



HAL
open science

Le vécu des médecins généralistes dans la prise en charge des patients âgés à domicile via l'utilisation de l'outil numérique de coordination Paaco-Globule

Marjorie Mathieu-Poublan

► To cite this version:

Marjorie Mathieu-Poublan. Le vécu des médecins généralistes dans la prise en charge des patients âgés à domicile via l'utilisation de l'outil numérique de coordination Paaco-Globule. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03462437

HAL Id: dumas-03462437

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03462437>

Submitted on 1 Dec 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.

Thèse pour l'obtention du

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 30 novembre 2021 par

Marjorie MATHIEU-POUBLAN

Née le 4 mai 1991 à Tarbes

Le vécu des médecins généralistes dans la prise en charge des patients âgés à domicile via l'utilisation de l'outil numérique de coordination Paaco-Globule

Sous la direction du Docteur Julie DE PERETTI

Jury

Professeur Nathalie SALLES

Présidente

Professeur Laurent MAGOT

Rapporteur et juge

Docteur Christophe JOUHET

Juge

Docteur Christophe SANS

Juge

Docteur Julie DE PERETTI

Directrice et juge

Remerciements

A Madame le Professeur Nathalie SALLES,

Professeur universitaire et praticien hospitalier, chef du pôle de gériatrie clinique du CHU de Bordeaux.

Vous me faites l'honneur de présider ce jury et je vous en remercie. Je tiens à vous témoigner mon profond respect et ma reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Laurent MAGOT,

Professeur associé au département de Médecine Générale de l'université de Bordeaux, médecin généraliste à Lons.

Je vous remercie pour tout ce que vous m'avez apporté tout au long de ma formation d'interne. Vous avez été d'une aide précieuse durant ce travail de thèse et vous m'avez fait l'honneur d'en être le rapporteur. Je tiens à vous exprimer ma sincère gratitude.

A Monsieur le Docteur Christophe Jouhet,

Maître de conférences associé au Département de Médecine Générale de l'Université de Bordeaux, médecin généraliste à Coarraze.

Je vous remercie d'avoir accepté d'intégrer ce jury de thèse et d'évaluer mon travail. Soyez assuré de mon profond respect et de ma reconnaissance.

A Monsieur le Docteur Christophe Sans,

Praticien hospitalier, chef du pôle gériatrique du centre hospitalier de Pau.

Je vous remercie de m'avoir accueillie en tant qu'interne au sein de votre service où j'ai appris à découvrir la gériatrie. Merci d'avoir accepté d'évaluer mon travail en participant à ce jury. Soyez assuré de mon profond respect et de ma reconnaissance.

A Madame le Docteur De Peretti,

Médecin généraliste à Orthez.

Merci d'avoir accepté de vous lancer dans cette première direction de thèse avec moi. Vos conseils et votre disponibilité ont été précieux à la réalisation de ce travail, je vous en suis très reconnaissante.

Aux médecins qui ont participé à ce travail de thèse, ces entretiens ont été très enrichissants. Je vous remercie pour le temps que vous m'avez accordé.

A tous mes collègues de la MSP de Garlin, merci pour votre accueil à mon arrivée. Chacun à votre manière vous avez guidé mes premiers pas de médecin libéral.

Aux copains « Lembejois » fidèles depuis de nombreuses années, nous faisons tous notre chemin mais nos retrouvailles me font toujours autant de bien.

A Diane et Eztitxu, sans qui les années de fac n'auraient jamais été les mêmes. Je suis tellement heureuse que l'on se soit trouvées.

Aux copinettes, à nos soirées animées qui se transforment maintenant en goûter révélations ! Tous ces moments sont indispensables à mon équilibre.

A Camille et Lucie, notre amitié a une place si spéciale dans mon cœur. Nous avons tout traversé ensemble, les tempêtes comme les beaux jours. Je suis fière d'avoir grandi à vos côtés. Merci pour votre présence essentielle à mes yeux.

A ma belle-famille, vous avez embarqué dans mon aventure en m'apportant soutien et bienveillance. Je vous en remercie du fond du cœur.

A ma famille, je me mesure chaque jour la chance que j'ai d'être si bien entourée. Chez nous le mot famille à un sens et vous me l'avez montré tout au long de ce parcours en me poussant vers l'avant. Cela compte énormément pour moi.

A Sandrine, ma grande sœur mais surtout mon modèle. Merci pour ces longues heures de débriefing par téléphone, tu m'apportes cette sérénité dont je manque tant. Merci d'avoir fait entrer dans nos vies Mamadou et sa bienveillance, ainsi que Malick et Eva nos rayons de soleil.

A papa et maman, vous avez travaillé si dur pour que j'arrive jusqu'ici. Ma réussite est en très grande partie la vôtre. Les mots ne suffiront pas pour vous dire toute ma reconnaissance pour ce que vous m'avez apporté et que vous m'apportez encore et toujours, inconditionnellement.

« U drin de boulentât » comme aurait dit mamie !

Et bien sûr à toi Benoit, à ton sourire, ta joie de vivre et ton optimisme à toute épreuve. Je te remercie pour toute la patience dont tu as fait preuve face à mes éternels doutes. Tu es ma moitié, mon pilier, et je me sens chaque jour plus forte près de toi. Maintenant la plus belle des aventures nous attend...

Sommaire

Remerciements	3
Sommaire	6
Sommaire des figures et des tableaux	9
Sommaire des annexes	10
Liste des abréviations	11
Préambule	13
Introduction et justification de la recherche	15
1- Le vieillissement de la population.....	15
2- Le souhait de vieillir à domicile.....	17
3- Le médecin généraliste coordinateur des soins.....	19
4- Présentation de Paaco-Globule.....	21
5- Question de recherche et objectif de l'étude.....	22
Matériel et méthodes	23
1- Choix de la méthode	23
2- Population de l'étude	23
3- Considérations éthiques de l'étude.....	24
4- Les entretiens semi-dirigés	24
5- Analyse des données	25

Résultats	27
1- Description de la population interrogée	28
2- Un outil de communication	30
a) Le lien avec l'équipe paramédicale autour du patient.....	30
b) La création d'un lien avec les acteurs sociaux	31
c) Le lien avec la plateforme territoriale d'appui Santé Landes.....	32
d) Regret du manque de lien avec l'hôpital.....	32
e) Un projet de lien avec un centre médico-psychologique.....	33
f) Le lien avec les pharmacies	34
3- Une aide à la coordination des soins autour du patient	35
a) Les médecins en difficulté face au rôle de coordinateur	35
b) Volonté de travail en équipe	36
c) Centralisation des données	38
4- Un appui dans le maintien à domicile des personnes âgées	39
a) Le maintien à domicile : difficile pour le patient et pour le médecin	39
b) Modernisation des pratiques	41
c) Limiter la perte d'informations et les erreurs de prescription	41
d) Continuité des soins	43
e) Un gain de temps : oui et non	43
5- La multiplication des informations	45
a) Des informations en quantité mais pas toujours en qualité	45
b) Des médecins déjà trop sollicités ?	46
c) Le risque de déshumanisation.....	47
6- L'impact de l'implication du praticien	48
a) Un cheminement vers Paaco-Globule d'origines diverses	48
b) Deux profils d'utilisateurs : « acteur » vs « spectateur »	50
c) Une implication nécessaire	50
d) Mais une implication parfois freinée	51
e) Une histoire de génération ?	52

7- Evaluation technique de l'outil Paaco-Globule.....	53
a) Points forts de l'outil.....	53
b) Points faibles de l'outil.....	54
c) Sécurité des données	55
Discussion	56
1- Validité interne.....	56
a) Méthode	56
b) L'échantillon.....	57
c) Les biais.....	58
2- Discussion des résultats.....	59
a) Un outil qui remplit son rôle de communication à un point près.....	59
b) La modernisation de la médecine à domicile.....	61
c) Le soutien au médecin traitant coordinateur.....	63
d) Les nouvelles technologies utiles mais envahissantes ?.....	65
e) Les axes d'amélioration.....	67
Conclusion.....	69
Bibliographie	71
Annexes	77
Serment d'Hippocrate.....	87
Résumé.....	89

Sommaire des figures et tableaux

Figure 1 : Diagramme de flux.....	27
Figure 2 : Tableau descriptif de la population interrogée	29
Figure 3 : Paaco-Globule, un outil de communication	35
Figure 4 : Paaco-Globule, une aide à la coordination autour des patients	39
Figure 5 : Paaco-Globule, un appui dans le maintien à domicile des personnes âgées	44
Figure 6 : L'impact de la multiplication des informations	48
Figure 7 : L'implication dans l'utilisation de Paaco-Globule.....	52

Sommaire des annexes

Annexe 1 : Tableau de recrutement des médecins interrogés.....	77
Annexe 2 : Trame des entretiens semi-dirigés	78
Annexe 3 : Exemple d’entretien réalisé auprès d’un médecin interrogé	80
Annexe 4 : Résultats attendus en amont du travail de thèse.....	85

Liste des abréviations

ADMR : Aide à Domicile en Milieu Rural

ARS : Agence Régionale de Santé

CLIC : Centres Locaux d'Information et de Coordination gérontologique

CMP : Centre Médico-Psychologique

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

COREQ : Consolidated criteria for Reporting Qualitative research

DAC : Dispositif d'Appui à la Coordination des parcours complexes

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

EHPA : Enquête auprès des établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

EMOG : Equipe Mobile de Gériatrie

EPPF : Equipe Proximité Prévention Fragilité (EPPF)

GIP ESEA : Groupement d'Intérêt Public E-Santé En Action

HAS : Haute Autorité de Santé

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

MAIA : Maison pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PAACO : Plateforme Aquitaine d'Aide à la Communication

PIB : Produit Intérieur Brut

PTA : Plateforme Territoriale d'Appui

RGPD : Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD)

SAAD : Services d'Aide et d'Accompagnement à Domicile

SSIAD : Services de Soins Infirmiers A Domicile

URPS : Unions Régionales de Professionnels de Santé

Je déclare, Mme Marjorie Mathieu-Poublan, ne présenter aucun lien d'intérêt avec les entreprises fabricant ou promouvant des produits de santé.

Préambule

Depuis le début de mes études, le chemin vers la médecine générale, et plus particulièrement en milieu rural, est très clairement tracé. J'y trouve une proximité particulière entre soignants et avec les patients, s'opposant à l'isolement que subissent les patients souvent éloignés des centres de santé et confrontés de plein fouet à la désertification médicale. J'ai choisi de travailler dans une maison de santé pluridisciplinaire en zone identifiée comme désert médical en tant que médecin adjoint à la fin de mon internat. Cet exercice m'a fait vite prendre conscience des difficultés de la médecine à domicile, et de ce qu'un outil comme Paaco-Globule pouvait apporter.

Ce travail de thèse est né d'une rencontre avec la directrice de thèse Dr De Peretti qui était déjà investie dans le déploiement de l'outil Paaco-Globule au sein de la plateforme territoriale d'appui du 64. Nous nous sommes questionnées sur ce que ces nouveaux outils numériques comme Paaco-Globule pouvaient amener à la pratique de la médecine générale. Et pour ce qui me concerne cela m'intéressait d'autant plus au sujet des visites à domicile qui rythment mon quotidien et qui représentent pour moi, en tant que jeune médecin, un vrai défi d'organisation.

Introduction et justification de la recherche

1- Le vieillissement de la population

ETAT DES LIEUX ET PREVISIONS

Depuis 2011, en France, le vieillissement de la population s'intensifie avec l'arrivée à 65 ans de la génération du « baby-boom » née après-guerre, d'après un rapport de l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE) de 2020 **(1)**. La part des personnes de plus de 65 ans a augmenté de 4,7 points entre 2000 et 2020. La tranche des plus de 75 ans représente en France au 1^{er} janvier 2020, près d'un habitant sur dix.

Un autre rapport de l'INSEE de 2014 **(2)**, rappelle qu'en 2012 1,17 millions de personnes âgées étaient dépendantes. Les projections pour 2060 estiment ce chiffre, pour le scénario intermédiaire, à 2,3 millions. En 2060, un tiers de la population serait âgée de plus de 60 ans, dont la moitié aurait plus de 75 ans.

Ce vieillissement de la population s'explique d'une part par le phénomène de la génération « baby-boom », mais aussi par le fait que l'espérance de vie à la naissance progresse.

Une étude de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) de 2018 **(3)**, indique que l'espérance de vie à la naissance augmente pour les hommes à 79,4 ans, et stagne pour les femmes à 85,3 ans pour les femmes. Cependant un an seulement sépare ces deux populations en ce qui concerne les années de vie sans incapacité, soit 64,5 ans pour les femmes et 63,4 ans pour les hommes. En ce qui concerne les femmes, elles vivent toujours plus longtemps mais avec plus d'incapacités.

La question du vieillissement de nos patients apparaît comme centrale pour les années à venir, à savoir de quelle façon les personnes vont vieillir et comment elles envisagent leur devenir.

DEFINIR LA PERSONNE AGE

La définition d'une personne dite « âgée » est variable selon les référentiels.

Il y a d'une part une limite d'âge qui n'est pas la même pour tout le monde. En France, par exemple avec la loi de 2016 sur l'adaptation de la société au vieillissement, cette limite est fixée à partir de

60 ans (4), alors que l'INSEE place cette barre à 65 ans (5). Il est cependant nécessaire de définir un seuil pour représenter la tranche de population dite âgée. Quelle que soit cette limite elle ne peut permettre de préjuger ni de l'état de santé des personnes, ni de leurs besoins en termes de soins.

Les gériatres, dans le livre blanc Repérage et maintien de l'autonomie des personnes âgées fragiles (6) reconnaissent en effet différentes façons de vieillir selon les facteurs influençant comme : le genre, l'histoire de vie du patient, son environnement socio-économique, le lieu de vie, etc. Eux se basent sur la population des plus de 65 ans en y associant trois notions permettant de catégoriser justement cette population en fonction de leurs besoins spécifiques :

- « Les personnes âgées en bonne santé ou robustes » qui peuvent avoir des comorbidités mais qui sont bien gérées, et qui n'ont pas d'impact que ce soit sur leur qualité de vie ou leur autonomie. Ce qui représente un peu plus de la moitié des plus de 65 ans.
- « Les personnes âgées dépendantes » qui ne sont plus capables d'assurer les activités de base de leur quotidien comme l'alimentation, la toilette, les déplacements. Les gériatres définissent la dépendance comme « l'impossibilité partielle ou totale pour une personne d'effectuer sans aide les activités de la vie, qu'elles soient physiques, psychiques ou sociales, et de s'adapter à son environnement » (7). Elle n'est donc pas directement proportionnelle à l'âge du patient, même s'il s'agit d'un facteur majoritaire. Ces personnes-là sont soit institutionnalisées dans un établissement spécialisé pour les accueillir, soit elles restent à leur domicile avec un plan d'aide les entourant pour pallier les activités qu'elles ne sont plus en capacité de réaliser seules. Elles représentent environ 10% de la population des plus de 65 ans.
- A mi-chemin entre ces deux situations, se trouve le groupe des « personnes âgées fragiles », soit entre 30 et 40% des plus de 65 ans. Cette définition se base sur cinq critères cliniques : « perte de poids involontaire, épuisement ressenti par le patient, vitesse de marche ralentie, baisse de la force musculaire et sédentarité ». « L'individu est considéré comme « fragile » s'il présente trois ou plus de ces critères ». Cette catégorie est importante à repérer car leur risque d'évolution vers une situation de dépendance est élevé. Le but est donc de pouvoir agir et faire en sorte qu'ils reviennent vers la catégorie de personnes robustes, ou en tout cas éviter tant que possible la dépendance.

2- *Le souhait de vieillir à domicile*

LE CHOIX DU MAINTIEN A DOMICILE

Comme le rappelle Bernard Ennuyer **(8)**, si l'on se réfère à l'ancien français le maintien, « du latin *manutenere* : tenir avec la main [...] signifiait soutenir, protéger, défendre, avoir sous garde ».

Certains suggèrent que le terme « maintien à domicile » n'est peut-être pas le plus approprié en interprétant ce terme comme une obligation de la personne de rester dans son domicile. Mais finalement l'idée serait plutôt de garder une stabilité dans la durée selon la définition du dictionnaire Larousse **(9)** : « faire durer quelque chose », « tenir quelque chose ferme, fixe, stable ».

La proposition de définition du maintien à domicile par B. Ennuyer est « l'expression du désir de nombreuses personnes qui ont fait le choix de demeurer dans leur domicile jusqu'au bout de leur âge et de leur vie, c'est-à-dire qu'elles ont souhaité continuer à vivre et mourir chez elles ». Cette définition rend à la personne cette volonté de se maintenir chez soi tant que cela sera possible et de tout faire pour que ça le soit. Le maintien au domicile pour la personne devenant dépendante est une façon de conserver son intimité, son unicité et sa liberté.

Pour ce qui est de cette volonté de rester et vieillir chez eux, les Français, en grande partie, souhaitent faire ce choix. « En 2017, deux tiers des Français n'envisagent pas de vivre, plus tard, dans un établissement pour personnes âgées » d'après un rapport DREES de mai 2020 **(10)**. Cela équivaut à une augmentation de 11 points par rapport à l'année 2004, et de manière encore plus marquante dans la tranche d'âge 50-64 ans avec une augmentation de 17 points. « Les plus de 65 ans sont 60% à ne pas souhaiter vivre en établissement ».

D'après l'enquête de 2015 auprès des établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) de la DREES également **(11)** : « en France, fin 2015, 728 000 personnes fréquentent un établissement pour personnes âgées ou y vivent, soit 10% des personnes âgées de 75 ans ou plus et un tiers de celles âgées de 90 ans ou plus ». Cela signifie qu'actuellement la majorité des personnes âgées vivent à domicile, et qu'il faut les accompagner. Et si les tendances se confirment le travail autour du maintien à domicile des patients sera d'autant plus important. Mais pour que cela soit possible il faut que toutes les conditions soient réunies, aussi bien pour la personne que son aidant, et que cela dure dans le temps.

LES FREINS DU MAINTIEN A DOMICILE

Un rapport de la Haute Autorité de Santé (HAS) de 2015 **(12)** révèle avec l'augmentation de l'espérance de vie à la naissance, une augmentation de situations de polyopathie, soit la présence simultanée de plusieurs maladies chroniques. Cela pose le problème de la polymédication de ces patients qui sont exposés à des risques accrus d'effets indésirables. Tout ceci aboutit à un risque de fragilité voire de dépendance. Ces situations peuvent mêler à la fois la complexité de l'état de santé du patient avec le contexte psychologique et social dans lequel il évolue, d'où les difficultés de gestion de ces patients à domicile.

Cette complexité a aussi un impact économique sur notre société. L'augmentation potentielle du nombre de personnes dépendantes dans les années à venir représente un risque de fragilisation de notre système de santé par la complexité des prises en soins mais aussi par le coût que cela engendre. En France en 2014, le coût de la dépendance était évalué à 30 milliards d'euros en 2014 en France soit 1,4 points de produit intérieur brut (PIB). Il « augmenterait très fortement d'ici à 2060 pour atteindre 2,07 points de PIB, et la dépense totale doublerait presque à 2,78 points de PIB » d'après un article de 2017 paru dans la revue Etudes & Résultats **(13)**.

L'idée des politiques de santé menées à l'échelle nationale comme à l'échelle mondiale depuis quelques années, est de repérer le point de bascule que représente l'état de « fragilité » afin d'œuvrer pour permettre au patient de ne pas glisser vers la dépendance.

En 2017, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a confié la mission au centre Gérontopôle de Toulouse, sous la direction du Pr Vellas, de travailler sur la fragilité et la recherche clinique, dans le cadre de la stratégie mondiale « Vieillir en bonne santé » **(14)**. Le but est d'arriver à leur objectif fixé de : « diminuer de 15 millions le nombre de personnes âgées dépendantes, d'ici à 2025 ».

DES HOSPITALISATIONS PARFOIS DELETERES

Le rapport de l'atelier 10 de 2019 **(15)** révèle qu'un patient sur huit hospitalisé a plus de 80 ans. Le mode d'entrée en hospitalisation se fait à 46% via les urgences. Ce rapport révèle également qu'« après une sortie d'hospitalisation, seuls 50% des patients récupèrent leur état fonctionnel de base, 33% dans les 6 mois après leur sortie et 14% à 1an ».

La Haute Autorité de Santé en 2018 **(16)** décrit un état de dépendance qui peut s'installer au détour d'une hospitalisation. Cela peut être consécutif à la pathologie qui a touché le patient, ou de son état de santé avant l'hospitalisation. Mais cette dépendance peut aussi venir des soins prodigués et

de l'environnement hospitalier qui ne répondent pas aux besoins de la personne. C'est ce qui est appelé : « dépendance iatrogène ». Les causes principales sont : le syndrome d'immobilisation avec une fonte musculaire rapide, la confusion, les chutes, la dénutrition, l'incontinence urinaire et les effets indésirables médicamenteux.

Pour éviter cela, les équipes de soin doivent rester vigilantes et savoir s'adapter aux besoins du patient. Le lien entre la ville et l'hôpital est primordial pour organiser un retour à domicile au bon moment, afin d'éviter de faire durer une hospitalisation où des événements en cascade viennent encore plus déstabiliser le patient. Mais il faut que cela soit fait dans de bonnes conditions, avec un plan d'aide optimal pour éviter une ré-hospitalisation précoce du patient, qui pourrait être évitable et qui risque de remettre le patient dans ce cercle vicieux.

3- Le médecin généraliste coordinateur des soins à domicile

L'organisation à trouver pour un maintien à domicile dans de bonnes conditions, nécessite de regrouper des professionnels très variés aussi bien du champ médical, paramédical que psychosocial.

Il existe de nombreux services d'aide, et professionnels de santé (infirmiers libéraux, aides-soignants, auxiliaires de vie, kinésithérapeutes...) qui procurent des soins au domicile du patient. Cette prise en charge ne peut être optimale que si un lien est établi entre les différents acteurs et avec le médecin généraliste qui suit le patient, afin d'être réactif en cas de problème. Le médecin généraliste est la pierre angulaire du maintien à domicile et doit trouver des systèmes lui permettant d'assurer la coordination des acteurs pour une bonne prise en soin au domicile.

La coordination des soins est définie par la HAS (17) comme « l'organisation délibérée des activités de soins à un patient entre plusieurs acteurs du système de santé. Elle implique la mobilisation de personnels et d'autres ressources nécessaires à la prise en charge du patient et est souvent gérée par l'échange d'informations entre les participants responsables de différents aspects des soins ». L'idée est de « permettre au patient de bénéficier de la bonne réponse au bon endroit et au bon moment ». Cette définition de la coordination suggère donc une harmonisation des pratiques autour du patient. Les professionnels en question doivent être impliqués dans la prise en charge des patients, ils se doivent de communiquer entre eux pour garantir que chacun puisse faire sa part du travail correctement. Cela sous-entend également que chacun connaisse les ressources possibles, son rôle propre et le rôle de chacun des acteurs.

Pour que cet équilibre puisse être trouvé, le médecin généraliste dit médecin traitant, s'est donc vu renforcer son rôle de coordinateur en 2016 depuis l'article L4130-1 du code de santé publique **(18)**. Il se doit entre autres « d'orienter ses patients, selon leurs besoins » et « s'assurer de la coordination des soins nécessaires à ses patients ».

Dans un rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) de 2014 **(19)** visant à évaluer la coordination des soins, il a été mis en évidence que de nombreuses structures d'aide à domicile avaient été créées et se sont multipliées au fur et à mesure des années. Le problème est que chacune est spécialisée dans un domaine voire une pathologie spécifique. Ainsi, les prises en soin sont ciblées sur une partie du problème, au lieu d'être globales, c'est-à-dire médico-psycho-sociales. Cela aboutit à une complexification du paysage de ressources possibles autour du patient, sans aucune communication entre ces différentes structures ni avec le personnel soignant intervenant, notamment le médecin traitant.

La conclusion de ce rapport a été d'une part, de replacer le médecin traitant au centre de la coordination des soins : « confier au médecin de premier recours, et à lui seul, la décision du déclenchement de la coordination, au cas par cas », « assurer la cohérence de la coordination ». Le médecin traitant est le seul à pouvoir actionner ces aides, ce qui permet d'évaluer au mieux les besoins du patient.

Cette fonction de coordination n'est pas facile à réaliser et les médecins généralistes ont longtemps manqué de formation à ce rôle durant leur cursus universitaire. Il semblerait que ce soit l'expérience sur le terrain qui permettait aux médecins de connaître les possibilités qui les entouraient dans leur secteur, et qu'ils activaient au besoin pour leurs patients. Cela devrait s'améliorer pour les générations de médecins à venir pour qui ce thème est plus souvent abordé pendant leur formation. Dans ce sens un outil d'aide à la coordination peut devenir un outil utile au médecin traitant, une aide dans sa pratique quotidienne, permettant d'organiser une équipe de soin autour du patient à son domicile et même à distance.

4- Présentation de l'outil Paaco-Globule

Paaco-Globule a été développé en 2012 par l'agence régionale de santé (ARS) Nouvelle Aquitaine, en lien avec la société de GIP ESEA Nouvelle-Aquitaine chargée de son déploiement **(20)**.

L'idée initiale était de créer un outil permettant de mettre en lien tout le réseau d'acteurs de santé gravitant autour d'un patient. Cela concerne aussi bien les soignants intervenant à domicile (médecins, infirmiers, services d'aide à la personne etc...), que les pharmacies, les acteurs sociaux, voire l'hôpital. Le but est d'arriver à « une coordination décloisonnée des parcours et un maintien à domicile sécurisé ».

Cette interface reprend les mêmes codes que celles des réseaux sociaux que nous connaissons actuellement, permettant une communication instantanée entre professionnels de santé au sujet d'un patient suivi en commun.

Paaco-Globule peut s'apparenter à une sorte de « Facebook » version médicale avec le médecin qui a accès à son profil ainsi qu'à ceux de ses patients. Pour chacun d'entre eux une discussion peut être lancée avec tous les acteurs de soin le concernant et faisant partie de son équipe de soin.

Cette notion d'équipe de soin est importante : elle est décrite dans la charte de recommandations de bonnes pratiques de l'usage de Paaco-Globule en Nouvelle Aquitaine **(21)**.

Elle regroupe un ensemble de personnes qui participent à la réalisation des actes de soin auprès du patient, soit en travaillant dans la même structure de soin, soit en étant désignées par le patient comme appartenant à l'équipe de soin. Un accord verbal du patient est alors suffisant pour avoir accès à son dossier. Dans le cas contraire, si les personnes ne font pas partie de ce qui est considéré comme l'équipe de soin du patient, un consentement écrit doit être recueilli auprès du patient pour y accéder.

Cette fonction de coordination via un outil numérique est régie par la loi de LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé **(22)**. Et l'utilisation de ces données médicales personnelles sont protégées par le règlement général sur la protection des données (RGPD).

Les différents professionnels ont alors accès à plusieurs onglets comme le journal de bord du patient permettant de soumettre des notifications à leurs collègues. Un système d'alerte à définir par l'auteur du message peut être gradué selon le niveau d'importance du message. Ils peuvent également intégrer l'agenda du patient avec ses différents rendez-vous, le bilan médicamenteux du pharmacien et la documenthèque avec les documents médicaux du patient (courriers, bilans biologiques...).

5- Question de recherche et objectif de l'étude

Une thèse réalisée par Ameli Laurens en 2016 **(23)** abordait déjà le sujet de l'utilité de Paaco-Globule dans le cadre des soins palliatifs et de la fin de vie à domicile. L'utilisation de Paaco-Globule prenait alors tout son sens dans le lien créé entre le médecin généraliste s'occupant du patient et l'équipe soignante autour du patient.

La possibilité de l'extension de cette organisation au-delà du cadre de la fin de vie paraissait donc intéressante afin que cette facilité de transmission de l'information puisse bénéficier à l'ensemble des patients à domicile.

La question de recherche de notre étude était : quel est le ressenti des médecins généralistes de la prise en charge de leurs patients âgés à domicile via l'utilisation de l'outil numérique de coordination Paaco-Globule ?

L'objectif principal était d'évaluer le vécu des médecins généralistes de l'utilisation de Paaco-Globule dans la prise en charge des patients âgés à domicile.

Deux objectifs secondaires en découlaient, déterminer les avantages et inconvénients que retirent les médecins généralistes de l'utilisation de Paaco-Globule dans la prise en charge des patients âgés à domicile et déterminer si cet outil favorise leur travail de coordinateur.

Méthode

1- Choix de la méthode

Pour pouvoir atteindre l'objectif de l'étude, nous avons fait le choix d'une étude qualitative par entretiens semi-dirigés.

2- Population de l'étude

Les participants à l'étude étaient des médecins généralistes installés dans le sud de la région Aquitaine, les Pyrénées Atlantiques et les Landes.

Les critères d'inclusion étaient :

- Être médecin généraliste installé depuis au moins un an
- Être utilisateur du logiciel Paaco Globule depuis au moins 6 mois

Le critère d'exclusion était :

- Les médecins généralistes salariés d'une institution comme les EHPADs, n'ayant pas à prendre en charge les patients à leur domicile

La taille de l'échantillon n'était pas fixée à l'avance mais était dépendante du nombre d'entretiens nécessaire pour atteindre la suffisance. C'est-à-dire lorsque le phénomène exploré était suffisamment décrit et caractérisé.

Les médecins ont été recrutés selon la méthode « boule de neige ». Concrètement la directrice de thèse a donné 3 noms de médecins correspondant aux critères d'inclusion cités ci-dessus, et à chaque médecin interrogé le même processus se répétait en leur demandant également 3 noms de médecins pouvant potentiellement entrer dans ces critères et susceptibles de répondre aux entretiens (Cf annexe 1 : tableau de recrutement des médecins).

3- Considérations administratives et légales

Ce travail de thèse a été déclaré auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) et validé le 11 août 2020 en respectant la procédure légale nécessaire.

4- Les entretiens semi-dirigés

ELABORATION DE LA GRILLE D'ENTRETIEN

Une grille d'entretien a été élaborée pour servir de trame à la réalisation des entretiens et assurer une cohérence entre les différents entretiens menés.

Ce guide a été auparavant testé auprès de 2 médecins généralistes afin d'affiner les questions qui allaient leur être posées, de le modifier en fonction des remarques émises par ces médecins et de faire émerger le questionnaire final (Cf annexe 2). Cette trame comprenait des questions de relance permettant de reformuler les questions et de relancer la discussion si jamais cela était nécessaire.

Dans une courte introduction l'objectif de l'étude était rappelé aux médecins interrogés. Il leur était précisé que les entretiens étaient enregistrés, puis seraient retranscrits et anonymisés afin de pouvoir être analysés.

Un consentement écrit était préalablement demandé et recueilli auprès du médecin interrogé leur indiquant ces mêmes éléments comme cela est prévu par le Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD).

L'entretien débutait avec 5 questions ouvertes. La première était volontairement très large pour laisser libre court à la réponse du médecin et laisser émerger le plus d'idées spontanées. Puis plusieurs axes étaient ensuite ciblés : les motivations du médecin à s'intéresser à Paaco-Globule, les avantages et inconvénients qui découlent de cette utilisation, l'impact sur leur pratique à domicile, et leur satisfaction ou non à l'utilisation de Paaco-Globule.

L'entretien se terminait par des questions socio-démographiques comprenant : l'âge du médecin, sa date d'installation, son mode d'exercice, le type d'activité (seul ou en groupe) et si le logiciel était partagé dans le cabinet, la zone d'activité (rurale, semi rurale, urbaine), si le médecin était maître de

stage universitaire ou pas, la date de début d'utilisation de Paaco-Globule, son rythme d'utilisation (quotidien, hebdomadaire, mensuel), et le nombre de patients dans leur file active de Paaco-Globule.

RECUEIL DES DONNEES

Les entretiens se sont déroulés durant la pandémie de COVID-19, les rendez-vous téléphoniques ont été préférés aux entretiens en face à face, d'un point de vue sanitaire d'abord et organisationnel ensuite du fait du confinement mis en place et la nécessité de limiter les déplacements, ce qui convenait également aux médecins sollicités.

Les entretiens ont été enregistrés simultanément via l'application d'enregistreur vocal intégrée à un ordinateur portable et celle d'un Iphone.

5- Analyse des données

Les entretiens ont été fidèlement retranscrits mots-à-mots sur fichier Word (Cf annexe 3), sur les bases des entretiens enregistrés, constituant le verbatim analysé ensuite en 3 étapes.

L'analyse a été effectuée en suivant une méthode de recherche qualitative qui est l'analyse phénoménologique interprétative. Il s'agit d'une méthode inductive qui se base sur des données recueillies à partir de la description d'une expérience vécue. L'idée est de faire émerger un sens à partir des éléments recueillis directement sur le terrain.

L'interprétation des données a été réalisée à travers un codage phénoménologique. Cela passait, dans un premier temps, par l'annotation du verbatim après avoir fait une première lecture. Cela permettait d'étiqueter les concepts que l'on pouvait faire ressortir des entretiens en essayant d'être le plus complet possible.

Un double codage a été réalisé par un autre médecin généraliste dans le même temps, afin de pouvoir confronter les données, et d'en tirer une interprétation commune. Dans le cas contraire, un troisième codage était demandé à la directrice de thèse. Il s'agit de la triangulation.

L'étape suivante consistait à faire émerger les thèmes à partir des annotations détaillées préalablement, en les rassemblant selon un sens ou idée commune.

La dernière étape consistait à rechercher les liens entre les différents thèmes mis en avant, en abandonnant l'ordre chronologique dans lequel ils étaient apparus dans le verbatim. A cette étape certains thèmes ont pu être conservés ou écartés en fonction de l'importance donnée par le ou les participants. L'objectif était de mettre en lumière les thèmes principaux et de comprendre comment les articuler les uns par rapport aux autres.

Ces analyses successives ont été réalisées en utilisant un tableur Excel.

Résultats

Au total 28 médecins ont été sollicités pour participer à ces entretiens.

- ⇒ 14 n'ont pas donné de réponse malgré plusieurs relances ou n'ont pas souhaité participer à ce travail.
- ⇒ 2 médecins ont été exclus à la suite d'une discussion préalable servant à vérifier les critères d'inclusion : un n'était pas utilisateur de Paaco-Globule, l'autre était un médecin remplaçant non installé.
- ⇒ Finalement 12 médecins ont participé. Les douze entretiens ont été menés de septembre 2020 à février 2021. Ils ont été enregistrés, anonymisés et numérotés de E1 à E12.
- ⇒ Sur les 12 entretiens, 11 ont pu être analysés après avoir exclu le premier entretien dont l'enregistrement n'était pas utilisable.

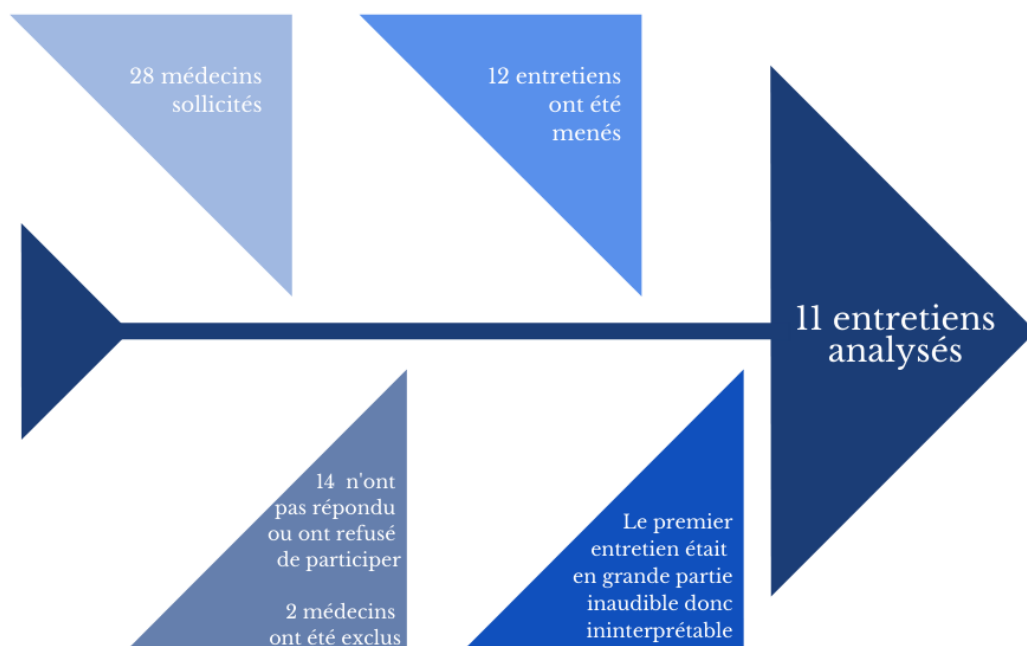


Figure 1 : Diagramme de flux

Les entretiens ont été arrêtés au bout du 12^{ème} devant la suffisance des données recueillies. Le cadre explicatif était alors satisfaisant pour permettre la description de l'expérience étudiée.

Les deux derniers entretiens menés n'avaient pas amené d'éléments nouveaux à explorer.

La durée moyenne des entretiens était de 17 minutes et 30 secondes (allant de 10 à 25 minutes).

1- Description de la population interrogée

Figure 2 : Tableau descriptif de la population interrogée

Médecin interrogé	Sexe	Age	Date d'installation	Mode d'activité	Logiciel partagé	Zone d'activité	Maître de stage universitaire	Début d'utilisation de Paaco-Globule	Fréquence d'utilisation	Nombre de patients dans la file active
1	Femme	/	/	/	/	/	/	/	/	/
2	Femme	57	1992	Groupe	Oui	Semi-rurale	Oui	1 an et demi	Hebdomadaire	40
3	Femme	46	2003	Groupe	Oui	Rurale	Non	5 ans	Quotidienne	79
4	Homme	44	2011	Groupe	Oui	Rurale	Non	4 ans et demi	Hebdomadaire	45
5	Femme	46	2005	Groupe	Oui	Semi-rurale	Oui	2 ans et demi	Quotidienne	24
6	Homme	50	2002	Groupe	Oui	Semi-rurale	Non	4 ans	Hebdomadaire	31
7	Homme	32	2017	Groupe	Non	Semi-rurale	Non	2 ans	Quotidienne	10
8	Homme	51	2001	Groupe	Oui	Semi-rurale	Oui	1 an	Mensuelle	20
9	Femme	32	2017	Groupe	Oui	Semi-rurale	Non	9 mois	Quotidienne	20
10	Homme	40	2013	Groupe	Oui	Semi-rurale	Oui	2 ans	Quotidienne	55
11	Homme	33	2019	Groupe	Oui	Semi-rurale	Non	1 an et demi	Hebdomadaire	20
12	Femme	33	2020	Groupe	Oui	Semi-rurale	Non	1 an et demi	Quotidienne	30

2- Un outil de communication

a) LE LIEN AVEC L'EQUIPE PARAMEDICALE AUTOUR DU PATIENT

Les entretiens menés ont permis de mettre en évidence les différents liens créés par les médecins utilisateurs avec les professionnels de santé intervenant auprès des patients.

Le lien avec les infirmières libérales, elles-mêmes utilisatrices de Paaco-Globule, était systématiquement cité par les médecins interrogés. Elles représentaient, selon eux, les interlocuteurs essentiels des médecins pour la mise en place des soins à domicile. Paaco-Globule pouvait renforcer ce lien important en facilitant encore plus la communication déjà en place entre eux. Il permettait une transmission dense et variée d'informations. Paaco-Globule n'était pas forcément un moyen de communication exclusif, les médecins gardaient en parallèle leurs habitudes mais cela venait compléter leur manière de communiquer.

E7 : « Et je dois dire que moi ça a pas mal changé ma façon de communiquer avec les infirmiers c'est surtout ça.... Et moi c'est surtout pour communiquer avec les infirmiers, c'est essentiellement à ça que ça me sert. »

E2 : « Les cabinets infirmiers ici il y a en a qui communiquent très très bien [sous-entendu avec Paaco-Globule] et avec qui ça se passe très très bien, d'autres peut être un peu moins euh... Peut-être moins fluide pour d'autres. »

E12 : « Alors on se sert de ça mais je ne dirais pas principalement, parce qu'on a des groupes whatsapp [...] avec les cabinets infirmiers. »

Un médecin a noté l'intérêt de Paaco-Globule pour communiquer avec les cabinets infirmiers qu'il connaissait moins dans son secteur. Paaco-Globule pourrait permettre de « rapprocher » les professionnels se connaissant moins bien, ou avec qui la communication était moins fluide, si ce n'est physiquement au moins virtuellement.

E9 : « En fait on a 2 cabinets infirmiers dans notre maison médicale avec qui on échange très facilement sur whatsapp ou comme ça. C'était juste pour échanger avec les autres cabinets infirmiers du secteur. »

Ces échanges permettraient de diffuser toutes sortes d'informations concernant les soins, aussi bien des comptes-rendus, des ordonnances, des photos, etc. Tout ce qui pouvait participer à la création de la chaîne de soin dans de bonnes conditions pour chacun des acteurs en partageant un maximum d'informations.

E5 : « Les infirmiers y mettent toutes les ordonnances, on y met aussi tous les protocoles de pansements, on met des photos. »

E12 : « on marque un petit mot pour noter les changements au niveau de l'ordonnance, s'il y a des bilans à faire, comment on a trouvé le patient. »

Un médecin évoquait l'expérience qui était mise en place dans son cabinet d'utilisation de Paaco-Globule pour les transmissions avec l'infirmière ASALEE. Cela montrait selon lui, la possibilité d'extension de l'utilisation de cet outil de différentes manières, toujours en vue d'améliorer la prise en charge des patients.

E5 : « donc on a aussi décidé que pour tous les patients qu'elle voit elle dans le cadre de son activité ASALEE, elle allait créer un dossier globule pour qu'elle puisse nous renvoyer des infos via globule. »

Paaco-globule permettait de mettre en relation le médecin avec les services de soin à domicile comme les SSIAD, SAAD, ADMR, etc, pour lesquels, par contre, il n'y avait pas de lien auparavant.

E6 : « avec les SSIAD avec ces choses-là, Bon on connaît mais ça restait quelque chose de l'ordre du verbal. »

b) LA CREATION D'UN LIEN AVEC LES ACTEURS SOCIAUX

Les médecins qui avaient accès à un lien avec les acteurs sociaux semblaient unanimes sur les avantages que cela leur apportait. Ils s'accordaient sur le fait qu'auparavant ils n'avaient pas l'habitude de recevoir de retours de la prise en charge de leurs patients sur le plan social ou alors de manière très ponctuelle.

E6 : « Avant je n'avais aucun contact si tu veux avec l'assistante sociale sauf quand il y avait un problème et que je faisais passer le dossier d'APA, enfin les trucs à remplir, mais ça n'allait pas au-delà quoi. »

E11 : « Nous les liens sociaux, enfin les contacts directs avec les tutelles par exemple, des choses simples. Ne serait-ce que oui les gens sous tutelle, faire un lien avec les tutelles, enfin des petites choses qu'on a besoin en médecine générale. En effet Paaco permet de centraliser. »

Paaco-globule semblait apporter un lien durable avec les acteurs sociaux intervenant auprès des patients à domicile. Les médecins pouvaient ainsi suivre en plus des éléments médicaux, l'évolution sociale de leurs patients en fonction des demandes.

E8 : « Disons qu'on peut avoir accès à ces informations sur le plan social donc pour suivre le dossier de notre patient. »

c) LE LIEN AVEC LA PLATEFORME TERRITORIALE D'APPUI DANS LES LANDES

Les deux médecins interrogés qui étaient installés dans le sud du département des Landes, avaient une pratique particulière de Paaco-globule. Cela leur permettait une liaison directe avec leur plateforme territoriale d'appui Santé Landes. Ils appréciaient ce lien qui, selon eux, simplifiait les prises en charge complexes de mise en place d'un plan d'aide, et améliorait le lien avec les familles. Une fois que le médecin avait passé le relais à la plateforme territoriale d'appui c'est l'infirmière coordinatrice qui le délestait du travail de coordination des soins. Le médecin restait bien sûr informé via Paaco-Globule de l'évolution de la situation et avait accès à une vision globale du patient.

E3 : « C'est-à-dire dès qu'il y a besoin de mettre en place des aides à domicile. Et ce qui me permet effectivement d'avoir le soutien des équipes de santé landes, voilà, qui du coup rappellent les familles et s'occupent de gérer la mise en place des dossiers, des APA, des dossiers d'autres services d'aide. »

E4 : « Enfin j'appelle santé Landes [...]. C'est la plateforme téléphonique. Donc voilà on appelle ça en général et on couple ça à un petit message et puis comme ça tout le monde voit la problématique. »

d) REGRET DU MANQUE DE LIEN AVEC L'HOPITAL

Le constat général concernant le lien avec l'hôpital était qu'il restait très anecdotique voire quasi inexistant.

On notait une attente forte de la part des médecins interrogés, que ce soit pour transmettre des données dans de bonnes conditions, ou pour pouvoir recevoir des informations en retour. Cela paraît révélateur du fossé présent entre la médecine de ville et l'hôpital.

E5 : « Ça alors ça serait la cerise sur le gâteau mais pour l'instant je n'ai pas l'expérience de ça du tout, ni avec l'hôpital, ni avec des structures extérieures. »

E10 : « J'ai l'espoir qu'eux utilisent Paaco-Globule quand ils reçoivent un de mes patients à moi quoi un truc comme ça. C'est-à-dire qu'ils puissent l'utiliser pour prendre en charge les choses. »

Pour un des médecins, cette possibilité d'interactions faisait partie des raisons de l'utilisation de Paaco-Globule. Il racontait des difficultés ressenties, notamment lors des retours d'hospitalisations complexes. Pour lui le médecin traitant pourrait se retrouver démuné pour prendre le relais lorsqu'il n'a pas toutes les informations en main du fait de ce manque de communication.

E7 : « L'hôpital devait rentrer dans le jeu, c'est comme ça que ça m'avait été vendu au départ. En fait moi on m'a demandé « quelles sont vos attentes par rapport à l'hôpital qui doit utiliser ça ? », j'ai dit « écoutez moi j'aimerais dès que le patient revient du domicile avoir au moins une synthèse sans attendre une semaine ou dix jours d'avoir le courrier de sortie. »

Certains services évoqués utilisaient Paaco-Globule en particulier les EMOG, les services de plaie et cicatrisation et certains services de gériatrie. Mais cela restait ponctuel dans tous les entretiens menés.

E3 : « par exemple l'hôpital de Saint Sever l'utilise, ils font passer leur courrier par cet intermédiaire donc on peut savoir qu'un patient est transféré d'un service à un autre, on peut avoir des résultats d'examen. Ils mettent sur l'outil. »

e) UN PROJET DE LIEN AVEC UN CENTRE MEDICO-PSYCHOLOGIQUE (CMP)

Plusieurs médecins d'un même secteur évoquaient un potentiel lien avec le CMP local dans les semaines à venir. En effet, cette demande a été impulsée par eux même, pour répondre à leurs propres besoins.

E7 : « Oui nous c'était vraiment notre demande, on était 2 ou 3 à en faire la demande » ... « Et en fait franchement ils se sont rendu compte que c'était le moyen de communiquer le plus facile avec le libéral. »

L'efficacité de ce lien n'a pas pu être évaluée puisqu'ils n'avaient pas commencé au moment où les entretiens ont été menés. Mais l'attente était forte de la part des praticiens afin de pallier un manque de communication important ressenti par les médecins, avec ses structures de soin.

E9 : « alors ça ce sera à voir la semaine prochaine mais je crois qu'il y a le CMP de Cambo qui veut aussi rentrer dans l'histoire de Paaco pour pouvoir avoir des échanges un peu plus rapides et faciles avec les infirmières psy et le psychiatre du secteur avec qui on travaille beaucoup. »

f) LE LIEN AVEC LES PHARMACIES

Un seul médecin rapportait un lien établi avec les pharmacies de son secteur d'activité et qui semblait lui apporter satisfaction, en transmettant directement les ordonnances via l'application Paaco-Globule de manière sécurisée.

E2 : « La communication avec les pharmacies ça c'était super. Eux ils sont hyper performants, top. » [...] « Et c'est très intéressant de fonctionner avec ça pour les pharmacies puisque c'est sécurisé. »

Ce lien avec les pharmacies faisait également partie des attentes formulées par les médecins pour améliorer la prise en charge de leurs patients à domicile. D'une part cela permettrait de transmettre l'ordonnance des patients ne se déplaçant plus jusqu'à la pharmacie. Et d'autre part cela sécuriserait la transmission des données.

E10 : « Donc si la pharmacie se mettait à Paaco-Globule je pourrais directement télétransmettre les ordonnances et auquel cas ils pourraient préparer directement les médicaments en conséquence »

E9 : « l'avantage qui avait été évoqué du coup quand il avait fait sa présentation le commercial c'était avec les pharmacies aussi mais ça encore une fois je ne l'ai pas encore vu. »

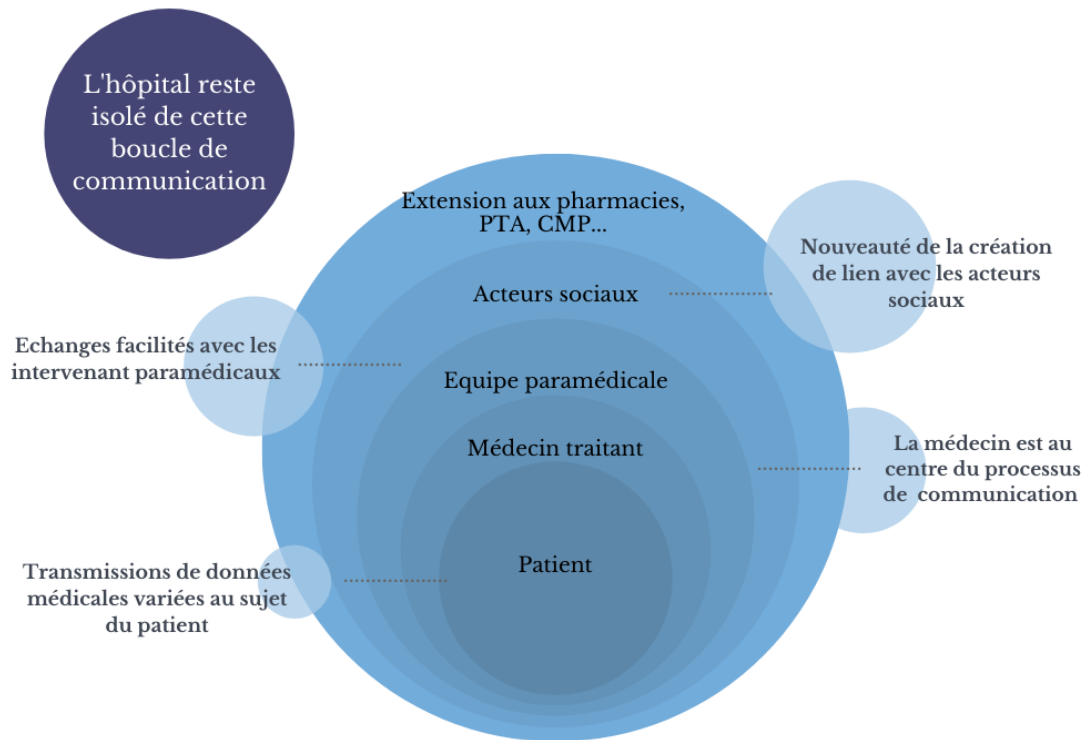


Figure 3: Paaco-Globule un outil de communication

3- Une aide à la coordination autour du patient

a) LES MEDECINS EN DIFFICULTE FACE AU ROLE DE COORDINATEUR

Ces entretiens ont permis de mettre en lumière des difficultés, voire une certaine souffrance ressentie par les médecins généralistes interrogés face à leur rôle de coordinateur des soins. Le fait de devoir organiser les soins autour du patient et de s'assurer du bon fonctionnement du dispositif était perçu comme une charge importante.

E11 : « On nous demande un partage et être le pilier de la coordination des soins mais ce n'est pas si facile que ça pour bien le faire. »

Cette fonction de coordinateur englobant le volet social prend peut-être une part trop importante dans le travail, selon un médecin interrogé.

E4 : « Notre travail est très social aussi mais il n'y a pas que ça. »

Certains d'entre eux évoquaient clairement la solitude dans laquelle pouvait se trouver le généraliste essayant de remplir ce rôle-là, cherchant des interlocuteurs ou des réponses sans toujours y arriver.

E4 : « parce que voilà c'est chronophage d'appeler tous les instituts sociaux, d'appeler les services, le CLIC, machin, l'ADMR, ... Je l'ai eu beaucoup fait mais voilà ça prend un temps fou. Et puis on se sentait très seul, moi je me sentais très seul là-dedans. »

Une autre difficulté évoquée était le fait de ne pas bien connaître le plan d'aide déjà en place chez leurs patients. Les médecins avaient habituellement peu de liens avec les différentes structures intervenant au domicile des patients. Ils pouvaient se sentir un peu perdus entre ces différents intervenants, et ignoraient souvent ce que ces différents acteurs réalisaient auprès de leurs patients.

E5 : « Honnêtement il y a parfois des patients où on ne sait pas, on ne sait pas trop comment est le plan d'aide. »

Enfin les médecins notifiaient également que ces difficultés pouvaient être majorées du fait de la pression qu'ils pouvaient ressentir face aux demandes des familles. Il y avait parfois une grande différence entre ce qu'avait pensé mettre en place le médecin, ce que voulaient le patient et sa famille et ce qui était réalisable en pratique. Ce poste de coordinateur devait donc s'articuler autour des souhaits du patient et des familles.

E3 : « On a besoin dans toutes ces situations-là d'être à plusieurs pour arriver parfois à convaincre et à contenir les familles. Parce que bon il y a tout ce contexte de familles avec les enfants qui voient les choses de façon différente et quand on est à plusieurs on est plus fort c'est comme ça. Voilà. »

b) VOLONTE DE TRAVAIL EN EQUIPE

Les médecins appréciaient de pouvoir recréer un travail d'équipe à travers Paaco-Globule. Comme dit précédemment la pratique de la médecine générale peut être assez solitaire. Et cette solitude semblait être pesante pour les médecins. Selon eux, Paaco-globule leur permettait de retrouver une sorte de fonctionnement d'équipe virtuelle, dans le sens où les décisions pouvaient être partagées, et les informations importantes vite diffusées.

E2 : « Alors oui après je peux faire des petits comptes-rendus après une consultation quand il y a eu des soucis particuliers pour certains patients que je suis avec la famille, donc ça peut permettre de faire le point avec l'équipe. »

Il semblerait que pour un des médecins interrogés, ce travail en équipe apportait un certain confort dans sa pratique et contribuait justement à effacer cette solitude ressentie.

E3 : « dans ces situations là l'union fait la force [...] On n'est pas seul on peut discuter en équipe, se soutenir. »

D'ailleurs certains médecins paraissaient s'être investis dans le déploiement de cet outil auprès des professionnels de santé avec lesquels ils travaillaient habituellement, afin de renforcer ce réseau déjà en place à travers Paaco-Globule.

E10 : « Et bon an mal an j'ai pris contact et j'ai réussi à le faire accepter à peu près à toute l'équipe. »

Il faut souligner également que dans d'autres entretiens cette demande d'utilisation de Paaco-Globule semblait émaner des infirmiers eux même. Ils avaient eux aussi besoin de leur côté d'améliorer la communication avec le médecin traitant des patients qu'ils prenaient en charge et de pouvoir le joindre rapidement en cas de problème. Certains ont choisi cet outil comme logiciel commun afin de mieux communiquer autour des patients.

E7 : « Voilà un patient qui ne va pas bien, les infirmières elles ne galèrent pas à nous joindre. Il n'y a pas d'excuse du « je n'ai pas vu ton message » « je n'ai pas écouté ton message ». On reçoit les infos en direct, et c'est vrai dans les deux sens. »

Paaco-Globule favoriserait la communication dans les deux sens entre médecins et infirmiers, dans le but d'améliorer la prise en charge des patients et de ne pas passer à côté d'informations importantes.

E2 : « Et donc tout ce qui peut permettre d'améliorer la communication, parce que bon, quand on doit y perdre du temps à essayer de joindre tous les acteurs de santé au téléphone c'est quand même une problématique. »

c) CENTRALISATION DES DONNEES

Paaco-globule permettrait de regrouper en un seul outil le plus de données possibles autour d'un même patient, que ce soient des données médicales ou sociales.

E5 : « Donc ça c'est un autre avantage aussi d'avoir une vision un peu plus globale de l'équipe de soin du patient. »

Il serait alors plus facile de suivre le plan d'aide mis en place à domicile et de le modifier si nécessaire. En effet, comme dit précédemment, plusieurs médecins avouaient ne pas maîtriser le plan d'aide en place chez leurs patients, en cela Paaco-Globule semblait leur apporter un appui en centralisant toutes ces données au même endroit.

E6 : « je jette un œil dans la file et puis je vois que oui elle est à tel SSIAD... C'est assez sympa. Je sais à peu près ce qu'il se passe quoi. »

Les médecins avaient pour cela à disposition le répertoire des intervenants à domicile afin de discuter de la situation si nécessaire. Cela permettrait d'une part de moins perdre de temps en trouvant directement les bons interlocuteurs, et d'autre part de créer des liens avec des professionnels avec qui ils n'ont pas l'habitude de fonctionner.

E2 : « Les avantages, et bien c'est que à peu près tout le monde est répertorié dessus. Que l'on peut avoir, y compris euh... c'est pas que médical mais aussi médico-social donc c'est vrai qu'on a la possibilité d'avoir plus vite les intervenants que habituellement on a du mal à trouver. »

En un seul message ils pouvaient diffuser largement les éléments qui leur paraissent nécessaire de communiquer. En retour ils avaient accès à de nouvelles données qu'ils n'avaient pas auparavant et qui pouvaient leur manquer.

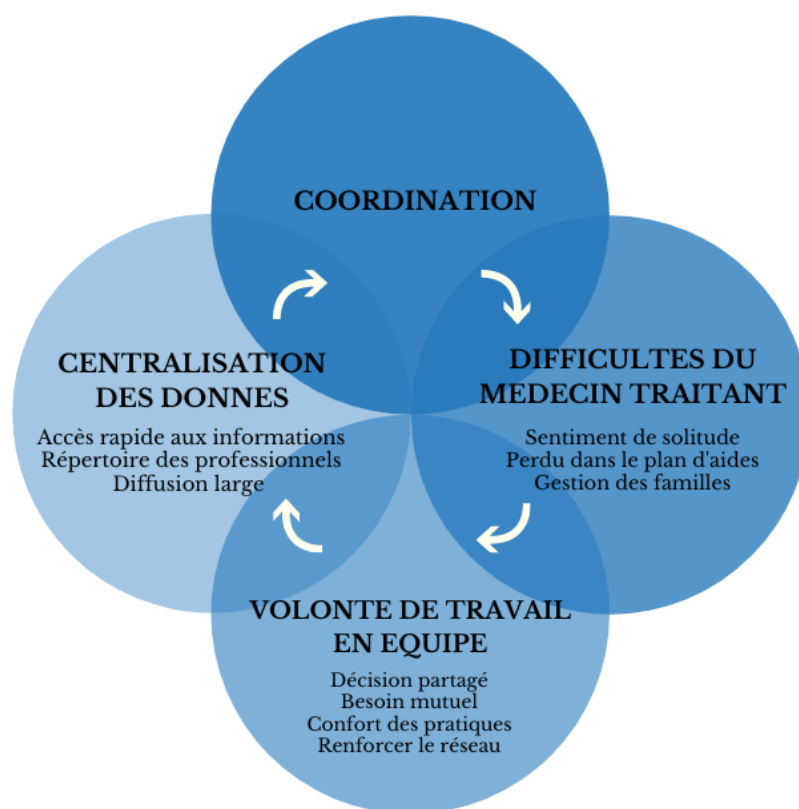


Figure 4 : Paaco-Globule, une aide à la coordination autour du patient

4- Un appui dans le maintien à domicile des patients âgés

a) LE MAINTIEN A DOMICILE : DIFFICILE POUR LE PATIENT ET LE MEDECIN

Pour tous les médecins interrogés l'utilisation de Paaco-globule était majoritairement dédiée aux visites à domicile de leurs patients âgés. Très peu l'utilisait sur l'ordinateur, ou alors ponctuellement pour intégrer des documents, mais jamais pour réaliser des consultations en cabinet.

La gestion des patients à domicile posait des difficultés aux médecins : le problème des maintiens à domicile difficiles étant de plus en plus fréquent dans leur pratique et difficile à résoudre.

E2 : « le maintien à domicile c'est quelque chose qui me rebutait pas mal car j'en avais beaucoup »

E4 : « nous on est en rural, voilà donc ça m'arrive souvent ces histoires d'organisation des maintiens à domicile ou de recherches d'EHPAD. J'ai pas mal de patients fragiles âgés à domicile. »

Un des médecins signalait que cette difficulté était encore plus grande pour lui depuis la pandémie du COVID 19. Il trouvait une utilité supplémentaire à Paaco-Globule qui lui permettait de participer au suivi des patients âgés à domicile qui se sont retrouvés encore plus isolés qu'antérieurement. Paaco-globule aurait permis de maintenir un lien, certes virtuel, mais tout de même présent, pour communiquer autour de ces cas complexes avec les acteurs de santé concernés.

E2 : « ça a pris toute sa place au moment du COVID, puisque là ça nous a permis quand même de bien gérer des cas à domicile qui étaient un peu compliqués. »

Un praticien déclarait également se sentir en difficultés face au fait de ne plus avoir accès à certaines informations après avoir quitté le domicile du patient. Il regrettait de ne plus pouvoir se référer aux ordonnances faites sur place, ou à un résumé de consultation pour la visite prochaine. Il n'était pas toujours en capacité de répondre aux questions des médecins hospitaliers lorsqu'un patient était hospitalisé. Paaco-Globule palliait ce manque en permettant un accès au dossier du patient, quel que soit l'endroit où se trouvait le médecin. Cela représentait à son sens, une aide au suivi des patients à domicile.

E10 : « Et donc quand je suis interrogé quand il y a quelqu'un qui est hospitalisé, parfois je me retrouvais un peu démuni. Ça me perturbait de pas savoir, de pas pouvoir répondre sur le traitement. Et là je l'ai sous les yeux. »

Ce médecin rappelait le rôle du médecin dit traitant, qui est de suivre ses patients dans la durée. Il jugeait Paaco-Globule comme une aide dans sa fonction de référent du patient, car il lui permettait d'assurer le suivi au domicile comme il l'aurait fait pour n'importe quel patient qui consulte à son cabinet.

E10 : « Parce que la définition d'un médecin traitant c'est quand même de suivre les gens dans le temps donc arrive un moment ou en fait ils sont en perte d'autonomie. »

Même le seul médecin se disant peu concerné par les visites à domicile, reconnaissait une utilité à Paaco-Globule pour les cas complexes de maintien à domicile. Pour lui aussi ces situations semblaient le mettre en difficulté.

E8 : « Ça m'a aidé sur un dossier qui était particulièrement difficile et éprouvant, donc là, ça m'a aidé. Parce que ça a permis, si vous voulez, de se tenir au courant. Moi de me tenir au courant on va dire en temps réel de l'évolution de la situation ».

b) MODERNISATION DES PRATIQUES

La grande majorité des médecins interrogés n'ont pas remarqué de modification de leur pratique des visites à domicile depuis l'utilisation de Paaco-Globule.

Par contre, selon eux cet outil leur apportait une modernisation de leur pratique. Certains s'en servaient comme un logiciel métier à domicile. Ils y notaient des résumés de consultation, partageaient des informations diverses, aussi bien photos, que comptes-rendus de spécialistes ou d'hospitalisations. Cela leur permettait de s'y référer pour leur consultation suivante.

E12 : « ensuite on marque un petit mot pour noter les changements au niveau de l'ordonnance, s'il y a des bilans à faire, comment on a trouvé le patient. Par exemple on va noter sa tension, une observation succincte. »

Un médecin faisait référence aux pratiques antérieures de visites avec les dossiers papiers amenés au domicile du patient. Selon lui Paaco-Globule viendrait remplacer cette pratique en créant un accès au dossier directement via l'application.

E10 : « Et le dossier médical maintenant qu'il est informatisé c'est compliqué de l'avoir sous le bras. »

Cela prenait encore plus de sens pour la moitié d'entre eux qui utilisaient jusque-là un cahier de transmissions laissé au domicile du patient, qu'ils tenaient à jour à chaque visite. Paaco-Globule était pour eux une version revisitée de ce cahier en permettant d'avoir des traces écrites officielles accessibles à n'importe quel moment.

E11 : « Normalement c'est censé être le petit cahier de texte qu'on retrouve chez les patients. C'est ça en fait, ça se substitue à un état numérique. »

Les données qui, auparavant, n'étaient consultables qu'à domicile dans ce cahier, devenaient alors consultables en dehors du domicile. Selon ces médecins cela améliorait le suivi des patients et modernisait leur prise en charge grâce à une meilleure accessibilité aux données et à leur meilleure diffusion entre professionnels de santé.

c) LIMITER LA PERTE D'INFORMATIONS ET LES ERREURS DE PRESCRIPTION

L'avantage des traces écrites laissées dans Paaco-Globule était un élément couramment cité dans les entretiens. Selon les médecins, cela apportait un rappel d'éléments qu'ils auraient pu oublier d'une consultation à l'autre, à condition bien sûr qu'ils aient mis à jour les dossiers de leurs patients.

E5 : « Et donc ça me sert un à moi à retrouver des informations qui me sont éventuellement utiles le mois d'après quand je les revois et si je me souviens plus très bien. »

Cela leur permettrait d'officialiser certaines informations qui auraient pu être transmises oralement puis oubliées voire déformées. Dans ce sens Paaco-Globule limiterait la perte d'informations à domicile. Cette perte d'information posait problème aux médecins notamment lors des retours d'hospitalisation. Selon eux, Paaco-Globule permettrait de limiter les erreurs de prescription liées à des oublis ou à des mauvaises transmissions (par exemple à la suite d'une consultation de spécialiste). Ils pouvaient se référer aux informations anciennes afin d'avoir des données fiables et s'assurer leurs prescriptions.

E10 : « Enfin ce sont des expériences qu'on a tous vécu ! « Je n'ai pas fait une adaptation là ? Je me souviens plus... Je n'ai pas dit que je modifiais ce médicament-là ? Non ? Bon Ok... » Et c'est la pharmacie qui vous rappelle. »

E12 : « Et c'est vrai que pour nous par exemple un patient qui sort d'hospitalisation, ne pas perdre d'infos, qu'il n'y ait pas d'erreurs dans l'ordonnance, [...] parce que c'est souvent une cause d'erreurs quand ils rentrent donc voilà. »

Un médecin signalait les interventions ou les demandes des patients qui pourraient également être source d'erreurs. Selon lui Paaco-Globule garantit cette traçabilité notamment en ce qui concerne les changements thérapeutiques ou les modifications de posologie.

E12 : « C'est soit on a des patients qui reviennent des ordonnances en nous disant « oui mais ça c'est une ancienne en fait la dernière fois il m'a changé ça, il m'a remis ça, il m'a remis le tercian » [...] Voilà des fois on doute un peu de la validité de ce qui est dit et du coup bon... Voilà ça permet d'être plus sûr et c'est sans erreur. »

Comme pour le versant médical, les médecins notaient également l'importance des traces écrites pour le suivi social des patients. Paaco-Globule aiderait selon eux le suivi social déjà évoqué plus haut, qui se faisait habituellement sans retour systématique vers le médecin traitant, en tout cas très peu sous forme écrite pour pouvoir s'y référer.

E6 : « Et puis que ça s'inscrive dans la durée j'allais dire, que ça s'inscrive dans le marbre quoi. C'est-à-dire qu'il y a un petit suivi ou je sais que l'assistante sociale est passée, des choses comme ça. »

d) CONTINUITÉ DES SOINS

Certains médecins trouvaient également un avantage dans la continuité des soins, surtout vis-à-vis de leurs remplaçants. Paaco-Globule donnerait accès à des données de suivi à domicile qui leur paraissait difficile à avoir auparavant. Cela permettrait aussi une continuité dans leur suivi, puisque les médecins remplaçants pouvaient renseigner le dossier Paaco-Globule pour que le médecin traitant puisse ensuite prendre le relais.

E12 : « quand on part en vacances et on sait que nos remplaçants ils ont toujours toutes les informations » [...] « Et on sait que le suivi il est le même quoi, il est garanti le même. »

E5 : « Après d'un autre côté quand j'ai une remplaçante c'est bien qu'elle sache qu'habituellement il a 13 de tension et pas 10. »

Selon eux, cet aspect était aussi intéressant pour les patients qu'ils ne connaissaient pas, pour intervenir ponctuellement mais en ayant quand même quelques informations. Ils suggéraient l'extension de cette utilisation pour les transmissions entre médecins suite aux gardes de secteur. Cela paraissait limité par le déploiement de Paaco-Globule dans le secteur d'activité. Paaco-Globule représentait pour eux une source d'informations importantes.

E9 : « c'est vrai que ça serait intéressant que tous les médecins du secteur l'utilisent notamment pour les gardes ce genre de choses, quand on va chez un patient et qu'on ne le connaît pas, qu'il y ait un dossier. »

e) UN GAIN DE TEMPS : OUI ET NON

Finalement est-ce que Paaco-Globule permettait un gain de temps ou pas dans les prises en charge à domicile ? La question n'était pas tranchée, les médecins n'étaient pas tous d'accord. Une partie d'entre eux évoquait un gain de temps du fait de la possibilité de lien très rapide avec les autres professionnels de santé. Cela faciliterait le travail de coordination des soins, en améliorant la réactivité de chaque professionnel. Un médecin abordait, par exemple, la possibilité de modification rapide du plan d'aide à domicile pour un évènement intercurrent. Paaco-Globule permettrait d'alerter rapidement et efficacement tous les acteurs de santé.

E7 : « pour moi c'est un gain de temps parce que je note ce que je veux au domicile et après je rentre au cabinet je fais mon petit copier-coller ça me prend 10 secondes. »

E11 : « Pour les domiciles pour les situations critiques ce n'est pas que ça modifie ma consultation sur place mais ça me permet de déclencher, hop je monte dans ma voiture et voilà « je suis allée voir

madame un tel ou monsieur un tel, il y a tel et tel problème il faudrait intervenir », je laisse les coordonnées et tout ça. »

D'autres médecins pensaient que la multiplication des manipulations informatiques (connexion, lecture, écriture...) entraînait une perte de temps, et que les différents outils informatiques pouvaient être redondants. Le logiciel métier et Paaco-Globule pouvaient faire double emploi, obligeant à une double saisie pour un seul évènement.

E9 : « Et donc finalement c'est vrai qu'avec Paaco ça nous prend peut-être deux fois plus de temps pour finalement recopier la même chose sur le téléphone. »

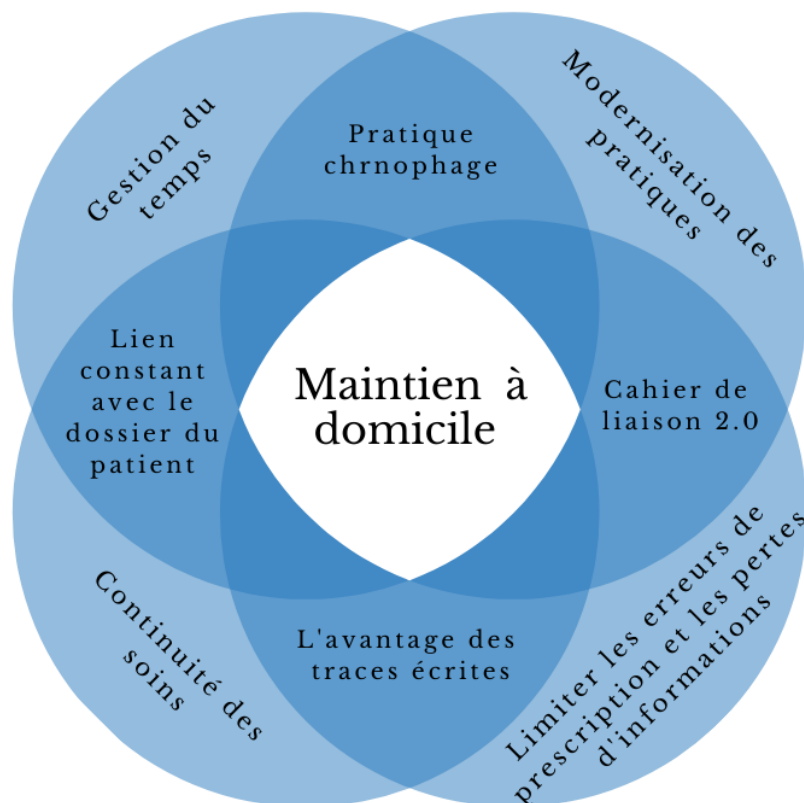


Figure 5 : Paaco-Globule, un appui dans le maintien à domicile des personnes âgées

5- Multiplication des informations

a) DES INFORMATIONS EN QUANTITE MAIS PAS TOUJOURS DE QUALITE

Les médecins interrogés évoquaient leurs difficultés devant la multiplication des informations qui leurs parvenaient. Dans ce contexte Paaco-Globule amènerait une masse d'informations importantes, modulée en fonction du nombre d'intervenants sur le dossier. Le problème était que les informations transmises n'étaient pas toujours pertinentes selon eux. En tout cas ils remarquaient des informations qui ne leur étaient pas forcément utiles, parfois par le contenu peu développé ou parce que cela ne les concernait pas directement.

E4 : « mettre un message pour dire 2 mots ce n'est pas très intéressant »

E8 : « Enfin il y a beaucoup de notes qui ne me sont pas forcément destinées, qui sont plutôt entre les acteurs sociaux, plus les acteurs sociaux que médicaux ».

Ils déploraient le fait de ne pas pouvoir avoir de degrés d'importance dans les messages reçus et de ne pas pouvoir cibler le destinataire. Ainsi, pour un des médecins le ratio entre les informations utiles et inutiles était faible ce qui entraînait une certaine lassitude à la lecture des transmissions, avec le risque de passer à côté des informations importantes.

E11 : « il y a beaucoup d'outils et de notifications qui sortent qui à mon avis pourrissent un petit peu la discussion. Il n'y a pas énormément, enfin moi je trouve qu'il n'y a pas énormément d'intervenants directs en laissant un petit mot. C'est plus souvent « passage un tel », il n'y a pas toujours des remarques. [...]. Des fois on n'a pas trop l'intérêt d'avoir ces notifications.

Certains décrivaient clairement le problème des informations importantes qui se retrouvaient noyées au milieu du reste, et le problème était le tri de ces informations.

E8 : « ça facilite l'information on va dire. Mais quand il a beaucoup d'informations, les bonnes informations sont noyées. »

D'autres médecins réfléchissaient à la possibilité d'une sorte de charte d'utilisateur. Ils imaginaient des réunions entre équipe pour convenir de ce qui devrait être écrit ou pas, et pour qui, afin de limiter ces inconvénients et essayer de faire ressortir les informations importantes. Mais cette éventualité n'avait été testée par aucun médecin interrogé.

E5 : « c'est peut-être pas mal de discuter quand même un peu en amont pour savoir qu'est-ce qu'on y met, qu'est-ce qu'on en entend, est ce qu'on attend une réponse est ce qu'on attend pas de réponse, est ce que euh... enfin vous voyez ce que je veux dire, est ce qu'on fait un espèce de protocole d'utilisation enfin ou de démarche d'utilisation de globule. »

b) DES MEDECINS DEJA TROP SOLLICITES ?

Les médecins déploraient la quantité d'informations qui leur arrivaient déjà via les différents outils déjà présents dans leur pratique. En effet ils abordaient toutes les différentes entrées d'informations que ce soit par téléphone, par mail, par courrier, par les résultats de bilan biologique arrivant via le logiciel métier. Cela faisait déjà pour eux un grand nombre de données à intégrer, ce qui leur paraissait être un exercice difficile. Mais de plus cela prenait du temps sur un planning déjà bien rempli.

E6 : « Le soir faut que tu ailles voir des 15 mails Mailiz qui arrivent de l'hôpital, plus les 35 résultats d'analyse qui arrivent sur le truc. Alors déjà le temps qui tu lises ça, que tu fasses ci et que tu regardes Paaco-Globule, tu as passé une heure ou une heure et demie à faire ça, et tout ça ce n'est pas rémunéré. »

Paaco-globule générait une charge de travail supplémentaire pour certains médecins. Et l'un d'entre eux signalait dans ce contexte que la saisie des données numériques diminuait les tâches de secrétariat mais augmentait les tâches à réaliser par le médecin. Il évoquait la « *charge mentale* » qu'il ressentait, engendrée par toutes ces informations qui pesaient en parallèle d'un emploi du temps chargé avec les consultations à assurer.

E8 : « Et puis sinon ça rajoute une charge mentale on va dire. Voilà déjà on doit voir ses mails, on doit rappeler tous les gens qu'on doit rappeler et on rajoute globule. Voilà. »

Les médecins déclaraient utiliser des messageries annexes en plus de Paaco-Globule. Et que ces messageries, le logiciel métier, plus Paaco-Globule, aboutissaient à une multiplication des tâches pour un même problème géré.

c) LE RISQUE DE DESHUMANISATION

Les médecins étaient conscients que cette communication à distance, virtuelle, ne remplaçait pas une communication directe et que les échanges virtuels avaient leurs limites.

E4 : « Rien ne remplace à mon avis le contact téléphonique, le vrai contact, le contact humain. »

E4 : « sur le ressenti des patients rien ne vaut une vraie discussion hein. Ça c'est pour tout pareil. Une messagerie c'est bien mais ça reste une messagerie. »

L'évaluation d'un patient ne pourrait se faire exclusivement sur des transmissions d'informations écrites, le ressenti que se fait le médecin par une discussion directe restait essentielle pour les médecins interrogés. Un d'entre eux déclarait d'ailleurs que *E4 : « ça déclenche souvent un coup de téléphone »*. Et le lien médecin avec le reste de l'équipe soignante ne devrait pas se perdre au détriment de ces outils technologiques.

E5 : « il faut aussi qu'on continue à se parler un peu quand même ! (Rires) Ça ne peut pas tout remplacer. »

Ceci était d'autant plus valable pour la communication avec les infirmiers. Beaucoup de praticiens préféraient privilégier les coups de téléphone ou l'échange direct pour ceux qui travaillaient en maison de santé pluri disciplinaire.

E6 : « Je travaille dans une maison médicale, les infirmiers on les voit tous les jours [...] ils peuvent me montrer les photos des plaies des trucs comme ça, même des fois on fait les pansements ensemble parce qu'ils me demandent de venir voir quand ils font les pansements. »

Un médecin soulignait que l'utilisation de ces outils technologiques coupait le lien avec le patient. Il remarquait que pendant une visite si le médecin était concentré sur le téléphone portable il n'était plus en train d'écouter ou de communiquer avec son patient. Il déplorait le fait qu'une partie de la consultation ne soit plus entièrement dédiée au patient.

E12 : « Et peut être aussi pendant ces minutes où on est à faire ce truc sur le portable on est plus du tout dans le dialogue avec le patient. Et le patient il est là il nous voit faire un truc mais on lui parle plus, bon ça c'est un peu dommage. »

Cette forme de déshumanisation était un risque présent pour les médecins.

L'important était de ne pas se perdre dans cet outil technologique, de se rapprocher trop des différents acteurs de la prise en charge en s'éloignant du patient et de sa famille.

E3 : « je crois que oui c'était vraiment travailler en équipe et de partager ces situations complexes tout en gardant le patient et la famille au centre »

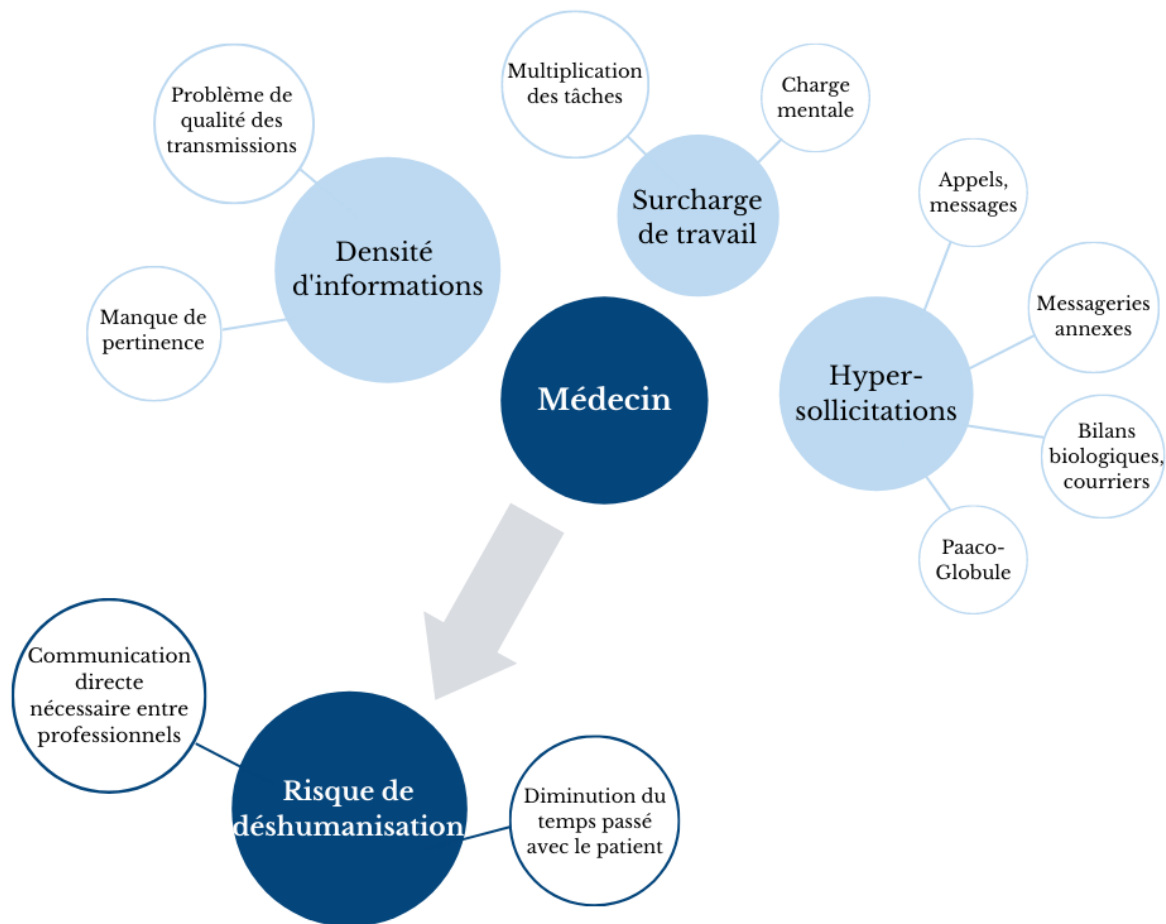


Figure 6 : L'impact de la multiplication des informations

6- L'impact de l'implication du praticien

a) UN CHEMINEMENT VERS PAACO-GLOBULE D'ORIGINES DIVERSES

Les sollicitations qui amenaient les médecins à se tourner vers Paaco-Globule étaient de deux sortes :

- Soit ils étaient démarchés par les commerciaux de la société déployant Paaco-Globule. Ils organisaient des réunions d'information qui amenaient ou non les médecins à installer le logiciel.

E7 : « c'est le responsable communication Paaco-Globule [...] en fait il avait démarché pas mal de médecins ».

- Soit les médecins se penchaient sur Paaco-Globule après avoir discuté avec des collègues qui y trouvaient un intérêt. On remarquait dans les entretiens que la décision d'utiliser Paaco-Globule venait rarement d'un médecin seul, souvent la question était débattue avec les collègues d'un même cabinet ou avec des paramédicaux.

E7 : « on est tombés d'accord sur le fait qu'il nous fallait un logiciel de communication en commun. Et du coup c'est vraiment parti de ce constat-là ».

Pour quasiment tous les participants le logiciel Paaco-Globule était partagé dans le cabinet.

Les motivations des médecins à se lancer dans l'utilisation de Paaco-Globule étaient diverses :

- Certains n'évoquaient pas d'attente particulière mais plutôt une certaine curiosité vis-à-vis de ce nouvel outil et de ce qu'il pourrait leur apporter.

E8 : « Non je n'avais pas d'attente c'était plus de la curiosité ».

- D'autres recherchaient une amélioration de la communication et du partage d'informations (via ce dossier médical partagé) entre différents professionnels de santé.

E12 : « mes attentes c'était un dossier médical suivi et partagé et ça pour le coup ça fait bien le job ».

- L'innovation technique et la modernisation des pratiques faisaient également partie des attentes mises en avant, ainsi que l'accès à de nouvelles informations

E11 : « mes attentes initiales c'était d'innover ».

- Enfin l'amélioration de la prise en charge des patients à l'aide de cet outil nomade donnant accès aux données médicales à distance.

E12 : « qu'il puisse être un dossier médical, qui puisse être utilisable enfin déporté quoi, qu'on puisse le consulter à distance ».

b) DEUX PROFILS D'UTILISATEURS : « ACTEUR » VS « SPECTATEUR »

Pour la grande majorité des praticiens interrogés, leurs attentes vis-à-vis de Paaco-Globule étaient remplies. Ils lui conféraient un impact positif dans leur pratique.

Un d'entre eux était freiné par le manque de déploiement de l'outil par rapport à ce qui lui avait été énoncé initialement. Et un seul jugeait que Paaco-Globule ne répondait pas à ces attentes initiales, qu'il y avait plus de contraintes que d'avantages à l'utiliser.

Nous avons pu noter deux modes d'utilisation de Paaco-Globule : « acteur » et « spectateur », en fonction du degré d'implication des médecins.

La plupart des médecins avaient une utilisation active de Paaco-Globule, c'est-à-dire qu'ils alimentaient régulièrement les dossiers des patients de diverses manières, et communiquaient des informations via la messagerie interne au logiciel. Même si cela était à nuancer selon les médecins, puisque certains l'utilisaient vraiment systématiquement dans leur quotidien, alors que d'autres le faisaient moins régulièrement. Un médecin disait avoir modifié récemment sa façon de l'utiliser en s'impliquant davantage du fait des bénéfices qu'il avait trouvés à cette utilisation.

Une minorité d'entre eux avaient une utilisation passive dans le sens où ils ne se servaient du logiciel principalement que pour lire les informations qu'on leur envoyait.

E6 : « En général mon utilisation de Paaco-Globule c'est surtout de la lecture [...] je ne mets pas beaucoup de choses dedans ».

Ils s'informaient par ce biais mais ne transmettaient pas d'information en retour.

c) UNE IMPLICATION NECESSAIRE

Ces différents modes d'utilisation impactaient le fonctionnement général de l'application. Les médecins reconnaissaient en grande majorité que l'implication de tous les professionnels était nécessaire au bon fonctionnement de Paaco-Globule. Il était, selon eux, nécessaire que tout le monde alimente les dossiers des patients pour arriver à en retirer un bénéfice et pour ne pas casser cette chaîne de communication.

Certains médecins reconnaissaient que leur manque d'implication pouvait nuire au bon fonctionnement pour tout le monde et que le médecin avait forcément une part importante à prendre dans le développement de cet outil. Les informations pouvaient être présentes, mais personne n'était là pour les lire et les mettre en action.

E5 : « Et moi au début je n'étais pas suffisamment actrice, j'étais spectatrice donc je voyais passer des trucs mais je n'alimentais pas et je pense que c'était une erreur. Et pour que vraiment ça soit pertinent il faut que tout le monde l'alimente quoi ».

D'autres médecins étaient moteurs dans le développement de l'utilisation de Paaco-Globule, parce qu'ils avaient justement conscience de cette nécessité d'implication de tous pour en tirer les bénéfices.

E10 : « Et bon an mal an j'ai pris contact et j'ai réussi à le faire accepter à peu près à toute l'équipe. Donc voilà. Donc là je suis en lien avec tous les cabinets infirmiers du coin. »

Les atouts de Paaco-Globule se seraient retrouvés limités par l'investissement personnel de chaque professionnel de santé de travail ensemble sur ce même outil.

E10 : « C'est vrai qu'il faut faire avec ce qu'on a. Ce qui serait bien ce serait que tout le monde s'harmonise un petit peu sur un logiciel. »

d) MAIS UNE IMPLICATION PARFOIS FREINÉE

S'il est vrai que le côté chronophage de l'application était fréquemment cité pour expliquer ce manque d'implication, un médecin parlait également de problème de la non-rémunération de cette pratique, engendrant chez lui un sentiment de bénévolat déplaisant. Selon lui l'utilisation de Paaco-Globule était un acte de télémedecine en lui-même qui justifiait une rémunération, et cette rémunération pouvait faire que les médecins s'impliquent davantage.

E6 : « si tu veux Paaco-Globule c'est de la télémedecine, mais moi la télémedecine c'est un acte bénévole et je n'ai pas le temps de faire beaucoup d'actes bénévoles. »

Un autre frein évoqué était le manque d'harmonisation des pratiques. Il existe une multitude d'outils à disposition des professionnels de santé et chacun peut choisir celui qu'il souhaite. Certains médecins regrettaient ce manque d'homogénéité dans l'utilisation des outils de communication, qui pour eux était responsable d'une implication inégale des professionnels de santé. Ils suggéraient une décision commune de l'équipe de soin pour élire un seul outil, ce qui permettrait de l'utiliser « mieux ».

E11 : « Mais c'est pareil, le seul souci de ces applications c'est qu'il y en a de plus en plus et ce n'est pas abouti, tout le monde n'utilise pas les mêmes, chacun prend un peu son truc. C'est pour ça que c'est difficile d'avoir une bonne uniformité là-dessus... enfin avoir des choses bien définies. »

e) UNE HISTOIRE DE GENERATION ?

Plusieurs praticiens soulevaient la question d'un problème générationnel dans le fait de s'investir dans Paaco-Globule ou pas. Certains d'entre eux avouaient une sorte de désintérêt pour les nouvelles technologies, en tout cas ce n'était pas cette sorte d'outil qu'ils privilégiaient lorsqu'ils avaient besoin. Ils ne se sentaient pas forcément à l'aise avec cela d'où leur manque d'implication.

E5 : « euh je ne suis pas ultra connectée (rires) Je vais avoir plus comme réflexe de faire des listes que d'écrire sur mon téléphone. »

E8 : « Ça marche super bien quand on est tout le temps sur son téléphone quoi. Et moi déjà ça me gonfle un peu d'être tout le temps sur le téléphone, j'y suis déjà trop. »

Alors que d'autres aimaient justement ce côté innovation technique et modernisation des pratiques.

E12 : « Et puis ce qu'on trouvait aussi très novateur c'était qu'on puisse le partager avec des services par exemple de l'hôpital. »

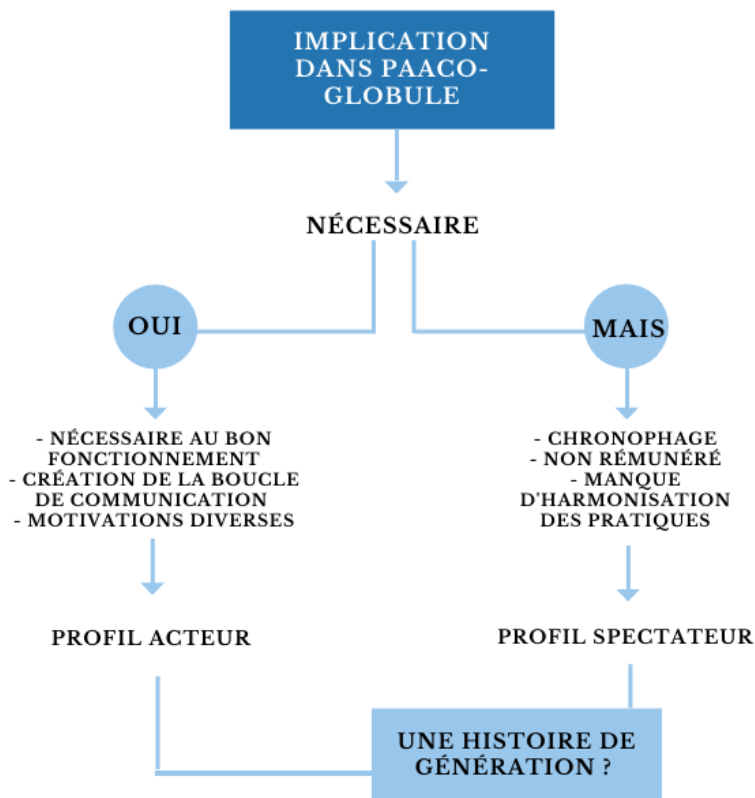


Figure 7 : L'implication dans l'utilisation de Paaco-Globule

7- Evaluation technique de l'outil Paaco-Globule

Sur le plan purement technique on a pu distinguer les points forts et faibles cités par les médecins.

a) POINTS FORTS

Les médecins s'accordaient en grande partie pour décrire Paaco-Globule comme facile d'utilisation, même pour ceux qui n'avaient pas grand attrait pour les nouvelles technologies. Paaco-globule était décrit comme assez ergonomique, avec la version sur téléphone portable citée prioritairement.

E7 : « Et j'avoue que dès que j'ai mis l'application en marche franchement moi je l'utilise très très facilement et au quotidien quoi. Je trouve que c'est très très facile d'utilisation. »

L'accessibilité des données à distance, cette possibilité d'utilisation nomade était très appréciée. Comme les participants utilisaient Paaco-Globule pour leurs visites à domicile, cet accès directement possible au domicile des patients semblait être un grand atout. Cela leur permettait également d'utiliser Paaco-Globule au moment où cela était le plus pratique pour eux, même en dehors de leurs heures de travail, ou depuis leur domicile.

E10 : « Du coup ça me permet d'avoir ce même cahier que je ne pouvais pas transporter, que je laissais à domicile, donc sur moi en permanence. »

L'instantanéité de la transmission des informations étaient quasiment systématiquement citée dans les entretiens. Les médecins appréciaient de pouvoir transmettre les informations immédiatement sans avoir à reprogrammer une tâche en terminant leurs visites. L'avantage également était d'avoir les informations des différents acteurs du domicile en retour, et de pouvoir se tenir au courant presque en temps réel.

E7 : « Et je trouve qu'on a les infos un peu en temps réel. »

Pour d'autres, Paaco-Globule venait répondre aux fonctions manquantes de leur logiciel métier concernant justement cette accessibilité des données à distance et l'instantanéité des échanges, ce qui était un avantage pour eux.

E10 : « Alors c'était quelque chose qui n'était pas fourni avec le logiciel et du coup euh... Paaco-Globule a répondu à cette demande. »

b) POINTS FAIBLES DE L'OUTIL

Les médecins ont souligné le problème de certaines limites techniques. Le problème de l'accès au réseau internet était fréquemment cité, notamment pour ceux travaillant en zone rurale où les réseaux 3G, 4G, ne sont pas accessibles partout. Cela engendrait des problèmes de connexion et ils ne pouvaient donc pas utiliser immédiatement l'application.

E10 : « Une des limitantes c'est que j'ai accès à Paaco-Globule que si j'ai un réseau. Donc voilà. C'est si je n'ai pas de réseau, de 3G ou 4G, je ne peux pas m'en servir. C'est compliqué. »

D'autres abordaient les problèmes de certaines fonctionnalités mal paramétrées, notamment le système de notifications.

Plusieurs médecins interrogés ont cité comme inconvénient le côté chronophage l'utilisation de Paaco-Globule. Les médecins se plaignaient de problèmes techniques comme cités au-dessus avec le temps de connexion etc..., mais également le temps de lecture et d'écriture qui s'ajoutait à cela. De ce fait une perte de temps était à déplorer selon eux dans leur pratique.

E9 : « c'est vrai qu'avec Paaco ça nous prend peut-être deux fois plus de temps pour finalement recopier la même chose sur le téléphone. »

Certains d'entre eux déclaraient d'ailleurs une sous-utilisation de l'application du fait de ces inconvénients, et ne se servaient donc que partiellement de l'outil.

E3 : « Je pense que je n'utilise pas toutes les fonctions, donc peut être que je connais mal encore cette application et je n'utilise pas encore toutes les possibilités. »

Enfin le problème du manque de déploiement dans certaines zones était également relevé. Tous les médecins ne bénéficiaient pas des mêmes avantages selon le secteur, et l'investissement des professionnels autour d'eux. Et forcément s'ils n'avaient pas beaucoup de possibilités pour créer des liens ils ne pouvaient pas en retirer les mêmes bénéfices.

E9 : « J'attends encore que ça se développe »

c) SECURITE DES DONNEES

Les praticiens interrogés reconnaissaient l'importance de la sécurité des données apportée par Paaco-Globule. Cela leur permettait de transmettre des données médicales en utilisant un outil adapté à ce genre de données sensibles.

E2 : « Et c'est très intéressant de fonctionner avec ça pour les pharmacies puisque c'est sécurisé et que mine de rien je ne sais pas trop si ce qu'on fait de l'envoyer par gmail habituellement c'était suffisant. »

En revanche l'utilisation de Paaco-Globule n'empêchait pas l'utilisation de messageries annexes non sécurisées dans leur pratique quotidienne, *E4 « Whatsapp et compagnie »*. Même s'ils savaient que ce n'était pas forcément une bonne idée, cette facilité d'accès et le fait que tout le monde utilisait par exemple les messageries de téléphone portable par SMS, cette pratique leur venait beaucoup plus spontanément.

E12 : « parce qu'on a des groupes Whatsapp avec... alors je sais bien que ce n'est pas sécurisé (Rires) ! »

Un médecin émettait quand même des doutes sur la sécurité même de Paaco-Globule et la possibilité de transmettre sans risque des photos.

E3 : « c'était quelqu'un de la sécurité sociale qui nous a dit qu'on ne pouvait pas utiliser cette application justement pour transmettre des photos et données alors que nous on pensait que c'était sécurisé. »

Discussion

L'objectif principal de cette étude était d'évaluer le vécu des médecins généralistes de leur utilisation de l'outil numérique de coordination Paaco-Globule dans la prise en charge des patients âgés à domicile.

1- Validité interne

a) METHODE

L'écriture de cette thèse a été réalisée en se basant sur les critères COREQ traduits en français (24) permettant de respecter les éléments nécessaires à l'écriture d'une recherche qualitative.

Les entretiens ont été menés de manière semi-dirigée correspondant mieux à l'analyse du ressenti des médecins, afin de guider la discussion tout à la fois en laissant libre cours à leurs pensées et réactions, et en favorisant l'approfondissement de leurs idées.

L'échantillon de médecins interrogés était défini par les critères d'inclusion et d'exclusion fixés au préalable.

L'analyse phénoménologique interprétative permet de respecter les données émises par les participants sans se baser sur des hypothèses préconçues, pour pouvoir ainsi laisser émerger des idées nouvelles. Il s'agit d'une méthode intéressante dans ce contexte où les médecins ont tous vécu une expérience commune qu'est l'utilisation de Paaco-Globule.

Le problème technique survenu lors de l'enregistrement du premier entretien a pu appauvrir les données qui auraient pu être récoltées au moment de l'analyse.

Les onze autres entretiens réalisés ont été retranscrits intégralement sans déperdition de données. La double analyse réalisée avec triangulation des données à deux reprises ajoutent à ce travail ce double regard faisant émerger le maximum d'informations importantes, et apportent une garantie supplémentaire sur la manière dont elles ont été analysées.

Une analyse de la communication non verbale aurait pu être intéressante afin de mieux capter les réactions des médecins, mais je n'étais pas formée à cette pratique.

Douze entretiens ont été menés, ce qui correspondait, après analyse, à la suffisance des données. C'est une décision subjective qui a dû être faite mais qui correspond à la démarche phénoménologique interprétative.

La double analyse réalisée par un médecin généraliste ayant déjà eu une expérience de travail de thèse avec une méthodologie similaire a pu pallier mes lacunes.

Cette double analyse à partir du verbatim a été réalisée sur fichier Excel. Cela aurait pu être fait sur un logiciel dédié à l'analyse qualitative comme l'est par exemple N'Vivo. Il aurait eu l'avantage de faire apparaître d'autres mots clés intéressants, même si cela n'aurait peut-être pas forcément impacté fortement les résultats ni l'analyse qui en a été faite.

b) L'ÉCHANTILLON

Dans cette étude l'échantillon n'a pas besoin d'être représentatif de la population étudiée. Le but est justement d'avoir un échantillon en variation maximale, c'est-à-dire le plus diversifié possible pour apporter une plus grande richesse des données.

L'inclusion des participants s'est faite progressivement pour s'assurer d'obtenir un échantillon hétérogène en plusieurs points. Les différentes tranches d'âge de praticiens sont bien représentées. Leurs lieux d'exercice sont dispersés au sein du département des Pyrénées-Atlantiques et des Landes. Leur expérience de Paaco-Globule est variée avec des utilisateurs très récents et d'autres plus expérimentés. Leur fréquence d'utilisation est différente selon leurs pratiques et le nombre de patients concernés est varié.

Cependant l'échantillon aurait pu être encore plus hétérogène. Cela concerne notamment les zones d'activité avec la zone urbaine qui n'est pas représentée malgré plusieurs médecins sollicités qui n'ont pas donné suite. Les médecins exercent tous en cabinet de groupe avec quasiment pour tous le logiciel partagé avec leurs collègues. Cela aurait pu être intéressant d'avoir l'avis de médecins exerçant seuls.

c) LES BIAIS

Biais d'information

Un biais d'interprétation est présent du fait de l'analyse subjective qui existe dans un travail qualitatif. La double analyse et la triangulation des données que nous avons mises en place permettent de limiter ce biais.

Le risque de biais de désirabilité sociale est présent dans les entretiens semi-dirigés. Le participant peut se sentir influencer ou vouloir aller dans le sens de l'investigateur.

Biais de sélection

Le choix du recrutement de l'échantillon par la méthode en boule de neige amène un inconvénient. Le médecin interrogé qui va donner 3 noms de confrères susceptibles de répondre à l'entretien peut orienter vers ceux travaillant de manière similaire, voire dans le même cabinet avec les mêmes habitudes de travail et forcément le même réseau de soin. Cela explique par exemple qu'aucun médecin n'ait été recruté en zone urbaine du fait des entretiens qui menaient vers d'autres praticiens dans des zones d'activité similaires. Cela limite la variation maximale d'échantillonnage.

Au fil des entretiens il y a également deux médecins qui ont été recrutés dans le secteur des Landes qui ont une pratique un peu particulière de Paaco-Globule. Cela leur permet d'être directement en lien avec leur plateforme territoriale d'appui qui est Santé Landes et d'avoir accès à un réseau bien en place comme cela a été étudié dans plusieurs thèses. Leur utilisation est donc en grande partie pour ce lien bien précis comme me l'a signalé un des médecins : *E3 « Alors vous, vous parlez plus de Paaco-Globule et moi j'ai l'impression de vous parler beaucoup de Santé Landes ».*

Cependant nous avons jugé que cette pratique était intéressante à intégrer dans notre analyse pour élargir les différentes possibilités d'utilisation de Paaco-Globule et voir ce que cela apporte.

Biais d'investigation

L'exercice des entretiens semi-dirigés n'est pas inné, il nécessite une formation et une certaine expérience pour permettre de recueillir les données sans influencer la personne interrogée. L'investigateur se doit de garder une position neutre, ne pas se laisser distraire par des idées pré

conçues, tout en sachant relancer la discussion si cela est nécessaire pour approfondir certains points.

Afin de diminuer ce biais d'investigation nous avons identifié ensemble, la directrice de thèse Dr De Peretti et moi-même, nos a priori sur ce que nous pensions mettre en évidence dans cette étude (Cf annexe 4).

Les deux premiers entretiens tests réalisés ont également eu leur importance pour me familiariser avec cette pratique et que je puisse prendre mes marques.

Mon manque d'expérience a forcément impacté ce travail. Je pense que les résultats auraient pu être différents si l'investigateur avait été une personne aguerrie. Mais je considère quand même avoir progressé au fur et à mesure de l'avancée des entretiens.

Une autre manière de diminuer ce biais aurait été de faire vérifier la retranscription des verbatim auprès des médecins interrogés afin de s'assurer de la cohérence des données.

2- Discussion des résultats

a) UN OUTIL QUI REMPLIT SON ROLE DE COMMUNICATION A UN POINT PRES

Un outil de communication multidirectionnel

Notre étude met en avant un panel de possibilités de liens créés via l'utilisation de Paaco-Globule. Cela concerne aussi bien les intervenants directs du domicile comme les infirmiers libéraux, les services d'aide à la personne, que les acteurs sociaux, les pharmacies, les structures comme les CMP, et les centres de coordination (plateforme territoriale d'appui). Comme son nom l'indique, PAACO : Plateforme Aquitaine d'Aide à la Communication, cet outil semble jouer son rôle de lien entre les différentes personnes intervenant auprès du patient. Cela permet de « resserrer » le maillage de professionnels déjà tissé autour du patient. Les données échangées sont variées et les traces écrites évitent des oublis.

Cela est vrai en retour pour ces professionnels qui ont eux aussi besoin de communiquer avec le médecin. Ils semblent s'impliquer dans leur utilisation de Paaco-Globule, et en tirer eux aussi des bénéfices. Ce lien multidirectionnel paraît être un atout dans la prise en charge des patients.

Ces résultats sont cohérents avec la thèse de Quentin Passerieux (25), au sujet du ressenti des médecins utilisant la plateforme territoriale d'appui Santé Landes : « Les résultats de mon étude

montrent que la communication via Paaco-Globule facilite la connexion entre les différents intervenants autour d'une situation complexe en permettant un partage d'information simplifié ». C'est également ce que note Ameli Laurens dans sa thèse (23) : « En effet, l'application apporte une aide à la prise en charge grâce à l'interconnexion des professionnels intervenants permettant une communication plus aisée et moins contraignante. Ainsi, les informations orales, transmises par téléphone ou de vive voix, tendent à diminuer au profit d'informations écrites, pérennes et disponibles par tous et en tous lieux, optimisant la transversalité des informations et évitant leur perte. »

Seulement, cette fonction de communication se heurte au manque de déploiement de l'application à certains endroits. Selon les territoires les médecins n'ont pas du tout accès aux mêmes interlocuteurs. Les chiffres donnés par la société ESEA (26) montrent une augmentation de l'utilisation de Paaco-Globule par les paramédicaux en Nouvelle Aquitaine : par exemple une multiplication par 1,9 du nombre d'infirmiers utilisateurs entre décembre 2018 et décembre 2019. 25,4% des infirmiers libéraux de Nouvelle Aquitaine étaient équipés de Paaco-Globule en janvier 2020. Mais il n'y a pas de données sur les différences selon les secteurs.

Cela explique peut-être que dans les entretiens, l'utilisation de messageries annexes non sécurisées soit aussi fréquente en parallèle de Paaco-Globule. Visiblement Paaco-Globule ne permet pas de communiquer avec tous, et le réflexe de la messagerie non sécurisée reste bien ancré malgré les risques que les professionnels connaissent.

Le fossé persistant ville/hôpital

Contrairement à ce que nous pensions faire ressortir de cette étude, le fossé ville/hôpital est bien présent dans les données recueillies. Aucun médecin n'est satisfait du lien apporté avec l'hôpital. Au contraire, ils formulent bien souvent des regrets sur ce manque de communication, cela représente un maillon manquant très important dans la chaîne de soin. On constate surtout un manque d'investissement de la part des services hospitaliers à se servir de Paaco-Globule contrairement aux objectifs cités par la société ESEA et l'ARS dans leur présentation de Paaco-Globule (27).

Ce résultat est également discordant par rapport à une autre thèse menée par Marion Rougier en 2018 (28) évaluant la position du médecin généraliste dans la prise en charge de patients atteints d'un myélome multiple traité par chimiothérapie orale grâce à la plateforme d'appui Santé Landes en passant par Paaco-Globule : « Cette messagerie sécurisée Globule fait oublier la distance

entre les médecins généralistes isolés et l'hôpital et fait tomber la barrière existante de manière générale entre la ville et l'hôpital. Grâce à elle, chaque médecin, qu'il soit spécialiste ou généraliste, peut remplir son rôle, dans son domaine, tout en pouvant informer son confrère instantanément ». Cependant cette thèse ciblait l'utilisation de Paaco-Globule dans un but de suivi oncologique. Cette catégorie bien précise nécessite une coordination très forte, quasi quotidienne, qui explique peut-être cette implication importante contrairement aux services d'hospitalisation traditionnels où le lien n'a pas besoin d'être aussi permanent.

Toujours est-il que le décret n° 2016-995 du 20 juillet 2016 **(29)** relatif aux lettres de liaison, oblige justement à communiquer de la ville vers l'hôpital et vice-versa. Le logiciel Paaco-Globule pourrait être une opportunité pour mettre en application ce décret et transmettre des informations dans les deux sens. Mais ce n'est pas le cas partout, et les raisons expliquant ce problème persistant seraient intéressantes à étudier.

C'est ce que Juline Agnelli et Kevin Lavigne **(30)** ont exploré dans leur thèse évaluant la perception des professionnels de santé et du social quant à l'utilisation de Paaco-Globule pour la communication ville et hôpital en Haut Béarn et Soule. Ils ont montré certaines réticences des soignants hospitaliers à utiliser le logiciel : « La charge de travail supplémentaire que représente l'intégration PAACO est jugée comme difficilement compatible avec les journées de travail des équipes hospitalières, et ce d'autant plus que PAACO ne présente pas à ce jour d'interopérabilité avec le logiciel médical de l'hôpital ». Même si les soignants reconnaissent les qualités de l'outil la mise en place reste difficile et les transmissions ville-hôpital ponctuelles.

b) LA MODERNISATION DU MAINTIEN A DOMICILE

La loi n° 2016-41 de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 **(31)** symbolise le « virage ambulatoire » en mettant l'accent sur les soins de proximité. En ce qui concerne les personnes âgées à domicile l'idée est la même : permettre une organisation des soins à domicile autant que possible, et dans le cas contraire proche du domicile. La coordination des acteurs de santé vient comme un trait d'union entre les volontés politiques et la pratique du terrain de la médecine à domicile.

Pour les médecins interrogés Paaco-Globule répond à cette volonté de modernisation des pratiques. S'il est vrai qu'aucun grand chamboulement n'a été noté dans leur façon de pratiquer leur visite depuis l'utilisation de Paaco-Globule, les médecins reconnaissent les atouts de cette

innovation technique. D'ailleurs certains ont fait la démarche d'aller vers Paaco-Globule par curiosité et attrait pour ces nouvelles technologies annoncées comme une aide précieuse.

Un des éléments que nous n'avions pas pensé retrouver est ce détournement de Paaco-Globule vers une substitution du logiciel métier pour le domicile.

La moitié des médecins interrogés raconte avoir utilisé auparavant un cahier de brouillon laissé à domicile, servant à la fois de dossier médical sur place et de cahier de transmissions pour les autres professionnels.

Cette pratique paraît dater au regard de tous les outils développés actuellement. En effet un article de 1999 sur les soins palliatifs **(32)** parlait déjà de cette utilisation dans le cadre particulier de la fin de vie à domicile afin de communiquer avec tous les acteurs de soin : « Nous répugnons habituellement à consigner par écrit nos observations, résultats d'examen, prescriptions, ailleurs que dans un dossier médical que nous considérons comme notre propriété. Pourtant comment travailler en équipe pluridisciplinaire sans partager un outil de travail commun, sans échanger par écrit consignes et informations. [...] La simple tenue d'un cahier de transmissions, associant tous les partenaires, dont la famille, laissé au domicile du patient ne peut nuire à personne s'il est utilisé avec discernement. »

Les auteurs soulevaient déjà le problème de ne pas pouvoir garantir le respect du secret médical avec un cahier qui peut être laissé à la vue de tous. C'est également le reproche que font les médecins interrogés, avec un autre problème qui est de ne plus avoir accès à ses informations après avoir quitté le domicile.

Pour eux Paaco-Globule vient comme une version 2.0 de ce cahier. Il a l'avantage de l'accessibilité des données, peu importe où se trouve le médecin et peu importe le moment où il en a besoin. La transmission de données instantanées permet au médecin de garder un lien constant avec le dossier du patient et de lire les informations transmises par ses collègues dès qu'il le souhaite, surtout en cas de situations complexes. Il peut également donner toutes sortes de consignes comme des adaptations thérapeutiques si besoin.

Ces éléments correspondent à ceux retrouvés dans la thèse d'Améli Laurens citée précédemment **(23)** : « Le partage des informations en temps réel entre professionnels permet de préparer les visites à domicile en connaissant l'évolution de l'état de santé ou les demandes éventuelles du patient ou de l'entourage. Les interventions à domicile, ainsi anticipées grâce aux informations reçues, sont plus efficaces et en cela, permettent éventuellement un gain de temps mais surtout une facilité d'intervention ».

Cependant cette utilisation pose question puisque l'objectif premier de Paaco-Globule n'est pas de se substituer à un logiciel métier, puisque déjà il n'est pas destiné à faire des prescriptions médicales. Paaco-Globule serait à ce moment-là une version dégradée du logiciel métier. Mais cela attire l'attention sur les carences des logiciels métiers actuels, surtout sur leur manque de version nomade qui permettrait cette utilisation à domicile.

c) LE SOUTIEN AU MEDECIN TRAITANT COORDINATEUR

Le rôle difficile de coordinateur

Cette étude a révélé certaines difficultés parfois avouées très ouvertement, d'autres fois discrètement par les médecins généralistes vis-à-vis de leur rôle de coordinateur.

Le rapport de l'URPS de 2017 « Simplifier la coordination autour des patients » sur les médecins d'Ile-de-France (33) note que « neuf médecins sur dix rencontrent des difficultés dans la prise en charge des cas complexes ».

Pour toutes spécialités confondues « la mise en place de la prise en charge sociale et administrative des patients est le troisième frein rencontré pour 54% d'entre eux » pour la prise en charge des cas complexes. « Pour les médecins généralistes, les résultats de l'enquête montrent une absence de lisibilité des dispositifs de coordination existants ».

Ces difficultés liées à la gestion des problèmes sociaux et au rôle de coordination sont bien présentes pour les médecins français, et ne semblent pas être soulagées par les dispositifs mis en place jusqu'à présent.

Dans notre étude, les médecins avouaient un sentiment de solitude, ils se considèrent un peu « noyés » face à une multitude d'interlocuteurs, ne sachant pas toujours à qui s'adresser. Il est vrai que l'organisation des soins demande du temps, et les repères des médecins sont parfois brouillés par le manque d'informations accessibles pour leurs patients à domicile. Les désirs des familles pour leur proche peuvent aussi complexifier encore cette prise en charge, lorsqu'ils ne sont justement pas compatibles avec ce qui peut être mis en place.

L'aide précieuse du volet social

Paaco-Globule se trouve être un élément intéressant dans l'aide à la coordination des soins, particulièrement dans le domaine social. Tous les médecins qui ont accès aux services sociaux via Paaco-Globule reconnaissent l'avantage de pouvoir se procurer ces nouvelles données qu'ils n'avaient pas auparavant. Les traces écrites consultables créent une sorte de volet social souvent manquant dans les dossiers des patients. Les médecins interrogés reconnaissent d'ailleurs, parfois, ne pas savoir ce qu'il se passe chez leurs patients : qui intervient, quand et comment. L'accès au répertoire de professionnels leur facilite ce travail de coordination. Notre étude montre que Paaco-Globule amène une meilleure maîtrise du plan d'aide à domicile, ainsi qu'une meilleure réactivité en cas de besoin d'adaptation.

Ces résultats correspondent à ceux retrouvés dans la thèse de Quentin Passerieux (25) : « Dans ces situations complexes, nous avons vu que la principale difficulté face à laquelle les médecins font appel à la PTA est de l'ordre de la gestion de la prise en charge sociale [...] Il semble qu'elle permette au médecin d'avoir un accès plus facile et efficace au domaine social en ayant un interlocuteur unique pour la gestion de ce versant de la prise en charge. »

Les conséquences de la pandémie de COVID-19

Certains médecins ont perçu un avantage à l'utilisation de Paaco-Globule dans l'aide à la coordination des soins suite à la pandémie de COVID-19.

En effet nous ne mesurons probablement pas encore l'impact qu'a eu et qu'a encore cette pandémie sur notre société et encore plus sur les personnes âgées. Un rapport des petits frères des pauvres de juin 2020 (34) nous présente des chiffres alarmants : « En France 300 000 personnes âgées sont en situation de mort sociale » (c'est-à-dire relations très amoindries, sorties peu fréquentes, sentiment de malheur, autonomie moindre), « 900 personnes âgées sont isolées des cercles familiaux et amicaux ». Les personnes âgées se sentent de plus en plus isolées du reste de la population. Et ce sentiment persiste bien au-delà des périodes de confinement.

Cet isolement est un facteur de risque important de fragilité, voire de glissement vers la dépendance, en passant inaperçu du cercle familial ou amical du fait de ce manque de lien.

Le cercle médico-social doit être d'autant plus fort et en alerte pour repérer cette évolution et agir en conséquence. D'après notre étude, Paaco-Globule est un levier intéressant à actionner pour souder cette équipe d'accompagnement.

d) LES NOUVELLES TECHNOLOGIES UTILES MAIS ENVAHISSANTES ?

Le paradoxe des nouvelles technologies

Les chiffres de 2017 de l'agence française de la santé numérique **(35)** montrent un attrait des médecins pour les outils numériques : « 1 médecin sur 2 déclare utiliser des outils numériques pour communiquer avec leurs confrères ». Leur utilisation s'est invitée dans leur pratique puisque « 63% déclarent être des utilisateurs fréquents des outils numériques dans le but de transmettre les données d'un patient à un autre professionnel de santé dans 68% des cas ». Par utilisateur fréquent il est considéré l'utilisation d'au moins 5 outils numériques « parmi le dossier patient informatisé, les sites d'information médicaux, les outils d'aide au diagnostic ou à la prescription, la télémédecine, les applications de services patients et les objets connectés ».

Notre étude a, de la même manière, montré le nombre important d'outils utilisés par les médecins : les messageries sécurisées ou non, les serveurs donnant accès aux résultats de bilans biologiques, les appels et messages sur le téléphone portable, etc. Paaco-Globule vient s'ajouter à cela, en amenant avec lui encore d'autres données supplémentaires en plus de toutes celles pouvant provenir des outils précédemment cités.

Un paradoxe a émergé de notre travail : les médecins sont attirés par ces nouveautés qui leur amènent un bon nombre d'informations utiles facilitant leur pratique, mais en même temps ils se sentent envahis par la multiplication d'entrée d'informations.

Les médecins déplorent le problème de la multiplication des informations non pertinentes, au risque de passer à côté de celles importantes. Les informations sont denses sans pour autant toujours être très informatives. C'est également ce que retrouve Quentin Passerieux dans son travail de thèse **(25)** : « Certains médecins interrogés dans l'étude ont partagé ce ressenti sur l'excès de notification ainsi que la pertinence de certaines. Ils ont également ajouté que cela pouvait entraîner pour eux un accès moins clair à une information qu'ils jugent importante. »

A cela s'ajoute les problèmes de contraintes techniques, concernant les paramétrages de notifications, les problèmes de connexion surtout pour ceux pratiquant leurs visites en zone rurale. Même si la grande majorité des médecins reconnaissent la facilité d'utilisation de Paaco-Globule. Les médecins paraissent ambivalents : ils apprécient gagner du temps en termes de communication et de coordination, mais ils déplorent la surcharge de travail liée au temps passé à trier les informations qu'ils reçoivent et à résoudre les soucis techniques.

Un des médecins a alerté sur la « charge mentale » que tous ces outils ajoutent. Dans le sens où le temps, la concentration que cela demande en plus du travail qu'il reste à faire, dépassent parfois les capacités cognitives et physiques du médecin.

Quand on regarde l'enquête de V. Duqueroy de 2020 sur le burn out des médecins généralistes français (36), on constate que pour les médecins, l'informatisation représente 16% des facteurs contribuant au burn out. La vigilance s'impose face à ces difficultés, qui, ajoutées les unes aux autres peuvent impacter psychologiquement sur le médecin lui-même et dépasser ses propres limites.

Les médecins sensibles au risque de déshumanisation

Le risque soulevé par une grande partie des médecins est celui de la déshumanisation. On peut se demander à force de se parler par outil interposé ce que deviendra le lien entre soignants. De toute façon pour les médecins interrogés, le but n'est pas de privilégier ces liens virtuels. Pour eux, la pratique de la médecine est indissociable de ce « vrai contact » avec les autres professionnels de santé et avec le patient. C'est parce que l'évaluation d'un patient ou d'une situation passe aussi par le ressenti du médecin qu'on ne peut pas juger sans contact direct.

C'est également une des conclusions que tirent Caroline Artiguebere et Ainhoa Lasserre dans leur thèse abordant le sujet du ressenti des médecins de la télémedecine et de la téléexpertise en plaie et cicatrisation (37) : « Les médecins de notre étude pensent que la téléconsultation ne peut être qu'une pratique complémentaire à la médecine clinique traditionnelle. Un médecin sera toujours nécessaire, pour tout acte médical, même de télémedecine ».

Un autre élément important a été pointé par les médecins : à force de se consacrer à établir des liens entre soignants par différents moyens, il ne faut pas perdre de vue le lien essentiel avec le patient. Il reste la pièce centrale sur laquelle le réseau de soin doit s'articuler. Ses volontés restent prioritaires et les échanges établis doivent l'être à la recherche de bénéfices pour le patient. Un médecin a justement noté que le temps du travail dédié aux outils numériques empiétait sur son temps de consultation. Il regrette l'absence de dialogue avec le patient à ce moment-là. Il faut donc veiller à ce que le rapprochement des professionnels entre eux n'éloigne pas en contrepartie de la relation médecin-patient.

e) LES AXES D'AMELIORATION

Harmonisation des pratiques

Pour les médecins interrogés, l'amélioration de l'utilisation de Paaco-Globule passe par l'harmonisation des pratiques. Les façons de communiquer autour d'un patient peuvent être différentes d'un professionnel à l'autre en libéral comme il n'y a aucune obligation ou indication à suivre. Chacun fait à sa manière. Un des médecins interrogés ayant mené un travail de thèse sur le dossier médical partagé, a fait le parallèle avec Paaco-Globule. Ce logiciel pourrait, selon lui, être plus intéressant si l'équipe de soin se mettait d'accord sur un même choix d'outil. L'implication de tous qui est nécessaire au bon fonctionnement, serait facilitée, le déploiement serait meilleur et les bénéfices à en tirer également. Mais cela suggère que les professionnels prennent le temps de se réunir et de réfléchir autour de cette question du choix d'un outil commun, en espérant qu'ils arrivent à se mettre d'accord.

La façon de l'utiliser a également son importance comme l'a signalé un autre médecin. Il suggère une charte d'utilisation entre professionnels pour éviter le problème des informations denses non pertinentes. Or les recommandations de bonnes pratiques (21) prévoient déjà cette nuance : il y a la possibilité de graduer l'importance des messages et de restreindre les personnes à qui ils sont envoyés. Visiblement peu de médecins dans cette étude maîtrisent cette subtilité.

Ce même médecin évoque également la possibilité de formations pour justement se remettre à niveau si nécessaire, et apprendre à mieux utiliser l'application.

Paaco-Globule et les dispositifs d'appui à la coordination

Les autorités ont pris conscience que les dispositifs d'aide à la coordination mis en place jusqu'à présent ne sont pas toujours lisibles, que ce soit pour les patients ou pour les médecins.

Le but est de fusionner toutes ces structures (plateformes territoriales d'appui, MAIA, réseaux de santé et coordination territoriale d'appui) pour créer un dispositif d'appui à la coordination des parcours complexes, dit DAC (38). Comme cela est décrit sur le site du ministère des solidarités et de la santé (39) « Celui-ci est défini localement, sur proposition des professionnels qui ont vocation à le piloter et en fonction de la structuration de l'offre sanitaire, sociale et médico-sociale existante ». Les professionnels de santé ont la main sur ce dispositif, qui est mis en place pour un territoire précis, en fonction de son besoin et de ses ressources.

Paaco-Globule a été choisi comme vecteur qui garde le lien constant entre les professionnels de santé intervenant directement à domicile et le DAC, en ce qui concerne la région Nouvelle Aquitaine.

Cette mise en place est récente et n'est pas encore en action partout sur le territoire. La question est de savoir si cela aboutira réellement à une simplification de ce paysage à long terme.

Conclusion

Face à l'accélération annoncée du vieillissement de notre population et le souhait parallèle de vieillir à domicile, les professionnels de santé doivent faire face au défi de la médecine à domicile qui a sa propre complexité. Une organisation des soins à domicile efficace est essentielle pour garantir la bonne prise en charge des patients.

Dans ce travail de thèse nous nous sommes intéressées à ce que l'outil numérique Paaco-Globule pouvait apporter à la pratique des médecins généralistes dans le suivi des patients âgés à domicile. Les éléments mis en évidence montrent que Paaco-Globule pouvait être une source d'informations utiles et variées. Il permet d'optimiser la communication entre soignants et de créer des liens inédits, en vue d'améliorer la prise en charge des patients à domicile.

Il amène une vision globale du patient, aussi bien médicale que sociale. Cela peut être un vrai soutien pour le médecin généraliste face aux difficultés que génèrent le rôle de coordinateur.

Cependant, malgré l'attrait des médecins pour les nouvelles technologies, de nombreux outils se multiplient. Ils apportent avec eux des informations utiles certes, mais également leur lot de complications. Les informations disponibles ne sont pas toujours pertinentes et l'afflux de données peut parfois submerger le médecin. L'attention portée à ces outils peut se faire au détriment de la relation médecin-malade, et le risque de déshumanisation plane sur les liens entre soignants.

De plus l'harmonisation des pratiques sur le territoire manque certainement pour avoir un vrai impact au sein des équipes de soin, sans même parler du lien avec l'hôpital qui demeure toujours une palissade difficile à franchir.

Finalement nous pensons que Paaco-Globule est une aide à la prise en charge des patients âgés à domicile, mais ne se suffit pas à lui-même pour assurer une prise en charge optimale à l'heure actuelle. Son utilisation dans le cadre de la création des DAC en Nouvelle Aquitaine sera intéressante à suivre pour savoir si cela permettra une réelle simplification de la coordination des soins à long terme.

Bibliographie

- (1) INSEE. Population par âge. Dans : tableau de l'économie française. [Internet]. INSEE. 2020. [Consulté le 14/07/2021]. Disponible à l'adresse : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4318291>
- (2) INSEE. Personnes âgées dépendantes. Dans : tableaux de l'économie française. [Internet]. INSEE. 2014. [Consulté le 02/05/2021]. Disponible à l'adresse : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1288358?sommaire=1288404>
- (3) Deroyon T. En 2018, l'espérance de vie sans incapacité est de 64,5 ans pour les femmes et de 63,4 ans pour les hommes. Etudes et résultats – DREES. 2019. 1127:1-2.
- (4) Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits de la femme. Loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement. [Internet]. solidarites-sante.gouv. 2015. [Consulté le 19/05/2021]. Disponible à l'adresse : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_de_presse_loi_asv_janv2016.pdf
- (5) Ennuyer B. A quel âge est-on vieux ? - La catégorisation des âges : ségrégation sociale et réification des individus. Gérontologie et société. 2011. 138:127-142.
- (6) Vellas B. Repérer, évaluer et prendre en charge la fragilité pour prévenir la dépendance en pratique clinique. Dans : Repérage et maintien de l'autonomie des personnes âgées fragiles – livre blanc. [Internet]. Fédération Medcomip. 2015. [Consulté le 03/05/2021]. Disponible à l'adresse : <http://www.medcomip.fr/--82/tg-formations/fragilite/livre-blanc-fragilite-2015.pdf>
- (7) Collège national des enseignants de gériatrie. Autonomie et dépendance. Université médicale virtuelle francophone. [Internet]. Université médicale virtuelle francophone. 2009. [Consulté le 03/05/2021]. Disponible à l'adresse : <http://campus.cerimes.fr/geriatrie/enseignement/geriatrie8/site/html/1.html>

- (8) Ennuyer B. 1962-2007 : regards sur les politiques du « maintien à domicile ». *Gérontologie et société*. 2007. 123:153-167.
- (9) Larousse. (s. d.). Maintien. Dans *Dictionnaire en ligne*. [Internet]. Editions Larousse. [Consulté le 02/04/2021]. Disponible à l'adresse : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/maintenir/48707>
- (10) Antunes K. Les Français souhaitent une prise en charge par l'état de la perte d'autonomie des personnes âgées. *Etudes et résultats - DREES*. 2020. 1148:1-5.
- (11) Muller M. 728 000 résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2015. *Etudes et résultats – DREES*. 2017. 1015:1-8.
- (12) Haute Autorité de Santé. Note méthodologique et de synthèse documentaire - Prendre en charge une personne âgée polypathologique en soins primaires. [Internet]. Haute Autorité de Santé ; 2015. [Consulté le 15/05/2021]. Disponible à l'adresse : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-04/note_methodologique_polypathologie_de_la_personne_agee.pdf
- (13) Roussel R. Personnes âgées dépendantes : les dépenses de prise en charge pourraient doubler en part de PIB d'ici à 2060. *Etudes et résultats – DREES*. 2017. 1032:1-6.
- (14) Centre hospitalier universitaire de Toulouse. Centre Collaborateur OMS pour la Fragilité, la Recherche Clinique et la Formation en Gériatrie. [Internet]. Centre hospitalier universitaire de Toulouse. 2018. [Consulté le 03/05/2021]. Disponible à l'adresse : https://www.chu-toulouse.fr/IMG/pdf/who_cc_-_newsletter_no2018-01-f.pdf
- (15) Ministère des solidarités et de la santé. Rapport de l'atelier 10 – Hôpital et personnes âgées. [Internet]. solidarites-sante.gouv. 2019. [Consulté le 04/03/2021]. Disponible à l'adresse : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/synthese_atelier_10_hopital_et_personne_agee_14_fev_2018_3_.docx.pdf

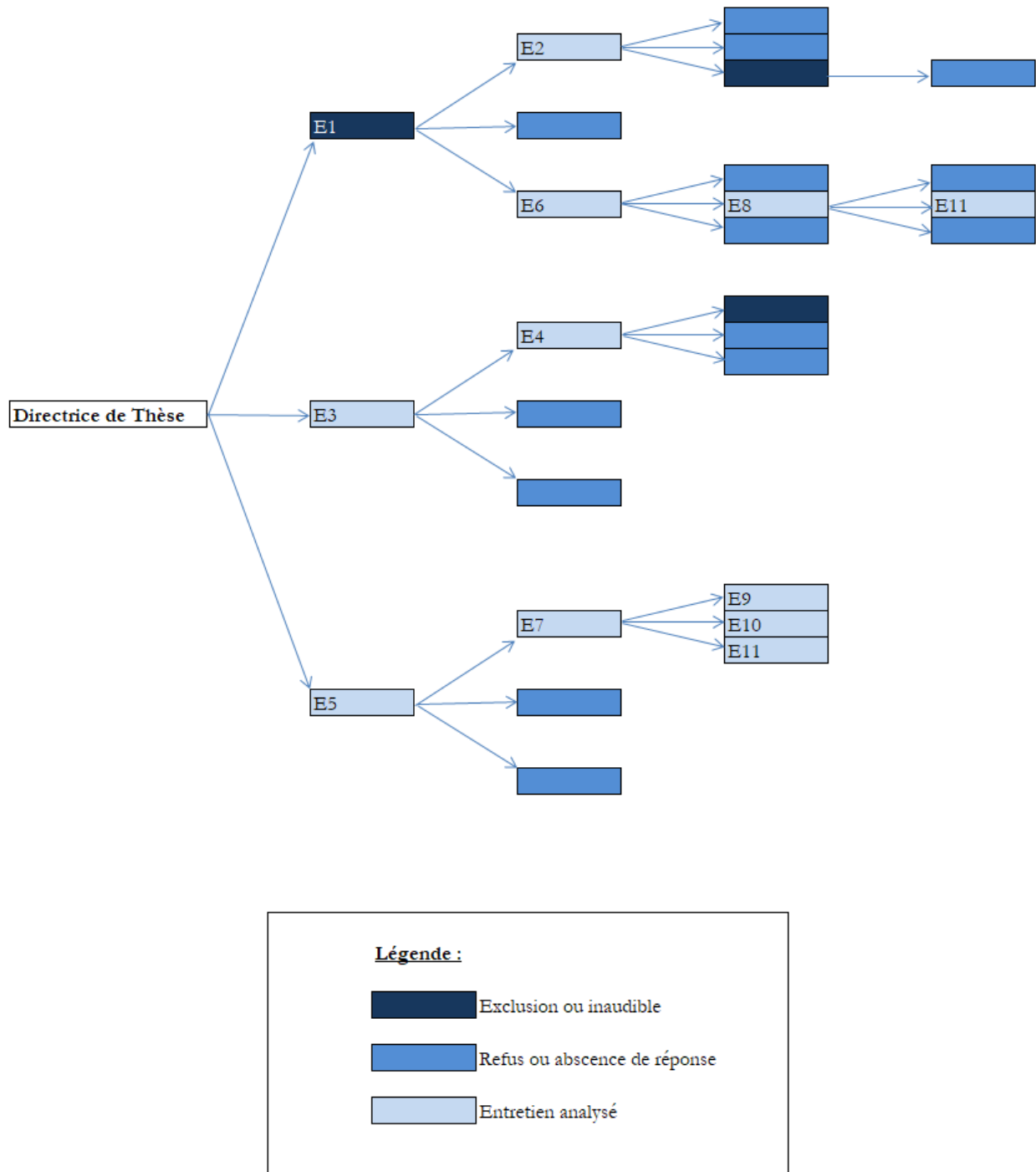
- (16) Haute autorité de santé. Prévenir la dépendance iatrogène liée à l'hospitalisation chez la personne âgée. [Internet]. Haute autorité de santé ; 2018. [Consulté le 15/07/2021]. Disponible à l'adresse : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-10/prevenir_la_dependance_iatrogene_liee_a_lhospitalisation_chez_les_personnes_agees_-_fiche_points_cles.pdf
- (17) Haute autorité de santé. Note méthodologique et de synthèse documentaire – « Coordination des parcours » Comment organiser l'appui aux professionnels de soins primaires. [Internet]. Haute autorité de santé ; 2014. [Consulté le 15/05/2021]. Disponible à l'adresse : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-09/note_appui_coordo_25_09_14.pdf
- (18) Code de la santé publique. Article L4130-1 (version à jour du 28 janvier 2016).
- (19) Blanchard P, Eslous L, Yeni I, Louis P. Evaluation de la coordination d'appui aux soins. [Internet]. Inspection générale des affaires sociales. 2014. [Consulté le 15/05/2021]. Disponible à l'adresse : https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2014-010R_Evaluation_coordination_appui_soins.pdf
- (20) E-santé en action. Paaco-Globule : l'outil E-parcours de la Nouvelle Aquitaine. [Internet]. GIP ESEA. [Consulté le 02/03/2021]. Disponible à l'adresse : <https://www.esa-na.fr/programmes/paaco-globule-loutil-e-parcours-de-la-nouvelle-aquitaine>
- (21) Agence régionale de santé Nouvelle Aquitaine. La sécurisation du partage d'information dans la coordination de parcours de personnes - Charte de recommandations de bonnes pratiques de l'usage de Paaco-Globule. [Internet]. Agence régionale de santé Nouvelle Aquitaine. 2020. [Consulté le 02/03/2021]. Disponible à l'adresse : https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/index.php/system/files/2020-02/2020_01_28_Charte_Bonnes_Pratiques_v1_0.pdf
- (22) Code de santé publique. Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

- (23) Laurens A. Le rôle de coordination des soins du médecin traitant dans les prises en charge palliatives à domicile : l'application Globule® peut-elle être une aide ? Thèse de médecine, Bordeaux : Université de Bordeaux ; 2016.
- (24) Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. *Kinesither Rev.* 2015. 15 (157) : 50-54.
- (25) Passerieux Q. Le ressenti des médecins généralistes utilisant une plateforme territoriale d'appui : l'exemple de la plateforme territoriale d'appui landaise Santé Landes. Thèse de médecine, Bordeaux : Université de Bordeaux ; 2020.
- (26) E-Santé en action. Chiffres de Déploiement du service Paaco-Globule. [Internet]. GIP ESEA. 2019. [Consulté le 01/04/2021]. Disponible à l'adresse : https://www.esea-na.fr/sites/default/files/slide%20chiffre_D%C3%A9c%202019.pdf
- (27) E-santé en action. Paaco-Globule : le service e-parcours régional de communication et de coordination. [Internet]. GIP ESEA. 2017. [Consulté le 01/04/2021]. Disponible à l'adresse : https://www.esea-na.fr/sites/default/files/2017_11_06_Plaquette%20PAACO_v6.pdf
- (28) Rougier M. Repositionnement du médecin généraliste au centre de la prise en charge des patients sous chimiothérapie orale grâce aux plateformes territoriales d'appui : élaboration d'un nouveau fonctionnement avec Santé Landes pour les patients atteints d'un myélome multiple traité par Lénalidomide-Dexaméthasone. Thèse de médecine, Bordeaux : Université de Bordeaux ; 2018.
- (29) Code de santé publique. Décret n°2016-995 du 20 juillet 2016 relatif aux lettres de liaison. JORF du 22 juillet 2016.
- (30) Agnelli J, Lavigne K. Perception des professionnels de santé et du social concernant l'utilisation de la plateforme PAACO pour la communication entre ville et hôpital : Étude qualitative sur le territoire Haut Béarn et Soule. Thèse de médecine, Bordeaux : Université de Bordeaux ; 2021.

- (31)** Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits de la femme. Loi de modernisation de notre système de santé – Dossier de presse. [Internet]. solidarites-santé.gouv. 2016. [Consulté le 16/04/2021]. Disponible à l'adresse : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/280116_dp_loi-de-sante.pdf
- (32)** Hono R, Jaquement M, Mayeur D, Michenot S, Vitu-Loas L. Soins palliatifs et accompagnement. Actualité et dossier en santé publique. 1999. 28 : 42.
- (33)** URPS. Simplifier la coordination autour des patients – Etats des lieux et attentes des médecins libéraux en Ile-de-France. [Internet]. URPS. 2017. [Consulté le 19/05/2021]. Disponible à l'adresse : https://www.urps-med-idf.org/wp-content/uploads/2017/05/170330_CP_coordinations-locales-IDF-URPS.pdf
- (34)** Petits frères des pauvres. Isolement des personnes âgées : les effets du confinement – L'isolement de nos aînés est une vraie distanciation sociale. [Internet]. Petits frères des pauvres. 2020. [Consulté le 22/05/2021]. Disponible à l'adresse : https://www.petitsfreresdespauvres.fr/plusjamaisinvisibles/files/2020_06_04_PFP_RAPPORT_ISOLEMENT_DES_PERSONNES_AGEES_ET_CONFINEMENT.pdf
- (35)** Barthélémy L. Les médecins à l'ère du numérique. [Internet]. IPSOS. 2017. [Consulté le 19/05/2021]. Disponible à l'adresse : <https://www.ipsos.com/fr-fr/les-medecins-lere-du-numerique>
- (36)** Duqueroy V. Burnout des médecins français : enquête 2020. Medscape. [Internet]. 2020. Disponible à l'adresse : <https://francais.medscape.com/diaporama/33000229#1>
- (37)** Artiguebere C, Lasserre A. Télémedecine et téléexpertise en plaies et cicatrisation : ressenti de médecins généralistes béarnais. Thèse de médecine, Bordeaux : Université de Bordeaux ; 2019.

- (38)** Agence régionale de santé Nouvelle Aquitaine. Dispositif d'appui à la coordination de Nouvelle Aquitaine – Les plateformes territoriales d'appui. [Internet]. Agence régionale de santé Nouvelle Aquitaine. 2021. [Consulté le 21/05/2021]. Disponible à l'adresse : <https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/plateformes-territoriales-dappui-les-dispositifs-dappui-la-coordination-de-nouvelle-aquitaine>
- (39)** Ministère des solidarités et de la santé. Les dispositifs d'appui à la coordination – DAC. [Internet]. solidarites-sante.gouv. 2021. [Consulté le 21/05/21]. Disponible à l'adresse : <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/cooperations/DAC>

Annexes



Annexe 1 : Tableau de recrutement des médecins interrogés

Annexe 2 : Trame des entretiens semi dirigés

- 1) Pouvez-vous me parler de l'utilisation que vous faites du logiciel Paaco-globule dans votre pratique quotidienne ?

⇒ Questions de relance éventuelles :

De quelle façon l'utilisez-vous dans votre quotidien ?

Comment ? Sur téléphone portable ou ordinateur ? Au cabinet ou en visite ?

- 2) Expliquez-moi de ce qui vous a décidé au début à utiliser Paaco-Globule

⇒ Questions de relance éventuelles :

Comment avez-vous connu cet outil ?

Pourquoi l'avez-vous choisi ?

Que recherchez-vous de cet exercice ?

- 3) Pouvez-vous me décrire les avantages et les inconvénients de l'utilisation de Paaco-Globule ?

- 4) Quels changements avez-vous constaté dans la prise en charge à domicile des patients âgés avec l'utilisation du logiciel Paaco-Globule ?

⇒ Questions de relance éventuelles :

Quel est l'impact de Paaco-Globule dans la prise en charge des patients âgés à domicile ? Ou est-ce qu'il y a un impact ?

Notamment quelles sont les répercussions sur la communication avec personnel paramédical, lien ville-hôpital, autres (plaies et cicatrisation, etc...) ?

Quel est l'impact dans le suivi et le maintien à domicile des patients ?

- 5) Quelles étaient vos attentes initiales et sont-elles remplies ?

- 6) Données concernant le médecin interrogé :
- Quel est votre âge
 - Quel est votre date d'installation
 - Êtes-vous dans un cabinet seul ou en groupe
 - Si oui : Paaco-Globule est-il partagé par vos collègues du cabinet ?
 - Êtes-vous en zone rurale, semi-rurale, ou urbaine ?
 - Êtes-vous maître de stage universitaire ?
 - Quelle est votre date de début d'utilisation du logiciel Paaco-Globule ?
 - Diriez-vous que votre utilisation est quotidienne ? Hebdomadaire ? Mensuelle ?
 - Combien de patients avez-vous dans votre file active ?
- 7) Pour ma thèse je réalise un recrutement en boule de neige, pouvez-vous me donner 3 noms de collègues qui seraient susceptibles de répondre à mon questionnaire ?
- 8) Voulez-vous rajouter quelque chose ?

Annexe 3 : Exemple d'un entretien réalisé auprès d'un médecin interrogé

Marjorie : Pour commencer pouvez-vous me parler de votre utilisation de Paaco-Globule dans votre pratique quotidienne ?

Médecin interrogé : Euh je l'utilise pour tous mes patients que j'ai à domicile. Euh donc voilà. C'est donc pour moi une façon... fff... ça remplace le cahier que j'avais mis en place à domicile où je tenais à jour les visites et puis l'évolution du patient avec le traitement. Du coup ça me permet d'avoir ce même cahier que je ne pouvais pas transporter, que je laissais à domicile, donc sur moi en permanence. Et donc quand je suis interrogé quand il y a quelqu'un qui est hospitalisé, ben parfois je me retrouvais un peu démuné. Ça me perturbait de pas savoir, de pas pouvoir répondre sur le traitement et là je l'ai sous les yeux. Il suffit de leur demander d'attendre 3 minutes. Donc voilà. Après ça me permet d'intégrer les courriers que je reçois. Donc j'ai vraiment tout à portée de main. Donc moi c'est un outil que j'apprécie.

Marjorie : Donc vous l'utilisez en visite en fait directement sur votre téléphone ?

Médecin interrogé : En visite ouais.

Marjorie : Et vous notez au fur et à mesure, et parfois sur l'ordinateur pour intégrer des documents en plus

Médecin interrogé : Ouais exactement. Enfin quand je suis au cabinet et que je reçois maintenant de plus en plus de documents informatisés, ça me permet de les intégrer facilement.

Marjorie : Ok. Et pour les patients du cabinet jamais vous ne vous servez de ça ?

Médecin interrogé : Non en fait de temps de temps j'ai des patients qui sont euh... Que je vois à domicile ponctuellement puis qui reviennent au cabinet, donc voilà. Mais en fait donc j'ai ouvert un dossier Paaco-Globule et euh je l'interromps après. S'ils peuvent revenir au cabinet je fais mon suivi avec mon logiciel informatique.

Marjorie : Ok. Et initialement qu'est-ce qui vous avez décidé à utiliser Paaco-Globule ?

Médecin interrogé : Euh c'est l'expérience des autres. J'avais fait une formation sur mon logiciel, donc voilà, je trouvais déjà un peu contraignant qu'il n'y ait pas de l'export. Enfin que je ne puisse pas avoir euh... Je leur avais demandé une forme de tablette ou quelque chose qui puisse me permettre de rester connecté avec les données. Parce que la définition d'un médecin traitant c'est quand même de suivre les gens dans le temps, donc arrive un moment où en fait ils sont en perte d'autonomie. Et le dossier médical maintenant qu'il est informatisé c'est compliqué de l'avoir sous le bras. Donc je... voilà. Alors c'était quelque chose qui n'était pas fourni avec le logiciel et du coup

euh... Paaco-globule a répondu à cette demande. En fin de compte j'étais allé à la formation il y a 2 ans sur Crossway à Bordeaux, tout le monde (il insiste), me parlait de Paaco-Globule pour la prise en charge de leurs patients. Donc je me suis renseigné, donc j'avais essayé de télécharger l'application mais ça ne marchait pas comme il me fallait un code après. Et bon an mal an j'ai pris contact et j'ai réussi à le faire accepter à peu près à toute l'équipe. Donc voilà. Donc la je suis en lien avec tous les cabinets infirmiers du coin en tout cas d'Espelette. Ce qui me permet vraiment de suivre les évolutions de plaies, de voilà. Très bien.

Marjorie : Et vous avez d'autres liens en dehors des cabinets infirmiers ? Par exemple les assistantes sociales...

Médecin interrogé : Alors j'ai quelques centres par exemple, l'équipe mobile de gérontologie, voilà. Mais au quotidien je le sens pas du tout ça. Il semblerait qu'aussi Santé Service qui est une hospitalisation à domicile, l'ait mais ne l'utilise pas du tout. Donc bon voilà. C'est vrai qu'il faut faire avec ce qu'on a. Ce qui serait bien ce serait que tout le monde s'harmonise un petit peu sur un logiciel. Là en l'occurrence localement nous on fonctionne tous avec ça. C'est-à-dire que même quand mes associés vont voir un de mes patients, j'ai une transmission ! (Il insiste). C'est vraiment... enfin, je suis assez content.

Marjorie : Oui, pour le lien que ça met entre les professionnels de santé finalement, pour ne pas perdre d'informations.

Médecin interrogé : Oui exactement. C'est... Si je dois intervenir parce que c'est un jour de repos de mon associée, elle le voit très bien, et en plus de ça j'ai accès directement à tout le dossier médical parce qu'elle renseigne pareil que moi. Et vice versa quoi. Donc quand on fait une intervention sur quelqu'un qu'on ne connaît pas on est parfois un peu mal à l'aise, et surtout parce que voilà, on n'a pas les informations nécessaires quoi.

Marjorie : Tout à fait. Et donc ça en fait on peut dire que ça fait partie d'un des avantages de Paaco-Globule. Est-ce que vous en voyez d'autres avantages, et des inconvénients également ?

Médecin interrogé : Alors, avantage, c'est que c'est gratos. Voilà. L'autre chose... Bon ce n'est pas ça qui m'a fait choisir hein. Il y aurait la même chose, une solution payante avec le logiciel euh... Voilà. Et puis que vraisemblablement je n'ai pas de produit équivalent. Donc ça a aussi le problème, enfin le monopole qu'offre Paaco-Globule. Donc euh voilà.

Une des limitantes c'est que j'ai accès à Paaco-Globule que si j'ai un réseau. Donc voilà. C'est si je n'ai pas de réseau, de 3G ou 4G, je ne peux pas m'en servir. C'est compliqué.

Autre chose ce qu'on peut regretter, une des limitantes, c'est qu'effectivement plus on a de professionnels qui se connectent à ça, je préfère très bien transférer euh... Parce que ce sont des

patients qu'on suit à domicile donc qui ont une faible autonomie, qui ne vont pas forcément chercher les médicaments à la pharmacie. Donc si la pharmacie se mettait à Paaco-Globule je pourrai directement télétransmettre les ordonnances et auquel cas ils pourraient directement préparer les médicaments en conséquence. Donc ça pourrait permettre d'améliorer un petit peu la prise en charge des patients. Donc bon après en y réfléchissant on peut trouver des trucs mais ça ce n'est pas mon domaine.

Marjorie : Oui c'est ça, c'est limité aux acteurs qui s'impliquent là-dedans quoi

Médecin interrogé : Oui

Marjorie : S'il n'y a personne qui vous répond en face forcément...

Médecin interrogé : Oui après même s'il n'y a personne qui répond en face, moi c'est comme un... J'ai mon observation. C'est-à-dire que pour moi, enfin, même si personne ne s'implique j'ai, je peux me référer à ma dernière consultation de voir où j'en étais resté pour reprendre un petit peu l'interrogatoire, le suivi du patient. Les patients qu'on voit tous les 3 mois c'est parfois un peu compliqué de recoller les wagons donc voilà.

Marjorie : Oui ça vous sert presque en fait de logiciel métier

Médecin interrogé : Oui c'est un logiciel métier pour moi oui, à domicile. Après il y a certaines fonctionnalités qui me demandent trop de temps donc je n'utilise pas. C'est-à-dire qu'il y a un truc pour avoir tous les médicaments référencés, donc une ordonnance un peu virtuelle. Mais voilà moi je fais juste la photo de mon ordonnance qui permet d'être stockée dans le logiciel et voilà. Donc euh je ne me sers sans doute pas du tout à fond du logiciel mais par manque de temps.

Marjorie : D'accord. Après vous me disiez tout à l'heure que vous aviez eu un petit retour de l'EMOG sur Paaco, vous avez d'autres liens avec l'hôpital via Paaco ou c'est la seule chose ?

Médecin interrogé : Via Paaco non.

Marjorie : L'hôpital en lui-même... ?

Médecin interrogé : Non. J'ai l'espoir qu'eux, utilisent Paaco-Globule quand ils reçoivent un de mes patients à moi quoi un truc comme ça. C'est-à-dire qu'ils puissent l'utiliser pour prendre en charge les choses. Après moi je n'ai jamais de retours donc via Paaco-Globule d'autres professionnels.

Marjorie : D'accord. Donc par rapport vraiment aux patients âgés à domicile vous avez quand même l'impression qu'il y a eu un impact sur votre façon d'exercer en tout cas depuis que vous utilisez Paaco ?

Médecin interrogé : Oui. Ouais ça me permet un suivi plus précis. Donc ça m'évite euh... Enfin j'ai la dernière ordonnance de référence sans que le patient me sorte une ordonnance datant de 6 mois ! Enfin ce sont des expériences qu'on a tous vécu ! « Je n'ai pas fait une adaptation là ? Je me souviens plus... Je n'ai pas dit que je modifiais ce médicament-là ? Non ? Bon Ok... » Et c'est la pharmacie qui vous rappelle pour vous dire « ah non mais vous n'aviez pas mis le même médicament » « ah bon ben merci » ... Donc j'ai moins d'erreurs de ce style-là.

Marjorie : D'accord. Donc finalement est ce que vos attentes initiales sont remplies par rapport à Paaco-Globule ?

Médecin interrogé : Je ne sais pas si j'avais des attentes. Mais par rapport à... Je trouve qu'il y a un bénéfice à l'usage de Paaco-Globule. Je n'avais rien d'équivalent. Enfin j'avais un cahier, donc euh c'est... Ouais j'ai un gain par rapport à l'usage de mon cahier donc. Je n'avais pas d'attente, enfin, j'espérais améliorer mon... Oui, si, j'avais une attente d'améliorer un petit peu ma prise en charge et c'est le cas.

Marjorie : Ok. Bon c'est parfait.

Est-ce que je peux vous demander votre âge ?

Médecin interrogé : J'ai 40 ans.

Marjorie : Parfait. Votre date d'installation ?

Médecin interrogé : Je suis installé depuis 2013.

Marjorie : Donc vous m'avez dit que vous êtes en cabinet de groupe et était partagé dans le cabinet c'est bien ça ?

Médecin interrogé : Oui.

Marjorie : Vous êtes en zone rurale, semi-rurale, urbaine ?

Médecin interrogé : Semi-rurale.

Marjorie : Vous êtes MSU ?

Médecin interrogé : Oui.

Marjorie : Est-ce que votre date de début d'utilisation de Paaco-Globule ?

Médecin interrogé : Euh... Je vais voir par rapport à la création de mes patients... (Il consulte son téléphone). Je vais chercher des vieux patients que je prends en charge depuis longtemps... Je dirai ouais c'est avril/mai 2019, ça va faire 2 ans.

Marjorie : Donc vous l'utilisez quotidiennement, hebdomadairement, mensuellement...

Médecin interrogé : Tous les jours, les jours où je travaille.

Marjorie : Et donc vous m'avez dit le nombre de patients une cinquantaine

Médecin interrogé : Oui une cinquantaine même peut être un peu plus voilà. Parce qu'il y en a qui sont mal rangés. Probablement une soixantaine. Oui entre 50 et 60.

Marjorie : Bon c'est parfait.

Annexe 4 : Résultats attendus en amont du travail de thèse

- Faciliter la communication entre professionnels de santé intervenant à domicile
- Augmentation du nombre d'échanges entre professionnels
- Amélioration de la communication avec l'hôpital
- Renfort du lien ville/hôpital
- Pluralité des domaines impactés par le logiciel Paaco-Globule : consultation plaies et cicatrisation, lien avec les pharmacies et autres professionnels de santé intervenant à distance
- Aide au travail de coordination des soins des médecins généralistes
- Impact sur le maintien à domicile des patients
- Meilleur suivi des patients âgés à domicile
- Impact positif et/ou négatif des nouvelles technologies dans la pratique quotidienne de médecin généraliste
- Modernisation des pratiques et de la visite à domicile

Serment médical 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. »

RESUME

INTRODUCTION : Face au vieillissement à venir de la population, les médecins généralistes vont devoir s'adapter à la demande croissante d'accompagnement et de coordination des soins des patients à domicile. Paaco-Globule est un outil numérique qui a pour vocation d'aider le médecin dans cette tâche en mettant en connexion les différents professionnels de santé intervenant auprès du patient.

OBJECTIF : Recueillir le vécu des médecins généralistes de l'utilisation de Paaco-Globule dans la prise en charge des patients âgés à domicile.

METHODE : Etude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés auprès de médecins généralistes des Pyrénées-Atlantiques et des Landes utilisant Paaco-Globule. Une analyse interprétative phénoménologique du verbatim intégralement retranscrit a été réalisée.

RESULTATS : 11 entretiens ont été réalisés. Paaco-Globule semble être en grande majorité adopté par les médecins qui l'utilisent. Il remplit son rôle d'outil de communication au sein d'un panel varié de professionnels de santé. Même s'il n'efface pas le problème du fossé persistant entre la ville et l'hôpital. Paaco-Globule aide les médecins à faire face à leur rôle difficile de coordinateur des soins, surtout dans le domaine social. Il permet une modernisation de la médecine à domicile grâce à son utilisation nomade et à la transmission de données instantanée. Cependant ce nouvel outil amène avec lui une vague d'informations, pas toujours pertinentes, et qui ternit les avantages que peuvent en retirer les médecins. Cela peut même devenir envahissant avec la multiplication de sources de données arrivant aux médecins généralistes par différents biais. Le risque est qu'à force de créer des liens autour du patient, on en oublie de privilégier le lien direct avec le patient lui-même.

CONCLUSION : Le défi à relever de la gestion des patients âgés à domicile pourrait être facilité par l'utilisation de Paaco-Globule. Les médecins généralistes semblent apprécier ce que cet outil leur apporte. Mais l'implication de tous sera nécessaire pour harmoniser les pratiques, autour de Paaco-Globule si cela se pérennise, afin de simplifier les prises en charge des patients à long terme.

MOTS-CLES : Sujet âgé – soins à domicile – applications mobiles – prise en charge personnalisée du patient – communication – Paaco-Globule.

ABSTRACT

TITLE : General practitioners' experience in elderly patients care at home through the use of a digital coordination tool Paaco-Globule.

INTRODUCTION : With the ageing of the population on the horizon, general practitioners will have to adapt to the growing demand for support and coordination of care for patients at home. Paaco-Globule is a digital tool that aims to help doctors in this task by connecting the various health staff working with the patient.

OBJECTIVE : To collect general practitioners' experiences of using Paaco-Globule in elderly patients care at home.

METHOD : Qualitative study by individual semi-directed interviews with general practitioners in the Pyrénées-Atlantiques and Landes using Paaco-Globule. An interpretative phenomenological analysis of the fully transcribed verbatim was carried out.

RESULTS : 11 interviews were conducted. Paaco-Globule appears to be overwhelmingly adopted by the doctors who use it. It fulfils its role as a communication tool within a varied panel of health professionals. Even if it does not erase the problem of the persistent gap between city and hospital medicine. Paaco-Globule helps doctors to cope with their difficult role as care coordinator, especially in the social field. It allows for the modernization of home medicine thanks to its nomadic use and instantaneous data transmission. However, this new tool brings with it a wave of information, not always relevant, and which tarnishes the advantages that doctors can gain from it. It can even become invasive with the multiplication of data sources reaching general practitioners through different channels. The risk is that by creating links around the patients, we forget to privilege the direct link with the patients themselves.

CONCLUSION : The challenge of managing elderly patients at home could be facilitated by the use of Paaco-Globule. General practitioners seem to appreciate what this tool brings them. But the involvement of all will be necessary to harmonise practices, around Paaco-Globule if it becomes permanent, in order to simplify patient management in the long term.

KEYWORDS : Aged – home nursing – mobile applications – case management – Communication – Paaco-Globule.

DISCIPLINE : Médecine Générale

Université de Bordeaux - UFR des sciences médicales. 146 Rue Léo Saignat. 33300 BORDEAUX