.



Figure 5 : Nuage de mots du corpus dans son intégralité.

III.3- Etat des lieux de l'exercice coordonné en Corse au regard des verbatim :

« Les soins de proximité, à mon avis, sont les seuls qui permettent aux gens de rester vivre là où ils veulent vivre, dans des endroits un peu isolés. Au fur et à mesure qu'on va perdre ça, on va favoriser la désertification globale et je pense que les équipes coordonnées locales elles sont aussi là pour éviter ce genre de déperdition, pour s'organiser au mieux, pour ne pas avoir d'intervenants extérieurs qui ne connaissent pas le terrain. »

On ressent à la lecture globale du corpus, la volonté des soignants d'une structuration pertinente et efficiente des soins primaires sur leurs territoires. Les équipes mettent en avant le désir de privilégier les soins de proximité et de favoriser la collaboration interprofessionnelle, afin d'améliorer la prise en charge de leurs patients.

« L'exercice solitaire c'est terminé »

Ces nouvelles organisations adoptées ont notamment pour but de pallier la désertification du milieu rural. On observe un désir fort d'innovation de la part des soignants, et un grand panel d'idées pour dessiner la santé de demain.

III.3.1- Naissance du projet de coordination :

« Moi ce que j'avais envie de dire c'est qu'on avait déjà une espèce d'exercice coordonné avec les infirmières mais qui était difficile (...) on a mis des murs autour de notre équipe c'est vraiment l'impression que j'ai eue »

Les projets de coordination ont été bâtis sur une équipe qui était déjà constituée, puis qui s'est modifiée au fil du temps avec des arrivées et des départs.

« Au début il y avait un désir de travailler ensemble »

Un des facteurs communs retrouvés est la volonté de collaboration pluri professionnelle avec une coordination plus efficace et une formalisation de ce travail qui préexistait auparavant.

« Le but au départ c'était quand même de voir si ça pouvait nous permettre d'améliorer notre quotidien professionnel »

On retrouve également l'envie d'améliorer les conditions de travail grâce aux nouveaux outils proposés par l'exercice coordonné, les financements possibles et l'amélioration de la communication entre les personnels soignants.

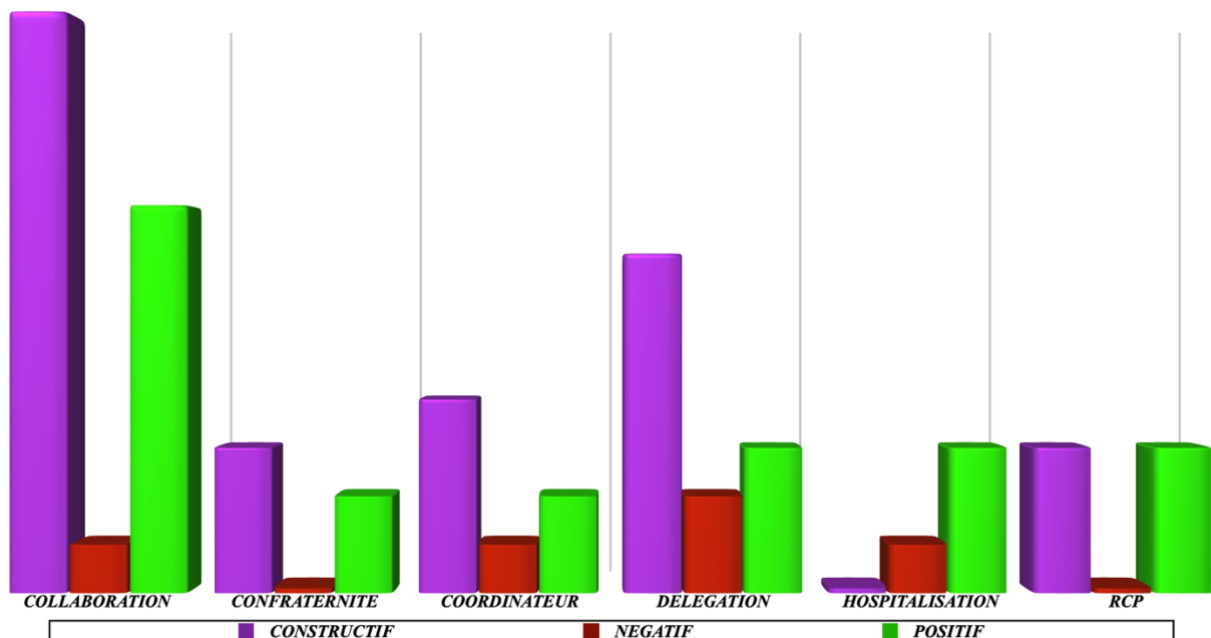
« Je crois aussi que les meilleures équipes, celles qui fonctionnent, c'est les petites équipes »

On observe qu'il existe un noyau qui travaille réellement en coordination, avec une forte implication qui se traduit par : une assiduité aux réunions de coordination, une utilisation commune des outils de communication et une collaboration pluri-professionnelle.

« On a fait un cahier des charges avec des projets de santé assez basiques assez classiques qui portaient principalement sur le maintien à domicile des personnes âgées avec tout ce que ça comporte »

Certains projets de santé se sont construits autour d'un axe principal correspondant au thème qui avait motivé le regroupement, puis ils se sont ensuite étoffés au fur et à mesure des idées, des rencontres, et des arrivées des professionnels.

III.3.2- La coordination au sein des équipes :



*Figure 6 : Polarité de codage pour le thème « Coordination »
Plus une colonne est haute plus la quantité d'encodage est importante.*

Les avis pour le thème de la « Coordination » sont surtout positifs ou constructifs. On dénombre très peu de commentaires négatifs.

« Moi personnellement ça m'a beaucoup appris sur la profession des autres personnels de santé, ça rapproche du coup parce qu'on a plus de compréhension des difficultés des uns et des autres [...] ça soude et ça permet de mieux se connaître. Et on voit la différence avec les professionnels qui sont toujours en travail isolé qui vont souvent se plaindre de ceci de cela »

Cet exercice en collaboration a permis pour de nombreux soignants de découvrir l'exercice des autres professionnels, leurs prérogatives, leurs difficultés et leurs limites. Cette expérience a favorisé la confraternité au sein des équipes et a augmenté la confiance entre les soignants.

« On crée des métiers de coordination qui sont de nouveaux métiers qui n'existaient pas, coordinatrice ou coordinateur c'est quoi exactement ce truc là ? C'est pour justement mettre en musique les gens, des projets qui ne pouvaient pas sinon ! »

« Le fait d'avoir une coordinatrice c'est très important car ça me décharge beaucoup »

L'organisation de l'exercice coordonné requiert une disponibilité importante. De nouveaux métiers ont donc été créés pour essayer de ne pas répartir cette charge de travail sur des soignants qui sont déjà en manque de temps. Les équipes semblent s'être appropriées ces nouvelles possibilités et s'appuient donc sur leur coordinateur/coordinatrice pour mieux gérer les contraintes administratives.

« C'est quelque chose vraiment d'avenir, ça allège le travail complexe du médecin »

« Améliorer le suivi des patients chroniques, ça permet de dégager du temps pour le médecin »

Dans les nouvelles fonctions promises par l'exercice coordonné, on retrouve les Infirmiers de Pratique Avancée (IPA) qui suivent un cursus universitaire plus long, pour se spécialiser dans des parcours de soins précis (pathologies chroniques stabilisées et polyopathologies courantes en soins primaires, oncologie et hémato-oncologie, maladie rénale chronique, dialyse, transplantation rénale). Les équipes ont également recours à l'association ASALEE, qui regroupe des infirmiers délégués à la santé populationnelle. Ils réalisent surtout des actions d'éducation thérapeutique et de dépistage.

Ces infirmiers augmentent donc leurs champs de compétence, ce qui leur permet de travailler avec plus d'autonomie. On observe ainsi une tendance à la délégation du médecin vers ces infirmiers.

Ceci est bien accueilli, comme nous pouvons le voir dans la [figure n°6](#).

Une des équipes a précisé l'aide précieuse que peut apporter une IPA au médecin. Un des territoires a subi des départs simultanés de plusieurs médecins généralistes. Des patients ont souffert d'une carence de suivi faute de médecin, certains ont ensuite été pris en charge par la MSP. Par exemple, pour les diabétiques, les biologiques de contrôle et les consultations annuelles auprès des spécialistes n'étaient pas réalisées. L'IPA a pu prendre le temps de faire le point pour relever les manquements, et expliquer l'importance des examens prescrits aux patients. Elle a donc clarifié la prise en charge de ces nouveaux patients et réalisé une éducation thérapeutique, ce qui a permis un gain de temps considérable au médecin pour cette patientèle supplémentaire.

« C'est plus facile en exercice coordonné de faire le lien avec les professionnels de santé »

Ces nouvelles organisations requièrent une communication transparente et régulière entre les professionnels. Lorsque l'on interroge les réseaux, il semble que le retour d'informations et les échanges sont plus faciles avec les professionnels installés en ESP ou MSP.

De plus, au sein de ces structures, le développement de ces nouveaux métiers est favorisé par les instances via des incitations financières.

« C'est essentiel sinon on n'aurait pas un centre médical on n'aurait pas un secrétariat on n'aurait pas l'informatique partagée on n'aurait pas les locaux que l'on a »

« L'avantage c'est de pouvoir valoriser financièrement ces réunions. Le temps c'est quand même pécuniairement quelque chose »

L'organisation des soins primaires en ESP ou MSP permet l'obtention de financements et de subventions. Ces aides sont présentées comme essentielles par les soignants. Elles permettent d'améliorer les conditions de travail que ça soit par des locaux, ou par du personnel supplémentaire (secrétaire, coordinateur) et de dégager du temps spécialement dédié à la coordination entre les soignants. Elles valorisent le travail des soignants en soutenant des projets innovants et en favorisant l'éducation thérapeutique et la prévention. Le fait d'être en MSP plutôt qu'en ESP faciliterait l'obtention des subventions. En effet l'organisation en MSP apparaissant plus pérenne, avec des locaux clairement identifiés (il n'existe pas de projet immobilier dans une ESP), un projet de santé plus abouti qu'en ESP, les instances sont plus enclines à accorder des aides financières aux MSP.

III.3.4- Projets développés et innovation :

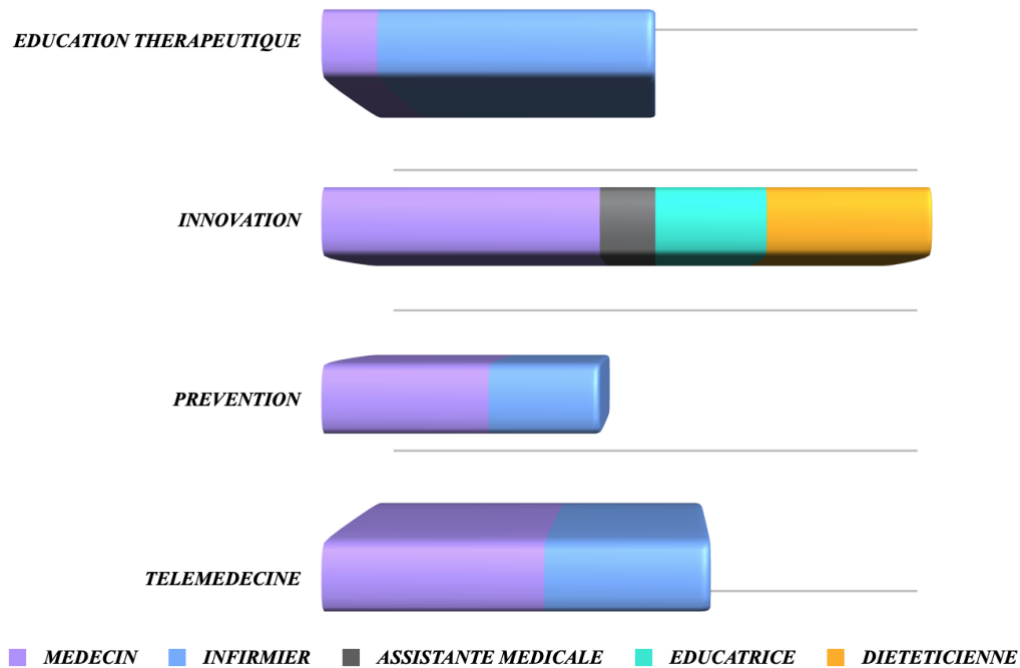


Figure 8 : Fréquence relative d'encodage, en fonction de la profession, pour le thème « Projet ».

Lorsqu'on analyse les fréquences d'encodage dans le thème « Projet », on observe que « l'innovation » est le sous-thème qui en a généré. Ceci provient principalement des médecins. Par contre, « L'éducation thérapeutique » est un sous-thème qui a généré une grande quantité d'encodage au niveau infirmier.

« Toutes les pathologies ont besoin d'éducation thérapeutique. L'objectif c'est quand même de rendre acteur le patient de sa prise en charge, de le rendre le plus autonome avec sa pathologie chronique »

Cette nouvelle organisation semble avoir permis l'essor de l'éducation thérapeutique. Les subventions obtenues et le recours aux infirmiers du réseau ASALEE ont permis de donner une place importante à l'ETP dans le parcours de soins des patients. Même si les infirmiers du réseau ASALEE peuvent intervenir dans des cabinets isolés, leur implantation est incitée dans les MSP. Ces groupes d'ETP impliquent une prise en charge pluri-professionnelle : nutrition, activités sportives, découverte de la maladie et apprentissage des traitements.

« L'exercice coordonné a permis de développer des activités qu'on n'aurait jamais faites si on était en cabinet seul, comme par exemple les polysomnographies, la spirométrie, l'éducation thérapeutique des diabétiques, les rétinographies »

Les financements en lien avec l'exercice coordonné ont également permis d'améliorer le volet préventif, en aidant pour l'acquisition de matériel onéreux. Ces structures étant dans des zones rurales isolées, le recours aux médecins spécialistes est souvent difficile. Ces achats ont donc évité un grand nombre de déplacements aux patients (plusieurs heures de route parfois) et ont garanti l'accès aux soins.

« On est parti sur des ateliers artistiques à but thérapeutique. Chaque objectif étant un objectif thérapeutique et comme ça y'avait tous les jours de la semaine quelque chose : de la danse, du chant, de l'art plastique, du théâtre, de la gymnastique... plus tard est venu l'informatique. »

Dans certains territoires, l'exercice coordonné a fait naître des projets innovants qui ont pour but d'améliorer la santé, au sens large du terme. Ainsi des patients ont pu bénéficier d'ateliers thérapeutiques très variés, qui constituent des réponses non médicamenteuses à des problèmes de santé courants et qui peuvent toucher la population générale. Une des MSP a même mis en place une cuisine thérapeutique.

« C'était l'infirmière qui l'a fait au lit du malade, qui a fait la téléconsultation de manière à ce qu'on est accès à une expertise pour ce patient. Il n'aurait jamais été voir une psychiatre si on ne l'avait pas fait »

« A un moment donné il faut donner l'accès aux spécialistes à leurs patients, la téléconsultation au domicile ça l'a fait. Pourtant il est un peu sourd et tout, mais bon le fait qu'il y ait l'infirmière à côté, elle traduisait »

Avec le développement de ces nouveaux instruments de communication, certaines équipes mettent en avant l'utilité de la télémédecine et de la télé-expertise. Dans ces territoires ruraux marqués par une forte pénurie en médecins spécialistes, cette solution de la télé-expertise apparaît comme très pertinente pour les soignants. Elle permet d'éviter le déplacement de patients fragiles, d'avoir des prises en charge optimisées et adaptées pour des patients qui, sans cela, ne se rendraient pas chez un spécialiste.

III.3.5- Les freins à l'exercice coordonné :

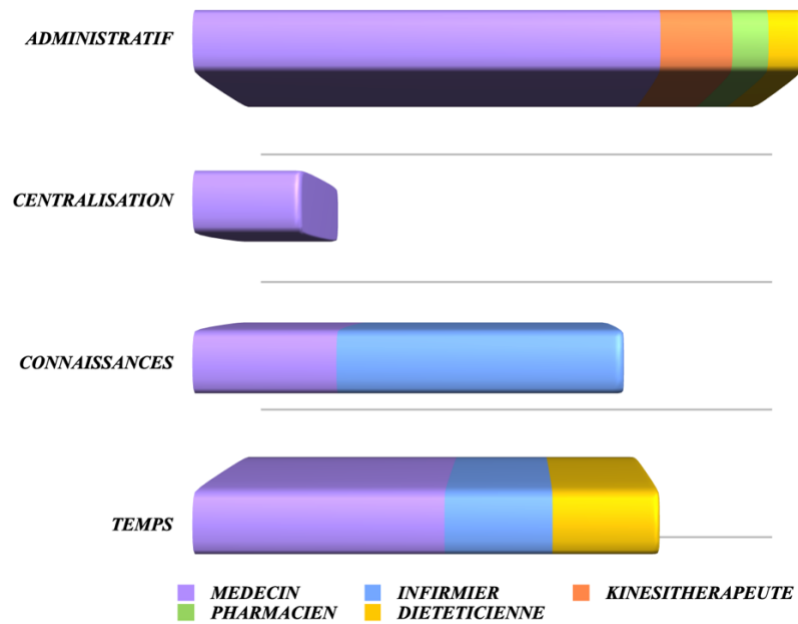


Figure 9 : Fréquence relative d'encodage, en fonction de la profession, le thème « Frein ».

On observe que le sous-thème regroupant le plus d'encodage est celui de « l'administratif », vient ensuite le « temps », puis les « connaissances ». Le frein administratif a surtout été encodé par les médecins.

« Faudrait pas que le temps administratif, le temps de formation et le temps théorique prennent trop sur le concret, sur l'activité réelle. Parce que voilà, nous on est des soignants on n'est pas des organisateurs ni des administratifs, si tout le monde était administratif il n'y aurait pas de soins »

Les soignants interrogés sont tous d'accord, ils ont développé des projets pour valoriser leur travail, augmenter la qualité de la prise en charge. Ce qui les motive c'est de réaliser du soin coordonné, ils ne veulent pas être envahis par de l'administratif.

Ils comprennent qu'au vu des enjeux financiers une justification et une transparence sont de mise. Mais, ils constatent que tout cela s'alourdit de jour en jour : *« On nous met de plus en plus de contrôles qui, à mon avis, sont improductifs et inadaptés »*.

Ce frein administratif est un élément très important à prendre en compte car il semble empêcher le développement des structures : « pour l'instant on n'a pas décidé de franchir le pas de la MSP, parce qu'en partie on s'attend à ce que ça suppose une surcharge administrative. A mon avis, c'est un travail qui est disproportionné par rapport à ce qu'on pourrait en attendre ».

Cependant, ceci a pu être contourné dans certaines des équipes avec la désignation d'un personnel pour cette tâche. Ainsi deux des MSP n'ont pas identifié l'administratif comme un frein à leur développement au jour de l'étude.

« Le facteur limitant principal c'est le temps. C'est que le temps il n'est pas extensible »

Les soignants semblent souhaiter accorder plus de temps à la coordination mais le contexte démographique et sanitaire actuel complique les choses, ils sont surchargés de travail.

« Tu ne peux pas faire la même chose dans un quartier défavorisé du 93 qu'ici à [...] ce n'est pas possible tu ne peux pas avoir les mêmes projets »

Un autre point négatif relevé par les équipes est le manque d'adaptation des directives nationales aux territoires. Pour les soignants, la pratique doit s'organiser en fonction de la zone d'exercice et s'adapter à cette dernière pour être efficiente et pertinente. Il apparaît donc inopportun d'imposer un contrôle et une validation au niveau national (comme pour les protocoles de soins), ou que des projets ne soient pas financés car non généralisables.



Figure 10 : Nuage de mots concernant le codage du thème « Freins ».

III.3.6- Les éléments facilitateurs :

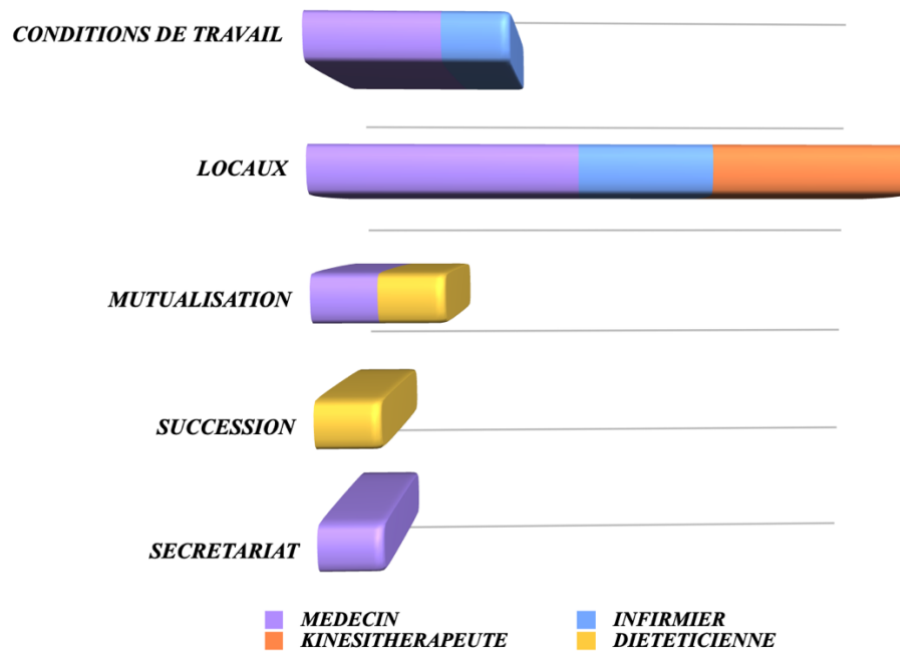


Figure 11 : Fréquence relative d'encodage, en fonction de la profession, pour le thème « Facilitateurs ».

L'élément central facilitant pour les soignants interrogés semble être les « locaux », puis vient ensuite l'amélioration des « conditions de travail ».

« L'objectif c'était d'avoir un lieu qui soit facilement accessible avec accès handicapé avec moins d'attente possible »

« De se retrouver dans les lieux ça facilite beaucoup les choses, même si c'est qu'un passage. Se croiser au moins une fois par semaine ça dépasse les communications via les médias informatiques. »

Le partage des locaux permet des rencontres beaucoup plus fréquentes et pérennes entre les professionnels, ce qui améliore donc la coordination mais surtout la communication entre eux. Cela facilite aussi les parcours de soins des patients qui retrouvent au même endroit tous les acteurs de leur prise en charge : une équipe explique régulièrement la consultation médicale, suivie de la consultation avec l'infirmier, pour des contrôles de plaies chroniques par exemple.

« La maîtrise de stage, il y a beaucoup de jeunes qui se sont installés dans le coin, dont quelques-uns qui sont passés par la maison de santé. »

L'accueil des internes de médecine en formation a été décrit comme très bénéfique pour les professionnels, que ça soit pour leur propre formation ou pour des installations futures.

De même, pour certains soignants, cette organisation a facilité la prise de congés. En effet, la continuité des soins étant assurée, il est plus facile pour eux de laisser leurs patients le temps des vacances.

III.3.7- Impact de la crise sanitaire :

« Cette crise sanitaire a mis en lumière tout le travail qu'on pouvait faire en collaboration. On a pu le faire parce qu'on avait déjà l'habitude de travailler ensemble de se mettre autour d'une table (...) je pense que les médecins qui étaient dans un exercice isolé et qui ont monté des centres de vaccination c'était beaucoup plus compliqué parce qu'il n'y avait pas cette attitude de travail ensemble. »

« Pour moi ça fait partie des attributions de la maison de santé d'être à l'origine de ce genre de chose, c'est les prémices des CPTS. »

Les équipes de soins coordonnés ont été très impliquées dans la gestion de la crise sanitaire, que ça soit dans la prise en charge au domicile de patients COVID positifs qui n'avaient pas de médecin référent, ou pour le dépistage par les tests PCR, puis pour la vaccination.

Cette crise a également permis, selon certains soignants interrogés, de développer les instruments de communication et de coordination, mais aussi de promouvoir l'utilisation de la télé-médecine.

Il est à noter qu'elle a également imposé de nombreuses contraintes pour les équipes, notamment en empêchant les réunions de concertation.

III.3.8- Attentes et perspectives d'avenir par spécialités :

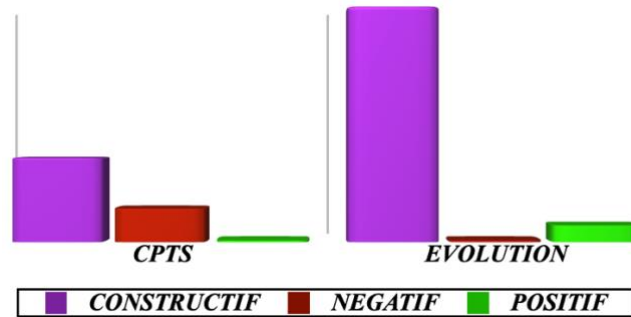


Figure 12 : Polarité de codage pour le thème « Perspectives »

La polarité des commentaires est surtout constructive et très peu négative.

« Il faut qu'elle se concentre sur ses missions essentielles qui sont d'abord s'ouvrir un peu plus à l'exercice, même hors équipe de soins primaires, parce qu'il y a beaucoup de libéraux surtout chez les médecins spécialistes et généralistes qui ne sont pas dans la CPTS et ça je trouve que c'est dommage, parce que l'on parle de notion de territoire donc il faut réussir, il faut trouver les voies et moyens pour être diplomate pour coordonner tout ça et il faut pas qu'on soit phagocyté par l'hôpital »

« En CPTS, on est quelque chose de plus élargi et donc là effectivement on va essayer de fédérer même les gens qui sont encore dans un travail isolé, parce que ça va aussi eux les amener vers plus de coopération »

Lorsqu'on aborde le sujet de la CPTS, le souhait des soignants est de raisonner à l'échelle du territoire, et donc de travailler en collaboration avec l'ensemble des acteurs des soins primaires de la zone concernée, sans oublier ceux qui exercent en cabinet isolé.

Ils ont également l'air d'attendre des CPTS une meilleure articulation Ville-Hôpital, et surtout, une relation égalitaire sans favoritisme pour l'un ou l'autre des deux parties.

Cependant certains territoires ne paraissent pas du tout prêts à son établissement. Des interrogés ont rapporté l'absence de volonté de leurs confrères concernant la mise en place d'une telle organisation.

« Il y a dans les années à venir une généralisation de l'ordonnance numérisée. Dès qu'on fera une ordonnance elle sera automatiquement transmise à la pharmacie de ville. Ça sera en 2024, ça permettra de diffuser l'information et j'espère que ça ne sera pas que pour les libéraux et que l'hôpital sera intégré, on ne peut plus se permettre de faire des choses uniquement en ville ou uniquement à l'hôpital il faut élargir tout ça »

On retrouve l'idée d'intégrer le pharmacien le plus souvent possible dans les projets.

Il apparaît important pour les soignants de développer des moyens de communications rapides avec les officines pour la diffusion des ordonnances et ainsi porter le projet de coordination à un niveau supérieur.

Par exemple, il a été décrit des situations très fréquentes, au cours desquelles certains patients, après une consultation avec un spécialiste, ou bien une hospitalisation, se trouvent avec plusieurs ordonnances. Les mêmes thérapeutiques peuvent être prescrites plusieurs fois, et certaines, primordiales pour le patient, oubliées ou modifiées (la base de référence de l'hôpital étant différente de celle des officines de ville). Le médecin traitant n'est généralement pas informé des changements. Ainsi le pharmacien semble avoir un rôle primordial de centralisation de l'information pour éviter les erreurs thérapeutiques.

Un autre volet qui a été développé dans l'étude est celui de la révision d'ordonnance :

« Moi je pense que c'est à développer dans les structures coordonnées, et que le fait d'associer aussi les infirmières ça peut avoir un intérêt pour certains types de patients qu'elles voient depuis longtemps, Ça peut apporter quelque chose au médecin et au pharmacien, donc oui au niveau de la structure coordonné c'est resté à l'état de discussion. A l'avenir quand la crise sera finie ça serait bien de le développer. Après de manière coordonnée, comme ça il faut se concentrer sur peu de patients, une dizaine au départ. Je suis confiant sur le rôle de la structure coordonné là-dedans parce que ça nous a appris à dialoguer ».

III.4 - Impact de l'exercice coordonné sur la prise en charge au domicile des patients âgés au regard des verbatim :

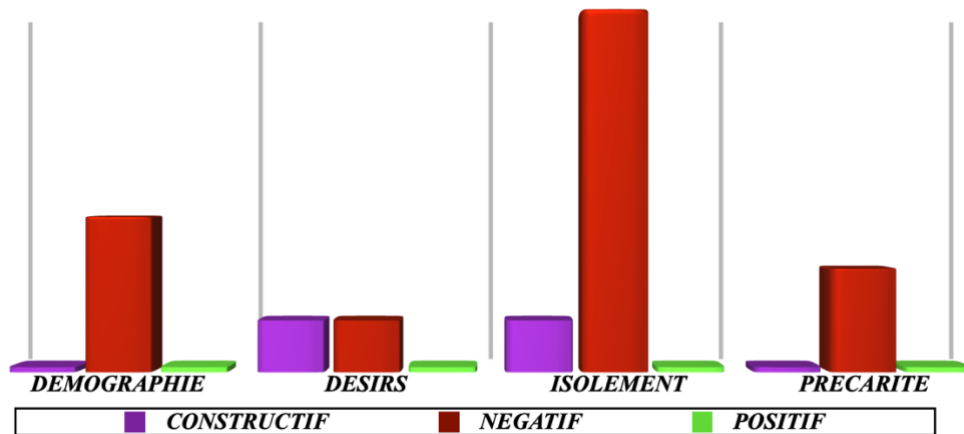


Figure 13 : Polarité de codage pour le thème « Personnes âgées »

Si on s'intéresse à la polarité des propos recueillis concernant le thème « Personnes âgées », on s'aperçoit qu'elle est surtout de tendance négative.

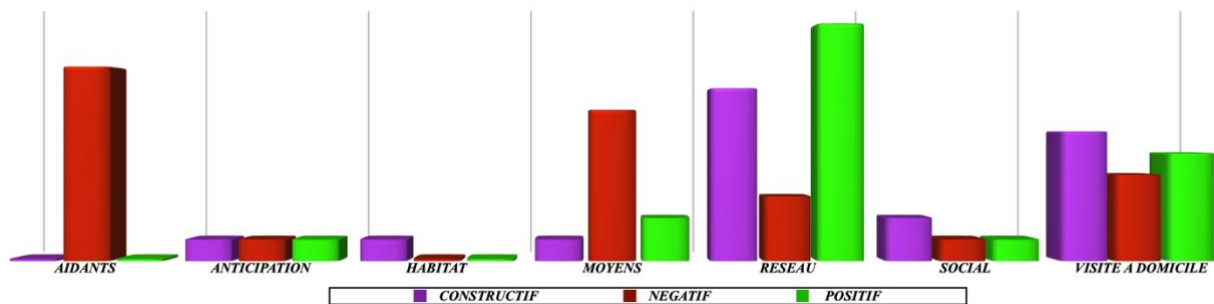


Figure 14 : Polarité de codage pour le thème « Maintien au domicile »

Pour le « Maintien au domicile », on constate cette fois-ci un bilan mitigé. Les sous-thèmes à forte prévalence de négatifs sont les « aidants » et les « moyens ». Concernant les visites à domicile, on retrouve surtout des commentaires positifs. Pour l'utilisation des réseaux, on met en évidence une majorité de commentaires constructifs suivis de remarques essentiellement positives.

Ces constatations rendent d'autant plus nécessaire des soins coordonnés pour ces patients, isolés à leur domicile, souvent dans des territoires frappés par la désertification.

« Les villages ont été délaissés par les plus jeunes. Bien souvent c'est compliqué les aidants, ce sont des aidants qui ne sont là que le week-end, ils montent avec les courses ils font un brin de ménage et ils repartent pour la semaine, donc c'est vraiment difficile dans les villages »

La question de la désertification en milieu rural est omniprésente quand on aborde le sujet du maintien au domicile des personnes âgées. Le problème de la précarité, de l'absence d'aidant et de la nécessité d'une aide sociale sont aussi constamment évoqués. Cet aspect peut rapidement mettre en difficulté les soignants, ce qui justifie un recours fréquent aux réseaux gérontologiques, RIVAGE pour la Haute-Corse.

III.4.2- Les visites à domicile :

« Tous les lundis on passe systématiquement, on fait le tour des chroniques de plus de 90 ans et c'est vrai que, force est de reconnaître, le résultat est intéressant quand même. Au début on avait peut-être pensé que c'était un peu exagéré de passer voir les personnes chroniques une fois par semaine, en fait finalement c'est quand même un gage de sécurité, on évite les hospitalisations »

« Tout le monde se déplace au domicile c'est ça qui fait que les maintiens au domicile sont faisables même si c'est contraignant pour nous et pas lucratif on le fait ça permet les prises en charge »

Les visites à domicile ont une place importante dans l'activité des médecins. Elles sont présentées majoritairement comme essentielles, permettant d'appréhender l'environnement, de faciliter la prise en charge. Elles seraient garantes d'une vision globale du patient.

Certains soignants ont cependant un avis divergent sur ce sujet, et indiquent restreindre les visites à domicile au strict nécessaire. Plusieurs arguments sont avancés dont notamment : le manque de temps avec de plus en plus de patients à suivre et de moins en moins de médecins en exercice, ainsi que le sentiment d'apporter un soin de meilleure qualité au patient dans son cabinet plutôt qu'au domicile.

Malgré les avis différents, dans ce contexte de ruralité où les patients peuvent être fortement isolés, les visites à domicile sont toujours effectuées, et de façon coordonnée (forte communication entre l'infirmier, qui réalise un passage biquotidien, et le médecin).

III.4.3- Quelle place pour les réseaux gérontologiques ?

*« RIVAGE, ça nous permet une approche sociale globale, c'est pour nous très facilitant »
« Ils font un boulot fantastique quand il n'y a personne c'est des heures au téléphone »
« Concernant le maintien au domicile : si c'est vraiment un problème en liaison avec du social on s'appuie beaucoup sur RIVAGE »*

Dès que cela leur paraît nécessaire, les soignants font appel aux réseaux gérontologiques comme RIVAGE. Les avis sont majoritairement positifs sur leur efficacité (figure n°14). Les soignants décrivent un gain de temps, un retour de communication aisé et une prise en charge globale du patient facilitée. Cependant, il est à noter que certains ont évoqué ne pas comprendre l'utilité de ces dispositifs, et de ne pas avoir constaté d'actions concrètes après avoir demandé l'évaluation d'un patient.

« Moi j'utilise régulièrement pour évaluer la situation initiale de patients qui sont fragiles et qui sont en risque de perte d'autonomie »

En amont de tout cela, les soignants semblent avoir saisi l'importance du dépistage de la fragilité. Ceci consiste à identifier des patients qui ne sont pas encore en perte d'autonomie, mais qui pourraient le devenir si on n'anticipe pas correctement leur parcours de soins. De nouveaux dispositifs sont attendus pour faciliter ce dépistage.

III.4.4- Fin de vie au domicile :

« C'est important pour nous aussi, parce que c'est aussi une souffrance pour nous, et de partager, de discuter, de confronter, ça nous aide à porter la situation. Quand tu es l'infirmière isolée devant quelqu'un qui est mourant ou le médecin isolé, savoir ce qu'on va faire comment on va faire ?! la concertation est toujours intéressante »

Concernant la fin de vie au domicile, les participants sont unanimes. L'exercice coordonné facilite la prise en charge grâce à une information diffusée plus rapidement et une collaboration plus efficace : *« sur la logistique, la prise en charge est plus rapide »*.

III.4.5- Apport de la collaboration pour le maintien au domicile :

- « C'est vraiment une augmentation de la qualité de prise en charge du patient, on a une meilleure compréhension du phénomène plurifactoriel »*
- « Quand on discute et qu'on coordonne ça se passe mieux, quand il y a une décision unilatérale pas comprise par l'équipe et bien ça coince »*
- « Ça permet de filtrer ce qui nous échappe un peu plus. Parce qu'on a plein de chose qui nous échappe tout le temps, on essaie de bien regarder tout, mais d'avoir le regard de quelqu'un d'autre ça permet d'avoir quelques rappels »*

On retrouve de manière prépondérante dans le corpus, le sentiment d'améliorer la qualité des soins grâce à l'exercice coordonné. Pour les soignants, le fait d'échanger plus qu'avant sur les dossiers, et notamment en incluant des professionnels de santé autre que le médecin et l'infirmier, permet d'apporter des solutions nouvelles, parfois inattendues. Cela garantit ainsi une prise en charge du patient dans sa globalité et dans son intégralité.

- « On a fait des RCP ce qui a permis de se réunir autour des cas complexes. Ce qui manquait avant, ça se faisait informellement quand on se croisait »*
- « Les RCP c'était aussi fait pour ça, pour pouvoir parler d'un patient qui avait des soucis, on se sent moins seul »*

Le sous-thème des RCP n'a reçu aucun commentaire négatif (figure n°6). La réalisation de ces réunions apparait comme essentielle pour les soignants. Pour eux, elle améliore la prise en charge des patients grâce à une discussion pluri-professionnelle et l'émergence de solutions concrètes lorsqu'ils réfléchissent ensemble. Elles sont également bénéfiques pour les professionnels eux-mêmes en réduisant le stress engendré par les prises en charges complexes, mais aussi en permettant de réaliser des débriefings pour des situations qui ont pu mettre en difficulté une partie de l'équipe, ceci afin d'éviter que le problème ne se reproduise.

III.4.6- Outils de coordination et de communication :

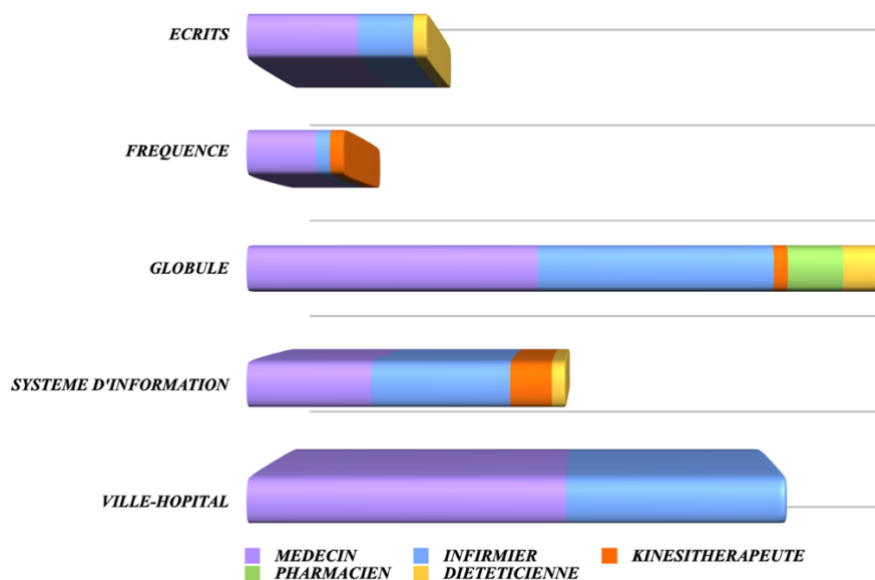


Figure 16 : Fréquence relative d'encodage, en fonction de la profession, pour le thème « Communication ».

Le sujet de la « Communication » et de l'utilisation des nouveaux outils a suscité de nombreux débats dans les Focus Group. Ainsi, il a été observé des avis divergents en fonction des territoires et en fonction de la profession dans chaque équipe.

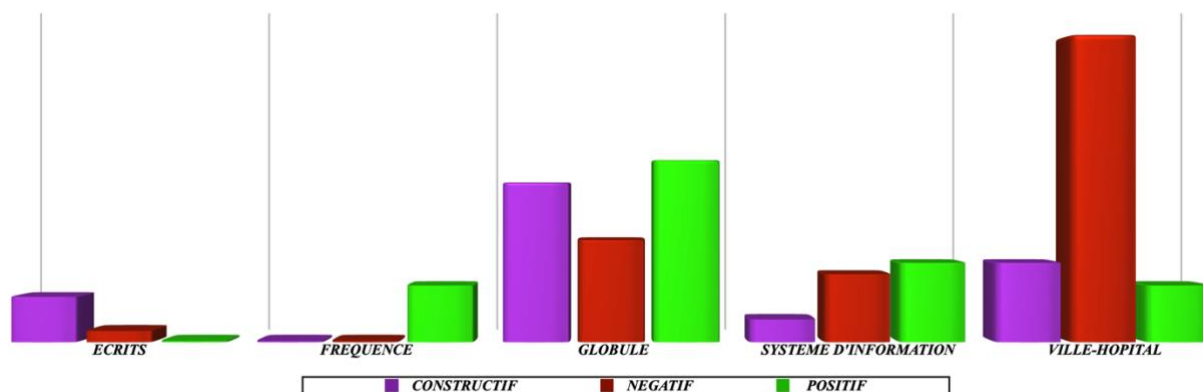


Figure 17 : Polarité de codage pour le thème « Communication »

Concernant le logiciel « globule », les avis sont plutôt positifs et constructifs. Il s'agit du sous-thème qui a engendré le plus d'encodage dans le thème « Communication ». En revanche, pour la communication Ville-Hôpital, les avis sont majoritairement négatifs.

« On se voit très fréquemment, donc l'exercice coordonné il aide évidemment à ça on partage les informations »

Le fait de travailler dans les mêmes locaux et de partager des moments réguliers de réunion autour de dossiers facilitent grandement la communication entre les professionnels selon les soignants interrogés.

« Aujourd'hui, c'est vrai que déjà avec notre logiciel, ça change beaucoup de choses, si j'ai besoin d'une info je vais déjà regarder dessus pour les médecins avec qui je partage le logiciel et j'ai plus facilement d'info, la communication est plus facile avec les autres paramédicaux. »

Concernant les outils de communication, les avis sont partagés. Dans une structure, l'ensemble des professionnels travaillent sur le même logiciel ce qui permet un partage des informations simplifié, favorise la communication et améliore les conditions de travail : *« l'avantage pour nous c'est qu'on sait pour le confort du médecin, il est sur son outil de travail au moment où il a le message, il a le dossier du patient s'il veut, ça change tout sur le confort. »*

Cela évite aussi un cloisonnement : par exemple le kinésithérapeute a plus facilement accès aux antécédents, aux dernières hospitalisations et donc peut adapter sa rééducation en fonction des capacités du patient.

Cependant, certaines équipes ne partagent pas le même système d'information et utilisent alors d'autres outils pour se coordonner.

« Oui c'est énorme, disons que dès que l'état d'un patient réclame plus d'organisation avec l'outil globule on alerte tout le monde et en un seul message (...) donc ça va très vite alors qu'avant on appelait tous les acteurs. »

L'utilisation de l'application « globule » comme outil de communication et de coordination pour les soignants a suscité un débat important. Certains y trouvent un intérêt majeur du fait du gain de temps acquis pour l'organisation logistique au domicile. Il a été relevé également que cet outil permettrait de placer tous les professionnels à un même niveau d'égalité.

Tous les soignants participant au suivi du patient peuvent émettre une alerte à tout moment pour permettre l'adaptation de la stratégie de prise en charge du patient en fonction de ses nouveaux besoins.

« Effectivement par rapport au cahier il est accessible à tous depuis n'importe quel endroit »

D'autre part, il a été mis en avant que ce logiciel permet de consulter le dossier du patient n'importe où, et pas uniquement au domicile, ce qui facilite la prise de décision sans avoir nécessairement besoin de se déplacer en visite, et donc permet un gain de temps pour le médecin.

« Je trouve que ce n'est pas convivial et intuitif, tu galères tu veux faire une photo d'un compte rendu qui a quatre pages tu es obligé de faire 4 fois la même manip. Au domicile le bon vieux cahier... »

Concernant les freins, les paramédicaux notent une réticence à son utilisation émanant surtout du corps médical. Certains le décrivent également comme un logiciel non ergonomique et chronophage. Son utilisation est limitée dans les zones où le réseau cellulaire est faible. Chacun s'accorde également à dire qu'il n'a de sens que s'il est partagé par tous les membres de l'équipe.

« Les outils numériques sont un bon moyen d'avoir une coordination ville hôpital »

Ces systèmes de communication et de coordination qui peuvent être partagés entre tous les professionnels commencent à se développer en milieu hospitalier et favorisent donc le transfert d'information de l'hôpital vers la ville.

III.4.7- Parcours de soins hospitaliers :

« On parle d'exercice coordonné à l'extérieur de l'hôpital mais on pourrait parler aussi d'exercice coordonné entre l'hôpital et la ville et là y a un véritable challenge. Cet exercice là il n'est pas encadré, structuré mais de fait il y est et il devrait être structuré »

Lorsqu'on étudie la figure n°17 concernant les polarités de codage du thème communication, on peut voir que la relation Ville-Hôpital est marquée par un grand nombre de commentaires négatifs. Cette question du lien entre professionnels hospitaliers et professionnels de ville, ainsi que du parcours de soins du patient, a engendré de nombreuses réactions de la part des soignants interrogés.

« Objectivement du côté de l'exercice coordonné, il y a des efforts qui sont faits pour organiser la communication Ville-Hôpital et le transfert de patients vers l'hôpital, on améliore notre sens de communication »

Les professionnels questionnés mettent en avant les efforts qu'ils ont déployés, comme la mise en place d'un dossier standardisé au domicile du patient contenant les principales informations (coordonnés des personnes référentes, antécédents, traitements, dernier compte rendu du cardiologue, transmissions ciblées infirmiers...). Certaines équipes ont même développé des fiches de liaison avec l'hôpital pour faciliter le transfert d'informations en cas de besoin d'hospitalisation. Ces fiches sont soit intégrées dans le logiciel métier, soit directement dans le classeur au domicile du patient.

« On est pas du tout informé quand il rentre au domicile on ne peut pas vraiment s'organiser pour le retour au domicile, c'est rarissime »

La question du retour d'hospitalisation reste problématique. Les équipes ne notent pas de changement notable depuis l'organisation en exercice coordonné. Elles se plaignent à l'unanimité d'un manque criant d'information et de discussion avec les professionnels hospitaliers. Elles exposent également ne pas être assez concertées dans certaines prises de décision des équipes hospitalières. Selon elles, les prises en charge sont parfois réalisées sans connaître l'environnement complet du patient.

« Au-delà de notre propre expérience personnelle, la communication ville-hôpital elle est toujours proche de zéro »

Les soignants interrogés confient une grande difficulté à joindre les équipes hospitalières et obtenir des renseignements, que ça soit durant l'hospitalisation, avant la sortie ou après la sortie.

C'est pour eux un sujet qui doit être profondément amélioré, c'est un des enjeux qui doit être au centre du développement des CPTS.

« Le taux de réhospitalisation d'une personne âgée à 30 jours en Haute-Corse est inférieur au niveau de la moyenne nationale, c'est dû à toute la filière gériatrique du début à la fin »

La résultante directe de cette amélioration de la coordination des soins autour des personnes âgées est un maintien au domicile réussi. Ceci est constaté par les soignants, notamment ceux qui partagent leur activité entre la ville et l'hôpital. Cette avancée a également été évoquée et démontrée statistiquement lors de l'entretien avec le réseau gérontologique RIVAGE.

« Moi je suis à l'hôpital directement, on se rend compte quand même, des patients qui quand je suis arrivée passaient tous les mois ou tous les deux mois en hospitalisation ont été pris en charge par le réseau, chez qui on a mis en place une équipe pluridisciplinaire de premier recours, on se rend compte quand même qu'il n'y a plus du tout d'hospitalisation, ou alors beaucoup moins, ou une fois dans l'année pour des motifs, pas de la garde-malade »

La meilleure communication entre les acteurs permet l'anticipation des situations pouvant compromettre le maintien au domicile. Le recours aux réseaux gérontologiques permet un suivi social rapproché, un accès plus rapide aux aides financières et humaines pour le domicile. Ceci permet un suivi sur le lieu de vie dans des conditions optimales.

III.4.8- Les limites de l'exercice coordonné :

« Cette problématique-là qui est la principale et qui nous limite dans le maintien au domicile, c'est l'accès à des thérapeutiques qui pourrait nous aider. Parfois l'absence de ces thérapeutiques nous obligent à hospitaliser les gens parce qu'on n'a pas la réponse, voilà on n'a pas la réponse thérapeutique on n'a pas le médicament parce qu'il est réservé à l'hôpital »

Un des sous-thèmes comptabilisant le plus de polarité négative est celui des « moyens ». Les soignants mettent en avant l'augmentation des restrictions de délivrance de thérapeutiques ou de dispositifs médicaux, comme l'interdiction de la prescription d'aérosols, de transfusions sanguines au domicile, l'impossibilité d'obtenir facilement du paracétamol intraveineux ou du Midazolam en ville. Ceci peut mettre en péril le maintien au domicile.

Ce nouveau mode d'exercice n'a pas permis d'obtenir les clefs indispensables à l'organisation d'une fin de vie digne au domicile. L'accès à la principale thérapeutique utilisée pour les sédations terminales n'a pas été facilité et ce, malgré des tentatives d'organisation au niveau le plus haut de l'exercice coordonné, à savoir la CPTS : *« dans la CPTS, il y avait un projet de mallette d'urgence pour les soins palliatifs au domicile (...) on a ce projet mais le problème c'est toujours le Midazolam, toujours parce qu'on pas le droit d'en avoir stocké »*.

Pour le moment, le Midazolam ne peut être obtenu que par rétrocession hospitalière. Cela nécessite donc d'avoir un établissement hospitalier à proximité. Or certains des territoires étudiés se trouvent à plus de deux heures d'un hôpital. Ce manque de moyens engendre des hospitalisations non souhaitées, ni par le patient, ni par les familles, ni par les soignants. Aucune solution n'a été trouvée pour le moment, dans aucun des territoires étudiés ayant soulevé ce problème.

Les soignants relèvent également que ces réglementations imposent le recours à des prestataires de service extérieurs, ce qui va à l'encontre du développement des soins de proximité selon eux.

La disparition progressive des outils essentiels à la prise en charge extrahospitalière des patients, donne aux professionnels un sentiment de manque de confiance envers les acteurs des soins primaires.

IV- DISCUSSION :

IV.1- Caractéristiques de l'étude :

La majorité des personnes interrogées était de sexe féminin, exerçait la profession d'infirmier et avait plus de 30 ans. Ceci est concordant avec les données démographiques actuelles des professionnels de santé (25).

On observe que les territoires analysés se trouvaient principalement en zone rurale, répondant aux critères de vigilance de l'ARS, avec une forte densité de personnes âgées. Ces constats rejoignent la seule étude retrouvée dans la bibliographie, visant à étudier l'impact de la politique publique sur l'implantation des MSP (26) : les projets de MSP se créent surtout dans des « des bassins de vie du rural profond » marqués par une importante fragilité de la démographie médicale.

L'étude a été envoyée à l'ensemble des participants aux Focus Groups. Les personnels soignants interviewés ont répondu que les idées qu'ils voulaient véhiculer lors des entretiens, étaient en accord avec le rendu de l'analyse. Aucun n'a souhaité ajouter d'éléments supplémentaires.

Les résultats obtenus sont concordants avec la bibliographie et notamment les conclusions des thèses réalisées sur le sujet dans d'autres départements (32,33,34). Les enjeux détectés dans cette recherche sont conformes avec les objectifs de santé nationaux, décrits dans l'introduction, l'étude est donc potentiellement généralisable à des territoires similaires (ruraux principalement).

Il existe un biais de sélection : les professions les plus représentées ont été les médecins et les infirmiers, alors que d'autres soignants font partie des structures étudiées, cela aurait été intéressant de connaître leur point de vue. La monopolisation du débat par les médecins génère aussi un biais. En effet, dans tous les Focus Group, le médecin s'est positionné comme le leader d'opinion. Donc, malgré la modération réalisée, il est possible que certains participants n'aient pas pu exprimer correctement leur ressenti (biais de désidérabilité sociale et effet de soumission au groupe).

D'autre part, il aurait été intéressant, pour vérifier la qualité du codage, de réaliser une triangulation des données : c'est à dire que les verbatim constituant le corpus auraient pu être encodés par d'autres chercheurs. Le logiciel NVIVO ® aurait permis d'obtenir le pourcentage de similitude et de différence entre les encodages.

Si on s'intéresse aux forces, l'étude a été réalisée sur l'ensemble de la Corse. La méthode choisie permet de garantir le recueil d'un maximum de données, dans un grand nombre de sujets, et d'approcher le ressenti et l'expérience des interrogés. Ce cheminement a permis de découvrir au fur et à mesure des débats, des concepts qui n'avaient pas été anticipés et cela a donc fait grandir le questionnement de recherche. De plus, malgré un échantillon faible, une saturation des données a été atteinte. Les mêmes idées, les mêmes thèmes, les mêmes concepts et les mêmes débats sont apparus lors des différents Focus Groups. Avant la fin de l'étude, il n'était plus attendu d'élément significatif pouvant changer la compréhension du phénomène.

IV.2- Interprétation des résultats :

Lorsque l'on détaille la figure n°2, on observe que le thème le plus encodé est celui de la « communication », et notamment le sous-thème « globule ». On aurait pu s'attendre plutôt, à ce que les discussions s'orientent vers les moyens de coordination mis en place pour prendre en charge les patients et améliorer les conditions de travail. Mais finalement ce sont les moyens de communication qui ont suscité le plus de débat et le plus d'avis divergents entre les professionnels et les territoires étudiés. Étonnamment, les outils facilitateurs ou les avantages à être en ESP/MSP ont été peu abordés.

L'analyse centrée par Focus Group des fréquences d'encodage, nous révèle des intérêts différents d'un fichier à l'autre. Ceci s'explique par le fait que chaque territoire possède ses propres caractéristiques, étant donné sa démographie, son économie, son environnement sociétal, culturel et professionnel. Cette observation rejoint donc l'avis des soignants rappelant que la réflexion sur les soins primaires doit se faire en fonction des territoires. Il faut éviter le plus possible la nationalisation et la centralisation des décisions.

Lorsque l'on compare les fréquences d'encodage en fonction de la profession des interviewés (figure n°3), on observe que ce sont les médecins qui ont engendré le plus d'encodage et ce majoritairement dans quatre fichiers sur cinq. Ceci était attendu car il a été constaté au niveau national, que les projets d'exercice coordonné sont surtout initiés et conduits par des médecins (27).

IV.2.1- Etat des lieux de l'exercice coordonné en Corse :

La méthode utilisée a permis de récolter un large panel de données. Les discussions lors des Focus Groups étant très ouvertes, les personnes interrogées ont fait émerger de nombreux débats lors des entretiens. Ainsi, l'étude a permis d'explorer en profondeur le thème de l'exercice coordonné en Corse. Ces éléments recueillis sont intéressants à traiter et permettent d'établir un état des lieux, au niveau insulaire, de cette nouvelle organisation des soins primaires.

IV.2.1.1- Naissance du projet de coordination :

On retrouve systématiquement un personnel soignant moteur, qui souhaite améliorer la prise en charge de ses patients et travailler dans un esprit d'équipe avec les autres professionnels de santé. Ce « leader » est quasiment toujours un médecin. Un noyau d'équipe se forme alors, se concerta, définit les besoins du territoire et des acteurs. De ces rassemblements émergent des idées, des envies qui vont constituer les premières pierres du projet de santé. Ce dernier s'étoffe et évolue ensuite en fonction des arrivées et des départs des soignants dans la structure.

Ce qui est frappant dans l'analyse du corpus, est que la coordination pure : RCP, innovation, collaboration, se fait au sein de ce noyau d'équipe, réellement impliqué et convaincu par l'intérêt de ce nouveau mode d'exercice et non pas avec l'ensemble des professionnels pourtant inscrits dans l'ESP ou la MSP.

Tous les projets analysés émanaient de professionnels de santé, et aucun n'était à l'initiative d'élus, ce qui est semblable à ce que l'on peut trouver dans la littérature (28).

IV.2.1.2- La coordination au sein des équipes :

L'analyse de polarité a clairement montré un ressenti positif de la formalisation de ce travail de coordination par les soignants (figure n°6). Ce qui semble le plus motiver les professionnels interrogés, c'est la possibilité de pouvoir discuter à plusieurs des dossiers des patients. Avoir une vision globale, pluri-professionnelle sur les cas complexes, augmentent pour eux la qualité de prise en charge.

L'étude du corpus nous permet de constater que cette pratique a permis d'améliorer la confraternité. Les rencontres plus fréquentes, les discussions autour des besoins et des difficultés rencontrées en fonction de la profession, ont permis une découverte mutuelle des soignants. Le fait de mieux comprendre les prérogatives de chacun semble améliorer les relations et le travail collaboratif.

Quand elles parlent de coordination, l'élément essentiel mis en avant par les équipes est la nécessité d'un personnel dédié à ce travail. Au début des projets ce sont souvent les « leaders » qui assumaient ce rôle, mais ceci est très vite devenu impossible.

Le sujet de la « délégation de tâches », avec l'apparition de nouveaux métiers, connaît des avis mitigés. Dans l'ensemble, les soignants semblent favorables au recours de personnels spécifiquement formés pour dégager du temps médical. Cependant, pour le moment et pour la majorité, ils n'approchent pas totalement les perspectives d'évolution et d'utilisation de ces nouveaux métiers. Il apparaît également qu'il faut que ces nouveaux professionnels soient correctement intégrés à la structure pour que leur recours soit facilité et efficient. Ce concept sera à réévaluer dans plusieurs années, notamment lorsque l'on retrouvera plus d'IPA dans les MSP. Il sera intéressant d'étudier quel sera le gain de temps médical grâce à ces nouvelles possibilités. En effet, il a été mis en avant que la formalisation de la coordination entre les soignants peut s'avérer chronophage. Cependant, ceci n'est plus relevé par les équipes qui sont correctement organisées, avec un personnel dédié pour les tâches administratives. Finalement, ces nouvelles opportunités de délégation de tâche, qu'elles concernent la gestion de la structure ou la prise en charge des patients, devraient permettre au médecin de gagner du temps de soins supplémentaire.

On constate une place importante accordée à la prévention et l'éducation thérapeutique. Il y a une volonté forte de développer ces deux aspects des soins primaires. Pour cela les équipes ont recours à des infirmiers ou éducateurs spécialisés. Ce qui permet de définir un temps dédié, avec un personnel clairement identifié, pour des ateliers thérapeutiques.

Le sujet de la télémédecine n'a été abordé que dans un seul groupe mais semble un sujet pertinent à développer à l'avenir, surtout sur le versant de la télé-expertise pour permettre un accès plus facile aux spécialistes dans ces territoires isolés touchés par une pénurie médicale alarmante.

Concernant les systèmes d'informations partagés, c'est à dire les logiciels métiers, il semble qu'ils ne remplissent pas les objectifs attendus. Une seule équipe travaille réellement sur un logiciel commun et partage les informations et les demandes via celui-ci.

Enfin, concernant la question des subventions et aides, les soignants sont satisfaits. Grâce à ce financement ils ont pu réaliser les projets qui leur tenaient à cœur, qui sont innovants et qui ont un intérêt majeur en santé publique. Ils n'auraient jamais pu être réalisés en cabinet isolé. Ces soutiens ont clairement favorisé l'innovation au sein des soins primaires.

Cependant, les professionnels notent une diminution progressive des montants alloués, et une justification imposée de plus en plus importante. La nationalisation des décisions apparaît comme un frein au développement des structures. Il est primordial que les spécificités économiques, sociales, culturelles et démographiques des territoires soient prises en compte. Le développement de ce mode d'exercice au sein des soins primaires ne pourra pas être standardisé en un seul modèle pour toute la France, le raisonnement doit se faire par région.

Ce refus des normes se ressent lorsqu'on interroge les professionnels sur les protocoles de soins. Beaucoup d'équipes ont du mal à les réaliser et à les formaliser. Certains trouvent qu'ils nécessitent trop d'administratif et que les critères de validation ne correspondent pas à leur pratique. D'autres n'y voient pas d'utilité car pour eux chaque patient est différent et nécessite une prise en charge personnalisée qui ne peut être protocolisée. Le but de ces protocoles pourrait être double. Tout d'abord ils devraient permettre une délégation de tâches, un gain de temps en formalisant des situations de références et en précisant les actions à accomplir en réponse.

D'autre part, on pourrait s'attendre à ce qu'il soit utilisé par l'ensemble des professionnels et ainsi favoriser une harmonisation des pratiques. Il faut considérer que les soignants sont amenés à prendre en charge des patients qui ne sont pas suivis par l'ESP ou la MSP. Il faudrait donc que ces protocoles soient appliqués aussi par des soignants isolés, et éventuellement les MSP, ESP voisines pour qu'ils soient réellement pertinents. Ceci paraît plus facilement envisageable à l'échelle d'une CPTS.

IV.2.1.3- Les éléments facilitateurs et les freins à l'exercice coordonné :

Les deux principaux freins au développement des projets, ou à leur évolution, sont la lourdeur administrative et le temps. Finalement ces deux notions sont intriquées, les soignants sont surchargés de travail et disposent de moins en moins de temps de soins. Ils ont donc beaucoup de difficultés à ajouter un temps administratif supplémentaire dans leurs agendas. Ils n'en ont d'ailleurs pas l'envie, ils décrivent explicitement que ce qu'ils veulent accomplir c'est de la coordination de soins auprès de leurs malades et pas du travail de gestion de formulaires.

Ces obstacles sont retrouvés dans les autres thèses réalisées sur le sujet (32,33). Pour pallier ces difficultés, les équipes ont trouvé la solution d'embaucher ou de désigner un personnel pour s'occuper de l'administratif en lien avec la coordination. Dans la majorité des équipes interrogées, un point d'équilibre a été atteint, elles ont donc le sentiment d'être correctement organisées, pour ne pas être écrasées par ce poids administratif. Mais cette limite n'est pas à négliger, car elle se place comme un frein au développement des équipes et risque de dissuader des soignants de faire évoluer leurs projets de coordination vers une MSP ou une CPTS.

A ce constat, se rajoute le sentiment d'une volonté de normaliser l'exercice des soins primaires, et de ne pas tenir compte des spécificités des lieux d'exercice de chacun.

Comme on peut le lire dans d'autres travaux (34), les soignants décrivent une amélioration de leurs conditions de travail qui passe par des locaux ergonomiques pouvant accueillir l'ensemble de l'équipe, la présence d'une secrétaire permettant de dégager du temps de soins, l'achat de matériel pour diversifier les actes et augmenter l'accessibilité des soins, l'accueil d'étudiants pouvant déclencher des projets d'installation future et garantissant des moments d'échanges et de formation.

De plus, la présence de ces stagiaires dans les MSP leur permet de découvrir et de se former à l'exercice coordonné, ce qui facilitera ensuite sa diffusion à l'ensemble des soignants.

IV.2.2- Les éléments de réponse à l'objectif principal de l'étude :

Conformément à ce que nous pouvons lire dans la bibliographie (7), la plupart des soignants ont constaté un vieillissement de la population et une augmentation de la part des patients âgés, très souvent polypathologiques, et à prendre en charge au domicile. Cette évolution démographique s'est accompagnée d'un désengagement des aidants, dans ces territoires ruraux et isolés, contrairement à ce qu'aurait pu laisser attendre la culture corse centrée sur la famille. On observe que les enfants quittent les villages pour s'installer et travailler en ville. Ceci a pu mettre en difficulté les professionnels. Ils se sont donc regroupés en structure d'exercice coordonné et ont essayé de travailler ensemble pour améliorer, d'une part, la qualité de prise en charge des patients, et d'autre part leurs conditions de travail.

Si on décortique les éléments fondateurs essentiels pour assurer une prise en charge au domicile d'une personne âgée, on retrouve comme composantes : la visite à domicile par le médecin traitant, la prise en charge pluri-professionnelle (médecins, infirmiers, kinésithérapeutes...) la prise en charge sociale, les moyens thérapeutiques, domotiques et logistiques.

Il faut également s'intéresser à définir quel est le lieu de vie de cette personne âgée. En effet, en Corse il est très fréquent de posséder deux résidences : une en ville, qui peut être la propriété de la personne âgée ou bien le domicile des enfants/petits-enfants, et une autre au village, patrimoine familial. Ces lieux de vie étant régulièrement éloignés par plusieurs heures de route. Cette spécificité insulaire peut également complexifier les prises en charge.

Une autre configuration souvent retrouvée, est la présence sur le même terrain de la maison des personnes âgées et celle de leurs enfants ou petits-enfants, ce qui facilite la prise en charge grâce à la proximité des aidants.

IV. 2.2.1 La visite à domicile :

Concernant la visite à domicile par le médecin traitant, on constate actuellement une disparition progressive de cette pratique (29,30), qui s'explique notamment par la modification des tarifications par la Sécurité Sociale. Dans l'étude on découvre une place toujours très importante laissée à la VAD par les médecins interrogés. Certains ont peut-être réduit leur nombre, en restreignant aux patients n'ayant pas d'autres possibilités qu'un suivi au domicile, mais dans tous les cas ils les effectuent. Ceci est retrouvé à l'échelle nationale : les VAD sont plus souvent réalisées dans les territoires ruraux (31). L'exercice coordonné impacte leur organisation de plusieurs façons.

Tout d'abord, pour ceux qui se sont réunis à plusieurs médecins, il permet d'augmenter leur fréquence en organisant un système de roulement. Cette continuité des soins, rendue possible par le regroupement des médecins et le partage des dossiers, offre un suivi plus complet, une meilleure anticipation de ce qui pourrait compromettre le maintien au domicile et garantit ainsi une diminution du recours à l'hospitalisation.

Pour d'autres médecins, la communication facilitée avec les nouveaux logiciels et notamment la rapidité de diffusion des informations, ainsi qu'une collaboration plus efficace avec les paramédicaux, permet de limiter les déplacements inutiles et de gérer les situations avec plus de fluidité. Ce renforcement du partage des données, à travers l'utilisation de systèmes d'information communs, et de l'amélioration de la communication entre les soignants, est identifié par les professionnels comme gage d'une prise en charge au domicile réussie.

Ce concept a été notamment relevé par les kinésithérapeutes, qui voient l'efficacité de leur travail augmentée lorsqu'ils ont accès aux informations médicales, à l'évolution clinique du patient, aux derniers comptes rendus d'hospitalisation ou des spécialistes. Ils peuvent ainsi adapter leur pratique à l'état du patient.

Finalement, on constate dans cette étude que tous les professionnels interrogés réalisent des visites à domicile : médecins, infirmiers, kinésithérapeutes, diététiciennes et même le pharmacien si besoin. C'est cela la pierre angulaire du maintien au domicile des patients âgés.

L'accueil des stagiaires, qu'ils soient internes en médecine ou infirmiers, fait partie du cahier des charges des MSP. Ce sujet n'a pas été abordé lors des interviews, mais les internes en médecine de deuxième niveau ont la possibilité de réaliser seuls des visites au domicile. Ce personnel soignant supplémentaire, certes en formation, peut faciliter la réalisation des VAD, en permettant d'augmenter leurs nombres par exemple. Il peut également plus facilement se rendre disponible et réaliser des visites semi-urgentes, comme celles à la demande des infirmiers, pendant que son maître de stage consulte au cabinet.

IV. 2.2.2 La concertation entre les acteurs :

Un des éléments majeurs qu'apporte la structuration en ESP ou MSP est l'organisation de RCP. Ces réunions permettent de prendre le temps de discuter de façon pluriprofessionnelle des dossiers qui peuvent poser problèmes à l'équipe, ce qui avant ne pouvait être fait que ponctuellement entre deux soignants, souvent l'infirmier et le médecin. Cette formalisation de la réflexion autour des prises en charge complexes au domicile, améliore réellement la qualité des soins. En effet, par leur pluridisciplinarité, ces temps d'échanges permettent de faire émerger de nouvelles idées, d'obtenir une nouvelle approche, en questionnant aussi bien les acteurs de la prise en charge, que les membres de l'équipe qui ne suivent pas le patient mais qui participent à la réunion. Ainsi, des solutions concrètes sont trouvées lors de ces RCP. Elles sont inscrites dans un compte rendu de RCP qui est intégré au dossier, dans le système d'information partagé.

Le deuxième avantage que présente cette pratique est l'amélioration de la qualité de vie des soignants. Discuter de dossiers difficiles, médicalement et émotionnellement (fin de vie, difficulté de relation avec les aidants, maintien au domicile impossible...) permet de diminuer le stress et le ressenti négatif des membres de l'équipe.

De même, les RCP peuvent permettre de réaliser des débriefings sur des situations qui ont générées de graves problèmes pour les acteurs. Ceci prend tout son sens lorsqu'un psychologue fait partie de l'équipe de soins coordonnés.

Il est également important de relever que le fait de prendre les décisions ensemble assure une meilleure application du projet de soins. Ces temps d'échanges sont donc très constructifs pour les soignants.

A propos du logiciel « Globule », les avis sont nuancés. Les paramédicaux semblent de manière générale trouver le logiciel pertinent, les médecins un peu moins.

Ce qu'on constate quand on s'intéresse à l'outil, c'est qu'il permet une diffusion rapide de l'information, où que l'on soit et sans perte. Cependant, il n'est pas assez ergonomique pour assurer une utilisation plus large. Il faut donc prioriser les informations que l'on souhaite diffuser. De plus, il doit être utilisé par l'ensemble de l'équipe pour être pertinent. Mais la généralisation à tous les acteurs est freinée par le surcoût financier important qu'il engendre (prix des licences élevé).

Ce qui est vraiment intéressant dans ces nouveaux moyens de communication, c'est le sentiment qu'ont les soignants d'être tous égaux pour le choix de la stratégie à adopter, pour permettre le maintien au domicile. L'impression de hiérarchie s'efface et chaque membre de l'équipe peut émettre une alerte et faire une proposition pour résoudre le problème soulevé. Mais ceci ne peut être vrai que si l'accès aux informations est donné à l'ensemble des membres de l'équipe. En effet le médecin a la possibilité de moduler le niveau de confidentialité des données. Il influe donc sur ce qui peut être partagé ou non.

IV. 2.2.3 La prise en charge sociale :

Face aux nouveaux enjeux socio-économico-démographiques, on constate que les professionnels engagés dans ces projets d'exercice coordonné ont su s'approprier les outils qui ont pour but de les aider pour la prise en charge globale des patients âgés sur leur lieu de vie, tel que les réseaux gériatriques. La majorité des soignants interrogés font appel à RIVAGE lorsqu'ils se retrouvent en difficulté pour un maintien au domicile et sont très satisfaits des résultats obtenus. De son côté, RIVAGE travaille aussi bien avec des soignants isolés ou non.

Les structures coordonnées ne semblent pas solliciter plus fréquemment le réseau que les cabinets isolés. Cependant, la communication apparaît plus aisée avec une MSP ou ESP.

Certains infirmiers coordinateurs du réseau ont également une activité libérale et font donc partie d'une équipe de soins coordonnés. C'est cette configuration qui apparaît la plus efficace : lorsque l'infirmier coordinateur est installé dans la MSP il est mieux connu de ses confrères, plus facilement sollicité et les retours d'informations sont aisés.

Le recours à ces spécialistes de la gestion des patients âgés au domicile (évaluation, adaptation de l'environnement) permet également une harmonisation des pratiques.

IV. 2.2.4 Le bien vieillir :

Depuis quelques années, on observe la volonté des instances de promouvoir, développer et ancrer le concept du « Bien vieillir » dans la société. On peut lire sur le site de Santé Publique France : « La priorité aujourd'hui n'est plus d'allonger la durée de la vie mais d'améliorer la qualité de vie des personnes vieillissantes ». De nombreux appels à projets sont réalisés. Ce volet des soins primaires concerne surtout la prévention et l'éducation thérapeutique.

L'exercice coordonné occupe une place fondamentale dans ces politiques de santé publique. Lors des Focus Group, les acteurs ont mis en avant tous les projets innovants qu'ils ont pu développer grâce aux subventions obtenues. Les ateliers thérapeutiques mis en place dans un des territoires sont un exemple édifiant. A travers le sport, l'art, la cuisine ou le renforcement de la mémoire, ils permettent par des moyens non médicamenteux de favoriser la santé et le bien être des personnes qui présentent une fragilité.

Il y a donc un vrai travail de fond qui est fait en amont, pour garantir le maintien des patients sur le lieu de vie qu'ils auront choisi.

Pour renforcer cela, les soignants se sensibilisent de plus en plus au dépistage de la fragilité. Ils utilisent déjà les réseaux gérontologiques pour identifier ces catégories de patients et ainsi anticiper au maximum les possibles pertes d'autonomie. Cette démarche est garante d'un maintien au domicile réussi.

IV. 2.2.4 Les limites de l'exercice coordonné dans le maintien au domicile :

Les interviews montrent que c'est le manque de moyens accordés aux soignants de premiers recours qui met le plus en péril la prise en charge au domicile des patients âgés.

Tous les soignants ont décrit un retrait progressif des thérapeutiques, du droit de prescription, ainsi qu'une large place laissée aux prestataires extérieurs. Ces faits mettent réellement en difficulté les professionnels. Fréquemment, un transfert vers l'hôpital de proximité est imposé par une carence logistique, alors qu'il n'est ni le souhait de l'équipe soignante, ni le souhait du patient, ni celui de sa famille.

L'exemple le plus percutant est celui des soins palliatifs et de la fin de vie au domicile. Malgré tous les efforts réalisés, des projets constitués au niveau de l'échelle la plus haute des soins coordonnés (CPTS), les soignants n'ont toujours pas obtenu le droit de disposer de Midazolam dans les officines de ville. Cette thérapeutique fondamentale pour la réalisation des sédations terminales est réservée au milieu hospitalier et ne peut être obtenue que par rétrocession de la pharmacie de l'hôpital. Cette procédure est un frein fondamental à son utilisation. En effet, il existe des territoires ruraux qui se trouvent à plusieurs heures de route d'un Centre Hospitalier. Pourtant on pourrait s'attendre à ce que l'organisation en CPTS facilite ces procédures grâce à une coopération avec l'hôpital de proximité. L'officine inscrite à un projet d'exercice coordonné devrait pouvoir établir une convention avec la pharmacie hospitalière pour pouvoir stocker du Midazolam. Un système de courtier géré et financé par la CPTS pourrait également être envisagé si le stockage est impossible. La CPTS devrait permettre de trouver les solutions à ces problèmes.

Certains soignants y voient un manque de confiance des instances dans les acteurs des soins primaires. Pourtant, comme dit précédemment, ce sont eux qui soignent la majeure partie des personnes ayant recours à un système de soin. Malgré cela, ils ne disposent pas de la logistique nécessaire pour soigner comme ils le désireraient. Ils espèrent donc qu'à l'avenir, l'organisation en ESP, MSP ou CPTS permettra d'obtenir plus de moyens.

Une autre problématique que ce nouveau mode d'exercice n'a pas permis de résoudre est celle du lien Ville-Hôpital. La polarité de codage est unanime : c'est un sujet brûlant pour les soignants interrogés avec un ressenti fortement négatif.

La principale plainte consiste en une absence quasi-totale de communication entre les praticiens hospitaliers et les praticiens de ville. Les professionnels décrivent également une obsolescence des moyens de correspondance utilisés par l'hôpital, avec très souvent des semaines, voire des mois, avant d'avoir un compte rendu d'hospitalisation. Les infirmiers évoquent de nombreuses situations de retour au domicile chaotiques, qui parfois, peuvent mettre en danger le patient : équipe non informée, patient rentré sans traitement en vendredi soir, multiples ordonnances avec modification des thérapeutiques sans explication ou avis du médecin de famille. Tout ceci peut concourir à une réhospitalisation précoce du patient et donc à un échec du maintien au domicile.

De leur côté, les libéraux ont le sentiment d'avoir amélioré leur sens de communication et ont travaillé dans leurs ESP ou MSP pour développer des procédés garantissant la transmission des informations au Centre Hospitalier.

On constate un réel sentiment d'impuissance de ces professionnels de ville dès que leurs patients franchissent la porte d'entrée de l'hôpital. Ils aimeraient être plus concertés et impliqués pour les prises de décisions majeures concernant la stratégie de soins de leurs patients.

Au total, il apparaît clairement que la structuration des soins primaires en exercice coordonné a facilité la prise en charge des personnes âgées sur leur lieu de vie. En effet, ce nouveau mode de fonctionnement a permis de fluidifier l'organisation des VAD, de maintenir la continuité des soins.

Le recours aux réseaux de façon coordonnée améliore le suivi social, l'organisation du domicile et favorise l'anticipation des éventuels freins que l'on peut rencontrer dans le maintien au domicile d'une personne âgée. Les nouveaux dispositifs d'appui pour les problématiques d'ordre social, notamment pour pallier le manque d'aidants, allègent le travail des professionnels de santé. Le développement et l'utilisation d'outils de communication plus efficaces fait gagner du temps aux soignants. La communication étant facilitée, les informations circulent mieux au sein de l'équipe. Les décisions sont prises en concertation, leur application est donc plus aisée. Cet exercice a permis une formalisation des échanges qui existaient déjà entre les professionnels. Il leur a donné plus de valeurs et de sens à travers les RCP.

On peut finalement parler d'un maintien au domicile réussi avec une coopération pluri-professionnelle, une prise en charge globale du patient et en conséquence une baisse des hospitalisations, certes non chiffrée officiellement, mais ressentie par l'ensemble du corpus.

Cependant, les efforts mobilisés par les acteurs des soins primaires dans la formalisation de leur coordination, ne leur a pas permis de lever tous les freins qui existent au maintien au domicile. La question des moyens accordés aux soignants de ville, comme le montre l'exemple du Midazolam, n'a pas trouvé de solution dans l'exercice coordonné. De même, l'articulation Ville-Hôpital n'a pas évolué de façon significative.

IV.2.2.5- Les perspectives d'évolution :

Le questionnement par spécialité n'a pas permis de recueillir d'attentes précises des professionnels de santé concernant leur avenir dans l'exercice coordonné.

Si on réalise une synthèse concernant les possibilités d'évolution évoquées dans le corpus, on note une attente forte de l'amélioration de la relation Ville-Hôpital. Cette articulation des parcours entre l'hôpital et la ville sera un enjeu majeur de l'exercice coordonné pour les années à venir. Il est attendu une meilleure collaboration notamment avec les CPTS pour augmenter la qualité de prise en charge des patients.

Si on se demande « Quelle est la place pour le développement des CPTS dans les années à venir ? » les avis sont très partagés. Certains professionnels sont très enthousiastes à l'idée de réaliser des projets de coordination à l'échelle du territoire. Ils rappellent cependant que ces derniers ne seront pertinents que s'ils incluent tous les acteurs des soins primaires, et notamment les spécialistes isolés n'exerçant pas dans des MSP. Ils seront également vigilants à ce que les Centres Hospitaliers de proximité ne prennent pas le dessus dans l'organisation de ces CPTS. Il faudra qu'elles permettent d'harmoniser les pratiques et la communication entre tous les acteurs de la santé.

D'autres soignants pensent que les territoires ne sont pas encore prêts pour un tel niveau de coordination et qu'il faudra patienter des années avant de voir naître de vrais projets dans les deux départements.

Enfin, lors du retour des personnels interrogés sur les résultats de l'étude, il est apparu un manque de communication entre les équipes. En effet, avant la lecture de la thèse la plupart des professionnels n'étaient pas au courant de ce qui se faisait dans les autres structures. Ils n'avaient pas non plus connaissance des idées innovantes développées par les autres soignants. A l'avenir, une meilleure diffusion de l'information serait souhaitable. La Fédération des Maisons de Santé pourrait être un vecteur d'échanges entre les équipes.

On pourrait également envisager qu'un groupe de travail soit mis en place pour établir un protocole de sortie de l'hôpital pour les patients âgés. Il devrait être constitué de personnels soignants de ville et hospitaliers. Ceci permettrait d'harmoniser les pratiques et devrait être intégré dans le projet de santé des CPTS. L'outil Globule pourrait se positionner comme une aide précieuse pour faciliter ce lien Ville-Hôpital et la diffusion des informations. Ceci participerait également à la diffusion de ce logiciel.

V- CONCLUSION :

« La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité »

Préambule de la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19 juin -22 juillet 1946 ; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 États

On comprend à travers les témoignages des professionnels, que la volonté des soignants, leur conviction, est d'améliorer la qualité des soins primaires. Leur vision large de la santé (prise en charge médicale, sociale, psychologique) nous renvoie à la définition de l'OMS, qui est en parfait accord avec les ambitions et objectifs des professionnels de santé concernant l'exercice coordonné.

Les projections démographiques et les études sur la volonté des citoyens nous indiquent que la santé de demain passera par la promotion du « bien vieillir », la prévention de la dépendance et le maintien des patients sur leur lieu de vie.

Cette recherche, réalisée auprès de soignants ayant connus les deux modalités d'exercice, isolé puis coordonné, au sein d'un territoire rural fortement touché par la désertification, a permis de montrer que cette nouvelle pratique apporte une plus-value pour les prises en charge des patients âgés au domicile, mais qu'elle présente tout de même des limites.

Cette formalisation de la coordination, qui existait déjà auparavant mais qui n'était pas complète, a permis d'améliorer les pratiques, de gagner du temps médical et de développer de nouvelles organisations pour garantir une prise en charge globale, médico-sociale, du patient âgé à son domicile. Cette organisation avec un outil de communication commun à l'équipe, avec plus d'échanges et plus d'anticipation, semble faciliter les visites à domicile par le médecin traitant. En effet, leur organisation et leur réalisation est plus fluide. Le médecin peut choisir de se déplacer que si cela est nécessaire, compte tenu d'une meilleure vision de la prise en charge de son patient au domicile. Le projet de soins est élaboré de façon pluri-professionnelle pour répondre aux attentes de l'ensemble des soignants, et est donc conduit plus efficacement.

Ainsi, cette coordination efficiente, mobilisant les acteurs médicaux, paramédicaux et sociaux permet un maintien au domicile réussi avec une diminution du recours aux hospitalisations.

Cependant, cette évolution de la structuration des soins primaires n'a pas permis de solutionner le manque de collaboration concernant du parcours des patients entre l'hôpital et la ville. Cela n'a pas permis non plus l'accès aux moyens thérapeutiques et logistiques dont ont besoin les acteurs des soins primaires, comme le montre l'exemple du Midazolam et de la fin de vie au domicile.

La typologie de l'étude a permis d'approcher d'autres concepts plus généraux concernant l'exercice coordonné. Concrètement, ce nouveau mode d'exercice a apporté aux professionnels interrogés un confort non négligeable dans leur travail : amélioration de la communication, augmentation de la fréquence de la collaboration pluri-professionnelle et de sa qualité, installation dans de nouveaux locaux plus ergonomiques, temps de secrétariat supplémentaire, financement pour le développement de projets innovants, promotion de l'éducation thérapeutique. Cette nouvelle organisation des soins primaires favorise la délégation de tâches du médecin vers l'infirmier (IPA), permettant un gain de temps médical non négligeable dans le contexte actuel.

Cependant, il faudra rester vigilant car des freins administratifs se mettent progressivement en place diminuant l'attractivité de cette pratique. De même, la nationalisation et la tentative de standardisation des soins primaires sont inadaptées aux réalités du terrain que vivent les soignants.

La crise sanitaire actuelle a montré la fragilité du système de santé français et la nécessité de MSP sur le territoire. Le dépistage par test PCR, la prise en charge des patients COVID positifs en ville et le développement des centres de vaccination sont des missions qui pour la plupart ont été largement assurées par les MSP. L'existence de ce travail collaboratif avant l'épidémie a permis aux ESP, MSP et CPTS de gérer la crise sanitaire avec efficacité et efficience. Ces nouvelles prérogatives, et notamment les centres de vaccination, n'auraient pas pu être assurées par des cabinets isolés.

Au total, la diminution des hospitalisations, le maintien au domicile réussi, l'accès aux soins facilités par les projets innovants développés, sont tous des éléments qui montrent l'intérêt financier que peut présenter l'exercice coordonné pour le système de santé français. Ces structures, présentées dans certaines recherches socio-économiques comme des

organisations hybrides, alliant coordination privée et financement public, sont bien la preuve des enjeux économiques qui entourent l'exercice coordonné.

Enfin, à ce jour, en plus des équipes déjà existantes, vingt ESP et trois nouvelles MSP sont en projet, mais on ne dénombre qu'une seule CPTS.

Une meilleure articulation Ville-Hôpital, et un développement des moyens thérapeutiques et logistiques alloués pourraient donc être les futurs enjeux de l'exercice coordonné en Corse. Les CPTS apparaissent comme une solution centrale pour l'amélioration des parcours de soins des patients entre l'hôpital et la ville. Elles devraient également permettre de développer des projets pour donner plus de liberté de prescriptions et d'actions aux acteurs des soins primaires. Il faudra également augmenter la communication entre les différentes équipes, sans oublier de sensibiliser les personnels soignants isolés pour favoriser le développement de ce mode d'exercice.

A l'avenir, il sera donc intéressant de réaliser le même type de recherche en incluant les nouveaux projets. Il faudra s'intéresser à la volonté d'évolution des ESP vers des MSP. Si les équipes se montrent réticentes, il faudra en identifier les contraintes. De même, si les projets de CPTS n'émergent pas, il faudra s'atteler à étudier les obstacles spécifiques à ce niveau de coordination qui se place à une échelle territoriale.

BIBLIOGRAPHIE

1. OMS, Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires, [En ligne], Genève, 6-12 septembre 1978, [consulté le 27 octobre 2019], 88p
Disponible : <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/39243/9242800001.pdf;jsessionid=C49314CF5D5BA62B12C56BDBEA54EED0?sequence=1>
2. WONCA Europe, La définition européenne de la médecine générale-médecine de famille, [En ligne], Barcelone, 2002, [consulté le 27 octobre 2019], 52p.
Disponible : http://dumg.univparis13.fr/IMG/pdf/definition_europeenne_de_la_medecine_generale_-_wonca_2002.pdf
3. Budowski M, Gay B. Comment former les futurs généralistes ? De la difficulté pour les généralistes de nombreux pays à enseigner dans les écoles ou les facultés de médecine, exercer [En ligne], 2005 [consulté le 27 octobre 2019], (75)142-4
Disponible : https://nice.cnge.fr/IMG/pdf/carre_de_white3.pdf
4. Juilhard J-M, Rapport d'information, offre de soins : comment réduire la fracture territoriale ? [En ligne], Sénat, 8 octobre 2017, Rapport no14, [consulté le 7 novembre 2019], 86p.
Disponible : <http://www.senat.fr/noticerap/2007/r07-014-notice.html>
5. DRESS, Démographie des professionnels de santé : Qui sont les médecins en 2018 ? Quelle accessibilité aux médecins généralistes ? Combien d'infirmiers en 2040 ? Un outil de projections d'effectifs de médecins ? [En ligne], 3 mai 2028, [modifié 21 décembre 2020], [consulté le 7 novembre 2019], 14p
Disponible : https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/202008/dossier_presse_demographie.pdf

6. Bouet P, Atlas démographique médicale en France : situation au 1 er janvier 2020, [En ligne], Conseil National de l'Ordre des Médecins, 2020, [consulté le 29 avril 2021], 165p.
Disponible : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/1grhel2/cnom_atlas_demographie_medicale_2020_tome1.pdf

7. Blanpain N, Chardon O, Projections de population à l'horizon 2060 : Un tiers de la population âgée de plus de 60 ans, Insee première, [En ligne], 27 octobre 2010, [consulté le 7 novembre 2019], (no1320),
Disponible : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/fichier/1281151/ip1320.pdf>

8. Breuil-Genier P, La durée des séances des médecins généralistes, [En ligne], DRESS, le 1 er avril 2006, [modifié 21 décembre 2020], [consulté le 7 octobre 2019], 7p.
Disponible : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er481.pdf>

9. Cours des comptes, Le maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie : rapport public thématique, [En ligne], 12 juillet 2016, [consulté le 21 octobre 2020], 196p
Disponible : <https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/EzPublish/20160712-maintien-domicile-personnes-agees.pdf>

10. Libault D, Concertation grand âge et autonomie, [En ligne], Ministère de la Santé et des Solidarités, 28 mars 2019, [consulté le 17 novembre 2020], 226p.
Disponible : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_grand_age_autonomie.pdf

11. Robin A, Maintien à domicile des personnes âgées, les spécificités du monde rural : Étude qualitative de dix focus group dans la communauté de communes de la Vallée du Lot en Aveyron, [Thèse de doctorat en ligne], Toulon, 22 octobre 2013, [consulté le 11 novembre 2020], 104p.
Disponible : <http://thesesante.ups-tlse.fr/262/1/2013TOU31094-1095.pdf>

12. Safon M-O, Loi Hôpital Patients Santé et Territoires : synthèse documentaire, [En ligne], IRDES, octobre 2018, [consulté le 7 octobre 2019], 45p.
Disponible : www.irdes.fr/documentation/syntheses/loi-bachelot-hopital-patients-sante-et-territoires-hpst.pdf
13. Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes, Loi de modernisation de notre système de santé : dossier de presse, [En ligne], 28 janvier 2016, [consulté le 7 octobre 2019], 22p.
Disponible : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/280116_dp_loi-de-sante.pdf
14. Ministère de la Solidarité et de la Santé, Ma santé 2022, un engagement collectif : dossier de presse, [En ligne], 18 septembre 2019, [consulté le 17 octobre 2019], 52p.
Disponible : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ma_sante_2022_pages_vdef.pdf
15. ARS Corse, Cadre d'Orientation Stratégique 2018-2028, [En ligne], 18 septembre 2019, [consulté le 16 octobre 2019], 61p.
Disponible : https://www.corse.ars.sante.fr/system/files/2019-02/ARS_COS_final_19%20fev%202019.pdf
16. ARS Corse, Schéma Régional de Santé 2018-2023, [En ligne], 18 septembre 2019, [consulté le 16 octobre 2019], 61p.
Disponible : https://www.corse.ars.sante.fr/system/files/2019-02/ARS_SRS_final_19%20f%C3%A9v%202019.pdf
17. Suzzarini F Appréciation de la sensibilisation au repérage ambulatoire de la fragilité des médecins généraliste installés en corse, [Thèse de doctorat], Nice, 29 octobre 2020, [consulté le 11 novembre 2020], 47p.

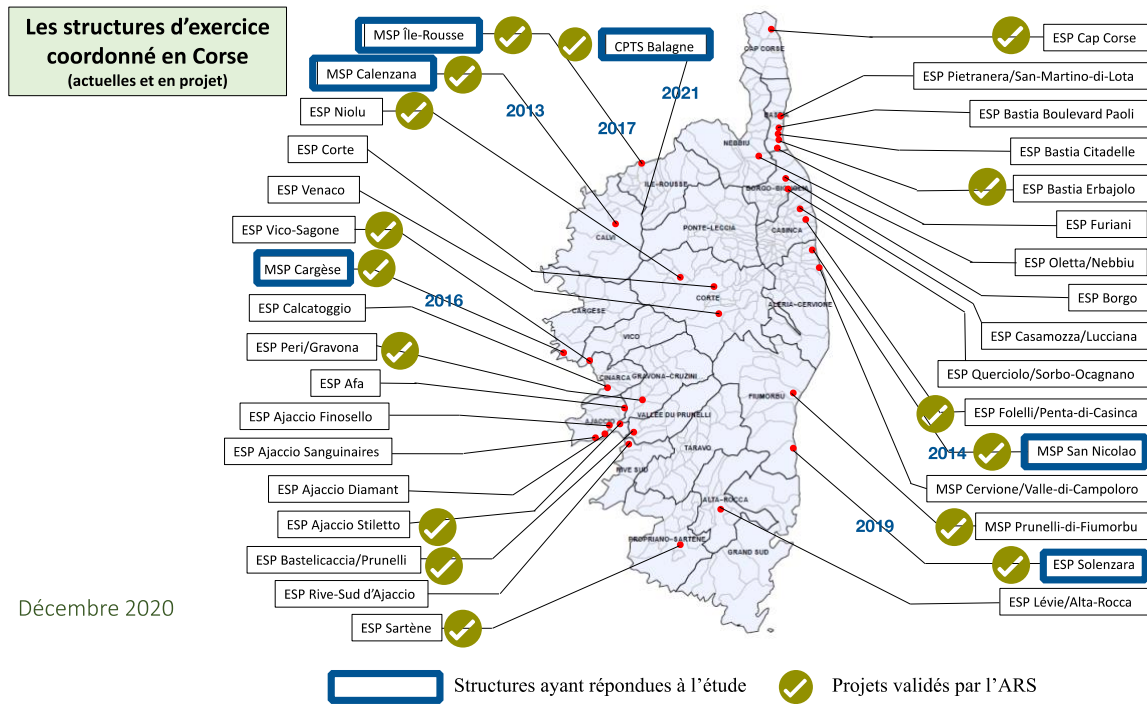
18. Laboratoire ER3S, Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative, [En ligne], Université d'Artois, France, 6 novembre 2014, [consulté le 2 novembre 2020], 5p.
Disponible : https://cfrps.unistra.fr/fileadmin/uploads/websites/cfrps/Recherche/ressources_utles_pour_recherche/crite__res_COREQ.pdf
19. Aubin-Auger I, Stalnikiewicz B, Mercier A, Lebeau J-P, Baumann L, Diriger une thèse qualitative : difficultés et solutions possibles, exercer [En ligne], 16 mai 2015 [consulté le 2 novembre 2020], (93)111-14
Disponible : <https://www.exercer.fr/article/download/236?save=1>
20. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P, Letrilliart L, Introduction à la recherche qualitative, exercer [En ligne], janvier 2008 [consulté le 2 novembre 2020], (84)142-5
Disponible : https://www.researchgate.net/profile/Alain-Mercier-2/publication/285158641_Introduction_a_la_recherche_qualitative/links/5b33b7174585150d23d6f04e/Introduction-a-la-recherche-qualitative.pdf
21. LEPCAM, Élaborer un protocole, [En ligne], [consulté le 2 novembre 2020],
Disponible : <https://lepcam.fr/index.php/les-etapes/protocole/>
22. Claude G, Le focus group (groupe de discussion) : caractéristiques, utilisation et exemples [En ligne], Scribbr, 3 décembre 2019, [consulté le 2 novembre 2020] [mis à jour 24 mars 2021],
Disponible : <https://www.scribbr.fr/methodologie/focus-group/>
23. Touboul P, Recherche qualitative : La méthode des Focus Groupes Guide méthodologique pour les thèses en Médecine Générale, [En ligne], mars 2013, [consulté le 2 novembre 2020], 10p.
Disponible https://nice.cnge.fr/IMG/pdf/Focus_Groupes_methodologie_PTdef.pdf

24. Baribeau C, Analyse des données des entretiens de groupe, recherche qualitative [En ligne], 2009 [consulté le 2 novembre 2020], (28)133-48
Disponible : [http://www.recherchequalitative.qc.ca/documents/files/revue/edition_reguliere/numero28\(1\)/baribeau\(28\)1.pdf](http://www.recherchequalitative.qc.ca/documents/files/revue/edition_reguliere/numero28(1)/baribeau(28)1.pdf)
25. INSEE, Tableaux de l'économie française : Personnel et équipements de santé, [En ligne], 27 février 2018, [consulté le 26 avril 2021], 5p.
Disponible : https://www.insee.fr/fr/statistiques/fichier/3303478/TEF2018_092.pdf
26. Chevillard G, Mousques J, Lucas-Gabrielli V, Bourgueil Y, Rican S, Salem G, Colin A, Mesure de l'impact d'une politique publique visant à favoriser l'installation et le maintien de médecins généralistes : l'exemple du soutien au développement des maisons et pôles de santé en France, Revue d'Économie Régionale et Urbaine, [En ligne], 4 octobre 2015, [consulté le 26 avril 2021], (5)657-94
Disponible : https://scholar.google.com/scholar_url?url=https://www.cairn.info/load_pdf.php%3FID_ARTICLE%3DRERU_154_0657%26download%3D1&hl=fr&sa=T&oi=ucasa&ct=ufr&ei=67CKYNDWDo3nmQHEhLegAg&scisig=AAGBfm1Kz8FkZiSoF0nRRHb8aOmxjn5SNw
27. Bartoli A, Sebai L'expérience des maisons de santé pluriprofessionnelles face aux enjeux de coordination territoriale, Revue d'Économie Régionale et Urbaine, [En ligne], juin 2015, [consulté le 26 avril 2021], (32)17-37
Disponible : https://scholar.google.com/scholar_url?url=https://www.cairn.info/load_pdf.php%3FID_ARTICLE%3DG2000_326_0017%26download%3D1&hl=fr&sa=T&oi=ucasa&ct=ufr&ei=qLGKYN2VHcKLy9YPwJeMmAE&scisig=AAGBfm1W9efPisxxaWRPG_W9-vqDBe8kfg
28. GRIDEL H, Les maisons de santé pluri professionnelles en plein essor : État des lieux en Ile de France, [Thèse de doctorat en ligne], Paris, 27 janvier 2017, [consulté le 11 novembre 2020], 60p.
Disponible : <https://www.femasif.fr/wp-content/uploads/sites/3/2017/03/THESE-MSP-PDF-2017.pdf>

29. URML Ile de France, La visite à domicile chez les médecins franciliens : La visite à domicile : encore d'actualité ? [En ligne], 2005, [consulté le 26 avril 2021], 53p.
Disponible : https://urml-idf.org/upload/etudes/etude_060206.pdf
30. DUFOUR A-L, Étude qualitative réalisée auprès de 14 médecins généralistes installés depuis moins de 10 ans en région Rhône-Alpes, [Thèse de doctorat en ligne], Lyon, 6 juillet 2017, [consulté le 11 novembre 2020], 79p.
Disponible : http://bibnum.univ-lyon1.fr/nuxeo/nxfile/default/3083232e-833e-4ce7-9364-57c8fcf38b52/blobholder:0/THm_2017_DUFOUR_Anne-Laure.pdf?mimetype=application/pdf
31. Grau R, La visite à domicile du médecin généraliste, pratique en voie de disparition [En ligne], MACFS, 11 mai 2020, [consulté le 26 avril 2021]
Disponible : <https://www.macsf.fr/responsabilite-professionnelle/Relation-au-patient-et-deontologie/visite-domicile-medecin-generaliste-pratique-voie-disparition>
32. Cairey-Remonay C, Bruchon S, Les facteurs favorisant et freinant le montage des maisons de santé pluri professionnelles en Franche- Comté, [Thèse de doctorat en ligne], Besançon, 14 juin 2012, [consulté le 11 novembre 2020], 216p.
Disponible : <https://www.chu-besancon.fr/smfc/201210pdf/12-09-04.pdf>
33. Zalmai D, Maisons de santé pluri professionnelles : attentes, réalités et perspectives. Étude qualitative auprès de dix-sept professionnels de santé aquitains, [Thèse de doctorat en ligne], Bordeaux, 7 novembre 2016, [consulté le 11 novembre 2020], 169p.
Disponible : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01412394/document>
34. Migne P, Avantage d'exercer la médecine générale en maison et en pôle de santé, [Thèse de doctorat en ligne], Poitiers, 24 septembre 2028, [consulté le 11 novembre 2020], 102p.
Disponible : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01901674/document>

ANNEXES :

Annexe 1 : Cartographie des structures d'exercice coordonné en Corse (source FCCIS)



Annexe 2 : Guide d'entretien des Focus Groups

<u>Thèmes</u>	<u>Questions</u>
MSP/ESP	<ul style="list-style-type: none"> • Comment est né votre projet de coordination ?
Maintien au domicile	<ul style="list-style-type: none"> • Quelle est la part des patients pris en charge au domicile dans votre patientèle ? • Quelle est votre perception de l'évolution de la proportion de patients pris en charge au domicile ? • Quelle est selon vous l'impact de la création de l'ESP ou MSP dans cette proportion ? • Comment décririez-vous ces patients dans votre territoire ? • Disposez-vous des ressources/compétences nécessaires pour assurer la prise en charge au domicile de ces patients ? • Quels sont les facteurs facilitants ? Quels sont les facteurs limitants ? • Que vous a apporté l'organisation en ESP ou MSP pour cette prise en charge ?
Coordination	<ul style="list-style-type: none"> • Depuis l'organisation en ESP ou MSP, que pouvez-vous dire du travail de coordination entre les professionnels ? • En quoi ce nouveau mode d'exercice a-t-il changé votre pratique ? • Comment partagez-vous les informations entre les membres de l'ESP/MSP ? • Depuis votre organisation en ESP ou MSP vous a-t-il été proposé un outil collaboratif ?

Annexe 2 (suite) : Guide d'entretien des Focus Groups

<p>Parcours de soins</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Comment gérez-vous les patients nécessitant une hospitalisation ? (Exemple : transfusion pouvant être programmée, hospitalisation en urgence ou semi-urgence ...) • Comment gérez-vous le retour des patients après hospitalisation ? Rencontrez-vous des difficultés ? Comment communiquez-vous avec les centres hospitaliers de proximité au retour d'une hospitalisation ? • Comment l'organisation en ESP ou MSP a-t-elle modifié vos liens avec les centres hospitaliers de proximité ? • Comment détectez-vous le maintien au domicile inadapté ? Quelles actions sociales sont alors mises en place ? • Avez-vous développé des moyens de repérage du risque de chute, de dénutrition pouvant compliquer le maintien au domicile ? • Concernant le suivi des maladies chroniques avez-vous recours à de nouveaux modes de suivi ? ex : IDE spécialisée / ASALEE ? • Avez-vous établi des protocoles pour faciliter la gestion du suivi des anticoagulants ? • Avez-vous établi des protocoles pour la gestion des plaies chroniques, escarres ? • Prenez-vous en charge des patients en fin de vie ou en situation de soins palliatifs au domicile ? Si oui, comment réalisez-vous ces prises en charges ? Quelles difficultés rencontrez-vous ?
<p>Prise en charge sociale</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Comment intervenez-vous dans la prise en charge sociale de vos patients au domicile ? • L'organisation en ESP ou MSP modifie-t-elle cette prise en charge ? • Connaissez-vous les organismes sociaux à contacter dans votre secteur ? • Quelle serait la place d'une cellule d'appui pour le maintien au domicile de ces patients dans votre pratique d'exercice coordonné ?
<p>Financier</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Quel est l'impact financier de cette organisation en ESP ou MSP ?
<p>Médecins</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Quel est l'impact de l'exercice coordonné sur la réalisation de vos visites à domicile ? • Quelles sont vos attentes ?

Annexe 2 (suite) : Guide d'entretien des Focus Groups

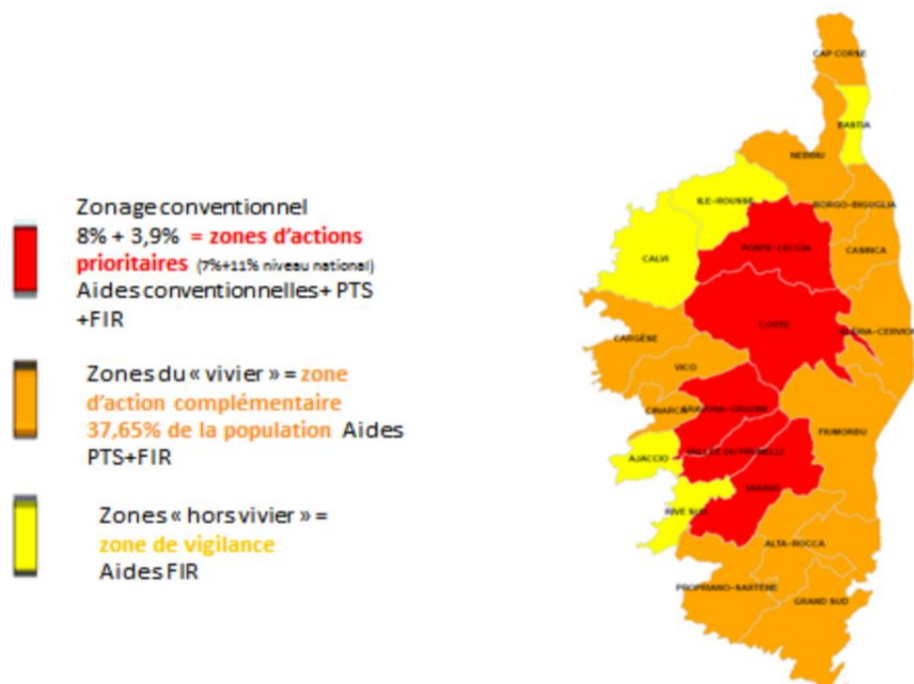
Infirmiers	<ul style="list-style-type: none">• Quel est l'impact de l'exercice coordonné sur la réalisation de vos visites à domicile ?• Quelles sont vos attentes ?
Kinésithérapeutes	<ul style="list-style-type: none">• Quel est l'impact de l'exercice coordonné sur la réalisation de vos visites à domicile ?• Quelles sont vos attentes ?
Pharmaciens	<ul style="list-style-type: none">• En quoi l'exercice coordonné a modifié vos relations avec les autres acteurs de premier recours ?• Quelle place avez-vous pu accorder à la révision d'ordonnance depuis votre intégration à l'ESP ou la MSP ?• Comment organisez-vous la gestion du matériel/domotique pour le maintien au domicile de vos patients ?• Quelles sont vos attentes ?
TEMPS DE SYNTHÈSE ET DE REFORMULATION DES IDÉES	

Annexe 3 : Grille de codage

<u>CATEGORIES</u>	<u>SOUS CATEGORIES</u>	<u>CONCEPTS & THEORIES SOUS JACENTES</u>	<u>AUTEURS DE REFERENC E</u>	<u>EXTRAITS</u>
PERSONNES ÂGEES MAINTIEN AU DOMICILE	DEMOGRAPHIE/ ISOLEMENT/ PRECARITE/DESIRS	Augmentation du nombre de personnes âgées, augmentation de l'isolement à la précarité, désir de rester au domicile	Thèse Robin & Massafarro, 2013	« Il y a beaucoup de personnes âgées dans notre secteur »
	AIDANTS/SOCIAL/R ESEAU/ HABITAT/ ANTICIPATION/ VISITE A DOMICILE/MOYEN S/	Rôle majeur des aidants, diminution des visites médicales au domicile, difficultés à avoir la médication, développement des réseaux gériatriques	Thèse Robin & Massafarro, 2013 Loussouarn & Franc & Videau & Mousques,2019	« On a quand même l'impression avec le temps que les entourages familiaux sont de moins en moins présents » « On fait beaucoup de social »
NAISSANCE DU PROJET REPRESENTATION DES ACTEURS	LEADER/ARGUMEN TAIRE/EQUIPE/ PROJET DE SANTE /POLITIQUE	Un leader à l'origine du projet, augmenter l'attractivité	Thèse Migne, 2004 Thèse Cairey & Bruchon, 2012 Thèse Zalmai, 2016	« Un désir de travailler ensemble » « Faire venir de nouveaux médecins »
	ATTENTES/ OBJECTIFS/ INTERET	Formalisation d'un fonctionnement préexistant, Difficultés d'implication de certains acteurs	Thèse Zalmai, 2016	« On a mis des murs autour de notre équipe »
ACTEURS	CHARGE EMOTIONNELLE/ QUALITE DE VIE IMPLICATION/ FORMATION	Surimplication des acteurs en milieu rural, isolement des professionnels, amélioration de la qualité de vie par l'exercice coordonné	Thèse Robin & Massafarro, 2013 Thèse Migne, 2004	« Ça nous déstresse de travailler ensemble » « Je me sens moins seul »
COMMUNICATION	GLOBULE/ ECRITS/SYSTEME D'INFORMATION/ VILLE-HOPITAL/ FREQUENCE	Apparition de nouveaux outils, augmentation des échanges, amélioration du lien ville-hôpital	Thèse Migne, 2004	« La communication est plus facile plus rapide » « On a fait des classeurs spécifiques à la maison de santé »

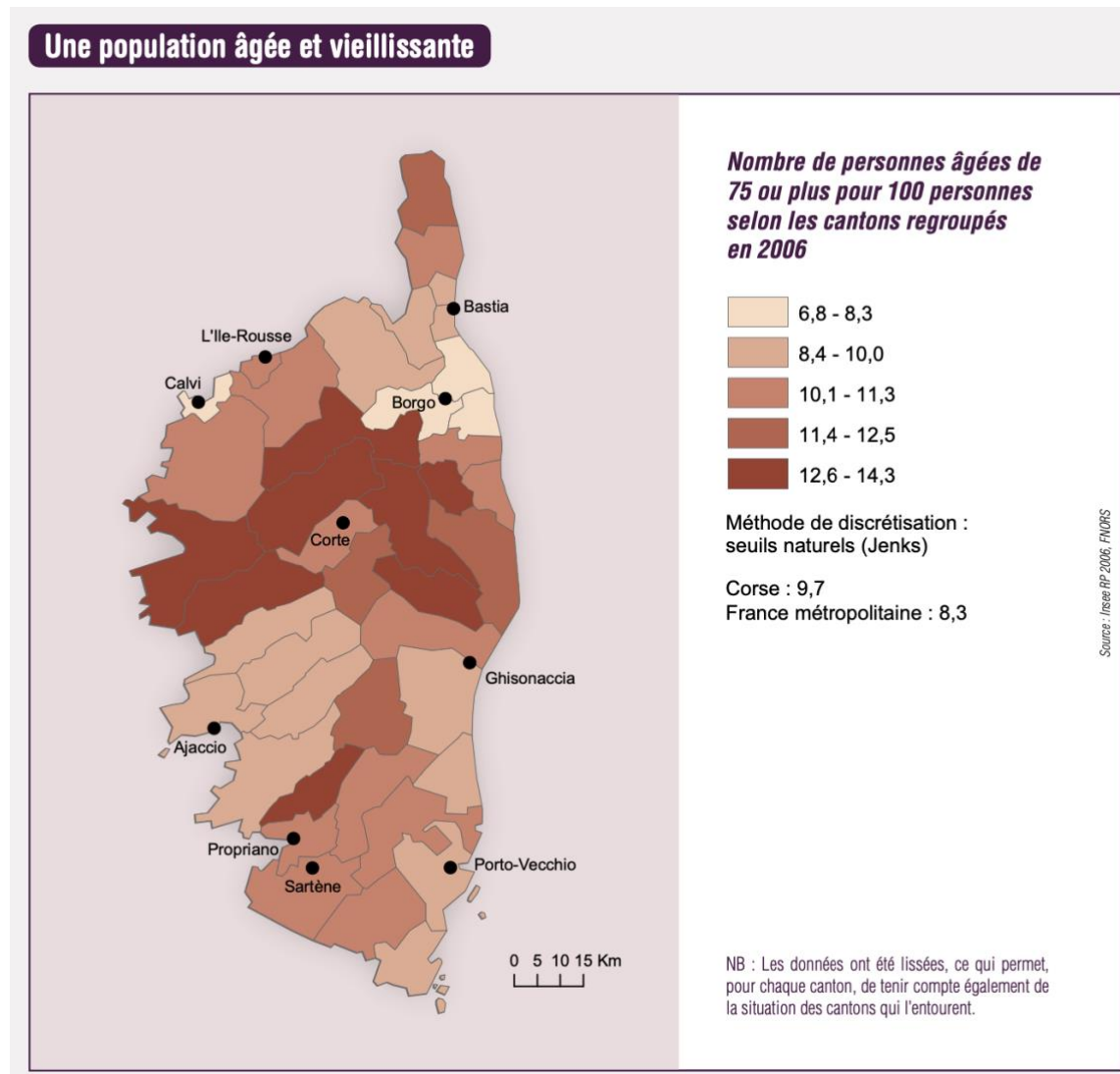
<u>CATEGORIES</u>	<u>SOUS CATEGORIES</u>	<u>CONCEPTS & THEORIES SOUS JACENTES</u>	<u>AUTEURS DE REFERENC E</u>	<u>EXTRAITS</u>
COORDINATION	RCP/ COORDINATEUR/ COLLABORATION/ INFORMATIONS/ DELEGATION DE TÂCHE/SUBVENTIO NS/HOSPITALISATI ON/CONFRATERNIT E	Échanges à travers des réunions régulières, amélioration de la collaboration avec l'hôpital, gains de temps avec les nouveaux métiers	Thèse Migne, 2004	«ça permet de dégager du temps pour le médecin» « On se voit tous les jours »
	PROJETS	INNOVATION / / EDUCATION THERAPEUTIQUE / PREVENTION/ TELEMEDECINE	Thèse Migne, 2004 Fournier, 2015	« Par rapport au projet on arrive à avoir des consultations spécialisées très rapides » « Ça a permis de développer des activités qu'on n'aurait jamais faites si on était en cabinet seul »
PROTOCOLES DE SOINS	PERTINENCE/ THEME/ APPLICATION	Élaboration de protocoles de soins pour harmoniser et faciliter les pratiques		« Objectivement on a formalisé des protocoles sur des trucs qu'on faisait déjà depuis longtemps »
FREINS	TEMPS/ CONNAISSANCES/A DMINISTRATIFS/ CENTRALISATION	Manque de temps, lourdeur administrative	Thèse Migne, 2004	« Le piège aujourd'hui c'est évidemment la volonté de normer » « Le facteur limitant principal c'est le temps »
FACILITATEURS	CONDITIONS DE TRAVAIL/ MUTUALISATION/ LOCAUX/ SECRETARIAT/ REMPLACEMENT/ SUCESSION	Amélioration des conditions de travail	Thèse Migne, 2004 Thèse Honold, 2013	« Sur la logistique la prise en charge est plus rapide » « On travaille beaucoup mieux »
PERSPECTIVES	CPTS / EVOLUTION			« S'ouvrir un peu plus à l'exercice même hors équipe de soins primaires »

Annexe 4 : Cartographie ARS du zonage



Source : ARS de Corse -Données années 2016

Annexe 5 : Analyse sociodémographique de la région Corse, ARS



Annexe 6 : description des Focus Group

FOCUS GROUP CARGESE (MSP) :

Date : le 14 janvier 2021, au Pôle Santé de Cargèse *Durée* : 1 heure

Personnes présentes : 2 médecins généralistes, une infirmière coordinatrice, une secrétaire médicale coordinatrice

Date de validation du projet : 2016.

FOCUS GROUP CALENZANA (MSP) :

Date : le 27 janvier 2021, à la Maison de Santé de Calenzana *Durée* : 1 heure 30

Personnes présentes : deux médecins généralistes, un kinésithérapeute, une infirmière libérale, une assistante médicale, une pharmacienne (souhaitant intégrer le projet).

Date de validation du projet : 2013.

FOCUS GROUP ILE ROUSSE (MSP) :

Date : le 12 février 2021, à la Maison de Santé d'Ile Rousse *Durée* : 1 heure 50

Personnes présentes : un médecin généraliste une infirmière libérale coordinatrice, un infirmier libéral, un kinésithérapeute, une psychologue

Date de validation du projet : 2017.

FOCUS GROUP SOLENZARA (ESP) :

Date : le 10 mars 2021, ZOOM *Durée* : 1 heure 40

Personnes présentes : un médecin généraliste, deux infirmières libérales, une kinésithérapeute, un pharmacien

Date de validation du projet : 2019.

FOCUS GROUP ASALEE (Réseau) :

Date : le 17 mars 2021, ZOOM *Durée* : 38 minutes

Personnes présentes : quatre infirmiers libéraux.

Ancienneté du réseau = deux ans.

FOCUS GROUP SAN NICOLAO (MSP) :

Date : le 28 mars 2021, à la Maison de Santé de San Nicolao *Durée* : 1 heure 02

Personnes présentes : un médecin généraliste, une infirmière libérale, une infirmière du réseau Rivage, diététicienne et coordinatrice, animatrice sociale

Date de validation du projet : 2014.

FOCUS GROUP RIVAGE (Réseau) :

Date : le 30 mars 2021, ZOOM *Durée* : 50 minutes

Personnes présentes : Médecin généraliste coordonnateur du réseau, trois IDE Rivage

Ancienneté du réseau = dix ans.

Annexe 7 : Fiche d'identité des structures

MSP CARGESE

<i>Date de début du projet</i>	2007
<i>Date de création</i>	Mai 2016 directement en MSP
<i>Lieu</i>	CARGESE, au rez-de-chaussée de l'EHPAD
<i>Type de structure</i>	MSP multi-sites
<i>Professionnels participants à la structure</i>	<p><u>Professionnels participants à la structure :</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Médecins- Infirmiers- Kinésithérapeute- Pharmacienne- Chirurgien-Dentiste <p><u>Praticien libéraux vacataires :</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Sage-femme- Podologue- Orthophoniste- Psychologue- Cardiologue- Endocrinologue- Gynécologue obstétricien- Ophtalmologue- Orthopédiste- Gastro-entérologue- Radiologue- Pneumologue- Urologue- Phlébologue <p><u>Partenaires hospitaliers vacataires :</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Ophtalmologue- Urologue- Algologue (centre antidouleurs)

<p><u>Thèmes abordés dans le projet de santé</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Continuité des soins de premiers et de second recours - Permanence des soins ambulatoires - Coordination des soins au domicile - Éducation thérapeutique - Formation des étudiants stagiaires de 3ème cycle
<p><u>Faits remarquables</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Visite au domicile une fois par semaine, toutes les semaines, plus de 90 ans - Mise en place de projets personnalisés de soins au domicile - Ateliers de prévention (chute, nutrition...) à l'EHPAD
<p><u>PROTOCOLES DE SOINS</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> - BPCO - Insuffisance cardiaque et surveillance au domicile - Prévention des escarres au domicile - Prévention des lésions pieds diabétiques, capteurs glycémiques - Test PCR, prise en charge COVID au domicile

MSP CALENZANA

<i>Date de début du projet</i>	2007
<i>Date de création</i>	2013 directement en MSP
<i>Lieu</i>	CALENZANA
<i>Type de structure</i>	MSP
<i>Professionnels participants à la structure</i>	<ul style="list-style-type: none"> - 2 médecins généralistes - Infirmiers - Assistante médicale - Masseurs kinésithérapeutes - Diététicienne - Sage-femme - Pédicure-podologue - Enseignante d'activité physique adaptée
<i>Thèmes abordés dans le projet de santé</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Soins : médicaux, infirmiers, kinésithérapie, diététique, podologie, sophrologie - Prévention : dépistage +++ - Éducation thérapeutique - Formation
<i>Faits remarquables</i>	<ul style="list-style-type: none"> - 1 infirmier ASALEE - Possibilité de réaliser des polysomnographies au domicile des patients - Appareil de rétinographie - Cabinet secondaire d'un des médecins à Galeria
<i>Protocoles de soins</i>	<ul style="list-style-type: none"> - AVK : initiation, suivi INR - Surveillance podologique des patients diabétiques - Dépistage de la fragilité chez la personne âgée - Organisation d'une transfusion sanguine - Évaluation des lombalgies - Évaluation de la douleur

MSP ILE ROUSSE

<i>Date de début du projet</i>	2011
<i>Date de création</i>	2017 directement en MSP
<i>Lieu</i>	ILE ROUSSE
<i>Type de structure</i>	MSP
<i>Professionnels participants à la structure</i>	<ul style="list-style-type: none"> - 3 médecins généralistes - Infirmiers - Masseurs kinésithérapeutes - Ostéopathe - Psychologue - Diététicienne - Sage-femme - Gynécologue-obstétricien - Pédicure-podologue - Orthophoniste
<i>Thèmes abordés dans le projet de santé</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Accès aux soins - Prévention et Santé Publique notamment nutrition chez la personne âgée, dépistage fragilité chez la personne âgée - Éducation thérapeutique - Coordination des soins - Formation et accueil des étudiants
<i>Faits remarquables</i>	Dossier de soins partagés standardisé pour le domicile des patients avec une fiche de liaison ville-hôpital
<i>Protocoles de soins</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Lombalgies chroniques - Plaies chroniques - Insuffisance cardiaque et retour d'hospitalisation - Prise en charge coordonnée de la personne âgée fragile - Dénutrition chez la personne fragile et l'enfant - Diabétiques de type 2 - Sevrage tabagique

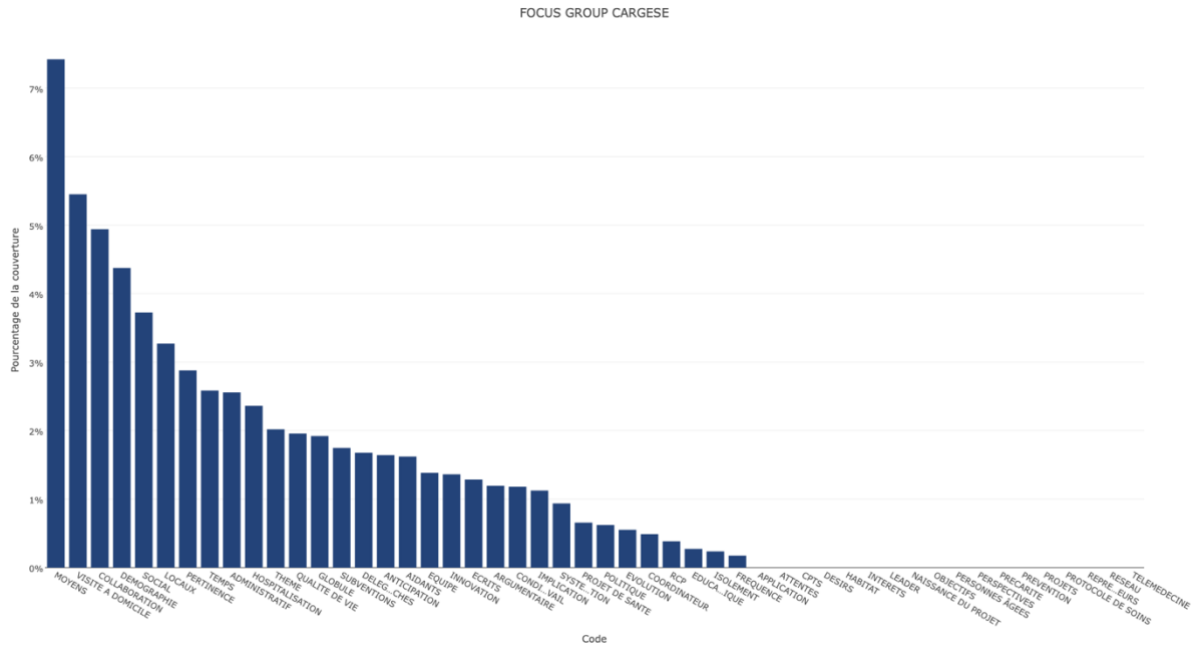
ESP SOLENZARA

<i>Date de début du projet</i>	Été 2017
<i>Date de création</i>	2019
<i>Lieu</i>	Port de Solenzara
<i>Type de structure</i>	ESP donc pas de projet immobilier
<i>Professionnels participants à la structure</i>	<ul style="list-style-type: none"> - 2 médecins généralistes - Infirmiers - Masseurs kinésithérapeutes - Pharmacien - Dentiste - Diététicienne
<i>Thèmes abordés dans le projet de santé</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Meilleurs accès aux soins - Prévention, vaccination, dépistage des cancers - Maintien au domicile des personnes en perte d'autonomie : <ul style="list-style-type: none"> • Continuité des soins • Entrée-sortie d'hospitalisation • Repérage du risque de fragilité, EGS • Prévention des chutes • Prévention du risque et traitement de la sarcopénie - Utilisation de GLOBULE - Télé-expertise - Coordination avec la réalisation de Réunion de Concertation Pluridisciplinaire - Conciliation médicamenteuse
<i>Faits remarquables</i>	Pharmacien très impliqué dans le projet de coordination ouvrant de nouvelle perspective dans l'exercice coordonné.
<i>Protocoles de soins</i>	Aucun pour le moment

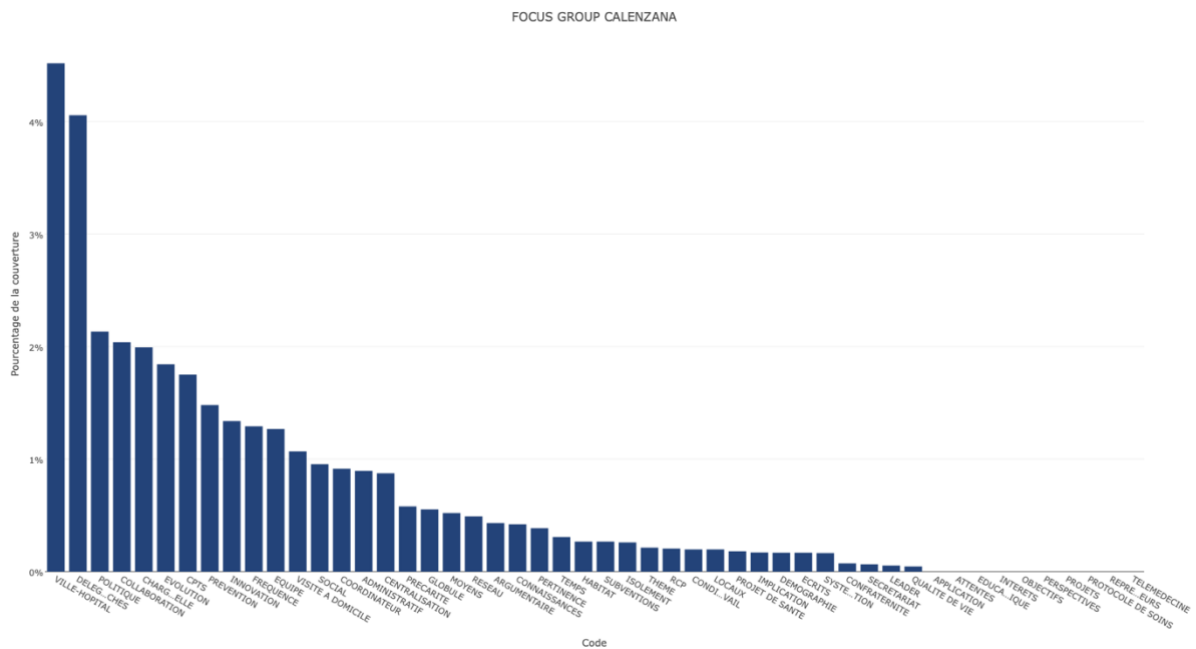
MSP SAN NICOALO

<i><u>Date de début du projet</u></i>	2013
<i><u>Date de création</u></i>	2014 directement en MSP
<i><u>Lieu</u></i>	SAN NICOLAO
<i><u>Type de structure</u></i>	MSP
<i><u>Professionnels participants à la structure</u></i>	<ul style="list-style-type: none"> - 2 médecins généralistes - Infirmiers donc 1 infirmière ASALEE & 1 infirmière RIVAGE - Sage-femme - Diététicienne - Animatrice sociale - Hypno thérapeute - Médecin conseil d'assurance
<i><u>Thèmes abordés dans le projet de santé</u></i>	<ul style="list-style-type: none"> - Favoriser l'accès aux soins - Coordination entre les professionnels - Formation - Ateliers « sport santé bien être » - Ateliers « culture et santé »
<i><u>Faits remarquables</u></i>	<ul style="list-style-type: none"> - Ateliers thérapeutiques « fabrique à 3 pas » : danse, art plastique, chant, gymnastique, informatique ... - Atelier mémoire - Cuisine thérapeutique
<i><u>Protocoles de soins</u></i>	<ul style="list-style-type: none"> - AVK - Prise charge patient COVID 19

Annexe 8 : Fréquence d'encodage par focus Group

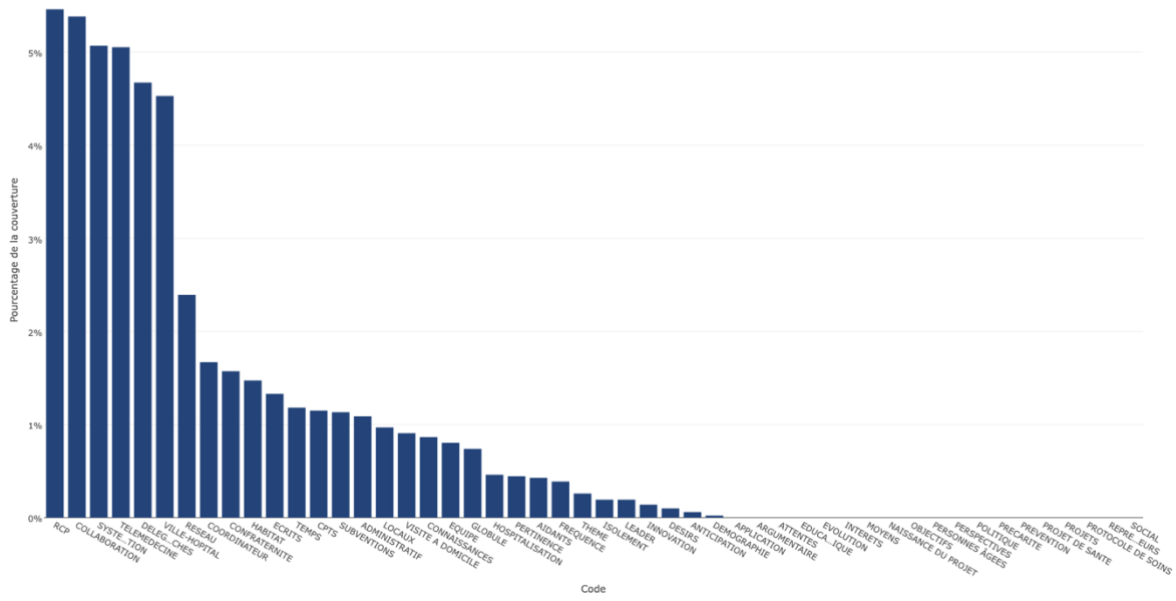


Fréquence d'encodage Focus Group Cargèse



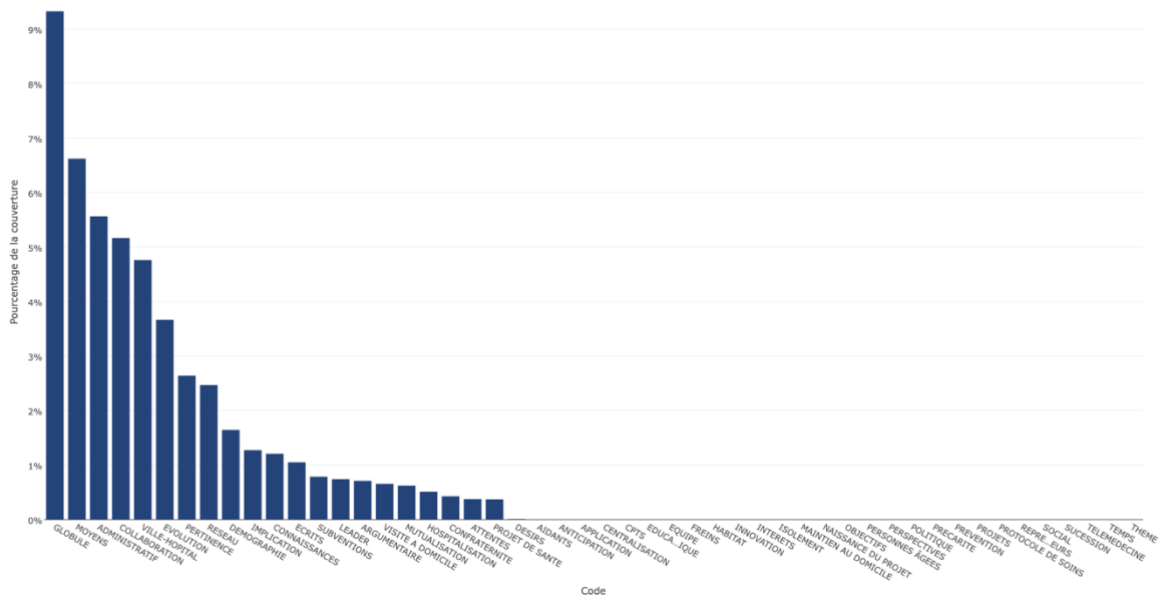
Fréquence d'encodage Focus Group Calenzana

FOCUS GROUP ILE ROUSSE



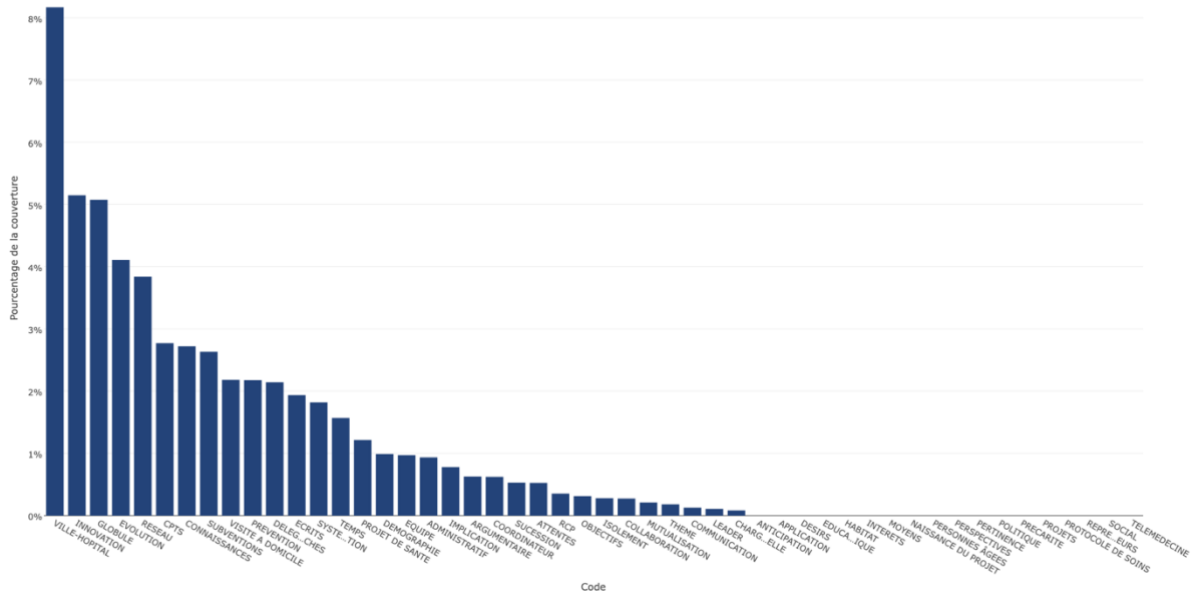
Fréquence d'encodage Focus Group Ile Rousse

FOCUS GROUP SOLENZARA



Fréquence d'encodage Focus Group Solenzara

FOCUS GROUP SAN NICOLAO



Fréquence d'encodage Focus Group San Nicolao

Résumé

Introduction : Nous nous trouvons actuellement face à un tournant majeur de l'organisation des soins primaires. La transition démographique actuelle est marquée par un fort vieillissement de la population et une augmentation de la fréquence des maladies chroniques. Les citoyens français souhaitent un maintien au domicile le plus longtemps possible. L'exercice coordonné est présenté par les pouvoirs publics comme la solution à ces nouveaux enjeux socio-économico-démographiques. La nouvelle loi Santé et l'ensemble des programmes des ARS sont tournés vers la promotion de ce mode d'exercice. La Corse est marquée par un vieillissement de sa population plus important, avec les plus hauts taux de précarité et les deux tiers du territoire répondant aux critères de désertification. On y retrouve une culture centrée sur la famille. Le premier projet insulaire date de 2007, ce qui offre un recul significatif à la recherche, et la plupart des soignants ont connu l'exercice en cabinet isolé auparavant.

Objectif : Étudier comment l'exercice coordonné facilite la prise en charge des patients âgés sur leur lieu de vie.

Matériel et méthode : Six Focus Groups ont été menés sur l'ensemble de la Corse. Les données récoltées ont été analysées par une méthode thématique en utilisant un critère sémantique. Le codage du corpus a été réalisé avec le logiciel NVIVO selon une démarche itérative.

Résultats : L'exercice coordonné a fluidifié l'organisation des visites à domicile, a permis une meilleure communication et collaboration entre les professionnels. Les Réunions de Concertation Pluri professionnelles (RCP) offrent un temps de réflexion collégiale sur les cas complexes et permettent une réflexion globale autour du patient. Le recours aux réseaux gérontologiques facilite la prise en charge sociale au domicile. Cependant, les avis sur les moyens de communication et notamment le logiciel globale sont mitigés. Son déploiement apparaît fortement limité. De plus, ce nouveau mode d'exercice n'a pas permis d'augmenter les moyens thérapeutiques ou logistiques pour le maintien au domicile. La communication Ville-Hôpital et notamment le partage d'informations et les retours d'hospitalisation n'ont pas évolué de façon significative. Grâce à la quantité de données recueillies, il a été possible de dresser un état des lieux de l'exercice coordonné en Corse. Les projets ont tous été initiés et conduits par des soignants. Le leader est toujours un médecin. Les subventions obtenues ont permis de développer des projets innovants pour la promotion de la santé. Ces structures sont propices au développement de l'éducation thérapeutique et de la prévention. Les contraintes administratives ont été contournées par certaines équipes alors qu'elles semblent constituer un frein majeur au développement d'autres. Concernant les perspectives d'avenir, les soignants attendent plus de moyens, un travail sur l'articulation des parcours de soins des patients entre la ville et l'hôpital. Le rôle des futures Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) reste à définir.

Discussion : Les résultats obtenus sont concordants avec les autres travaux réalisés sur ce thème. L'organisation des soins primaires en exercice coordonné se positionne comme une des solutions aux enjeux sociaux actuels. Elle facilite la prise en charge et le suivi des patients âgés sur leur lieu de vie en permettant une meilleure collaboration et coordination entre les professionnels de santé. La communication est plus aisée, les échanges sont plus fréquents et mieux formalisés grâce aux RCP. L'organisation des visites à domicile est plus fluide avec plus de continuité. Les décisions sont prises de façon pluri-professionnelles et sont donc mieux acceptées, puis appliquées. L'aspect social, mettant souvent en difficulté les soignants, peut être géré par les réseaux gérontologiques dont les acteurs peuvent être directement intégrés dans les structures. On constate une meilleure anticipation de tous les éléments pouvant compromettre le maintien au domicile, notamment grâce au gain de rapidité avec des outils de communication tel que Globule. Tout ceci garantit une prise en charge du patient dans sa globalité, et ainsi un maintien le plus longtemps possible sur son lieu de vie.

En amont du maintien au domicile, le renforcement de l'accessibilité aux soins, le dépistage de la fragilité, les projets innovants, la prévention et l'éducation thérapeutique participent à la promotion de la politique du « bien vieillir » et favorisent donc à long terme le maintien au domicile des patients sur leur lieu de vie.

Ce nouveau mode d'exercice présente tout de même des limites. Pour être pertinent à l'échelle du territoire, et garantir une harmonisation des pratiques entre les professionnels, il doit être diffusé à l'ensemble des acteurs. Cependant, les contraintes administratives grandissantes qu'il impose, semblent être un frein au développement de nouveaux projets, ou à l'évolution de ceux déjà existants. Il n'a pas permis pour le moment d'améliorer de façon significative la communication entre les professionnels de ville et hospitaliers, ni l'articulation du parcours de patient entre la ville et l'hôpital. Certains moyens manquants aux professionnels, pourtant identifiés comme essentiels pour le maintien au domicile, n'ont pas été rendu accessibles par l'organisation d'une ESP, ou d'une MSP, ou même d'une CPTS.

Pour l'avenir, il faudra envisager un meilleur partage des informations entre les équipes pour diffuser les projets et idées innovantes sur l'ensemble de la région. La Fédération des Maisons de Santé pouvant être le vecteur. Il faudra observer attentivement le développement des CPTS sur l'ensemble de la région et tenter d'identifier les freins si les projets ne naissent pas ou n'aboutissent pas. Enfin, il faudra continuer à travailler sur l'articulation Ville-Hôpital, surtout au sein des futures CPTS, pour faciliter la communication entre les différents professionnels, fluidifier les parcours de patients et développer la télé-expertise.

Mots-clés : Exercice coordonné, Maison de Santé Pluri professionnelle, Équipe de Soins Primaires, CPTS, personnes âgées, maintien au domicile, politique de santé

Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admise 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.

Serment d'Hippocrate en langue corse

In presenza di i Maestri di sta scola, di i mo cari cundiscipuli è di puntu à a fiura d'Ippocratu, prumettu è ghjurgu d'esse fidu à e lege di l'onore è di a prubità in l'eserciziu di a medicina.

Deraghju cure di rigalu à u disgraziatu, ùn dumanderaghju mai una paga al di là di u mo travagliu. Adimessu nentru à e case, i mo ochji ùn videranu micca ciò chì si passa ; a mo lingua si tenerà i secreti ch'omu mi cunfida ; è u mo statu ùn ghjuverà nè à currompe l'usi, nè à favorizà u crimine. Rispettosu è ricuniscente di pettu à i mo Maestri, renderaghju à i so figlioli a struzzione ch'aghju ricevutu da i so babbi. Ch'elli m'accusentessinu l'omi a so stima s'o fermu fidu à e mo prumesse ! Ch'o fussi cupertu di disunore è di disprezzu da i mo cunfratelli s'o ci mancu !

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