



HAL
open science

Perception et attentes des professionnels médico-sociaux concernant le parcours du patient entre l'hôpital et l'ambulatoire dans une Communauté Professionnelle Territoriale de Santé. Une étude qualitative par entretiens individuels. Proposition d'un dispositif

Ecaterina Chutova, Élodie Lukaszewicz

► **To cite this version:**

Ecaterina Chutova, Élodie Lukaszewicz. Perception et attentes des professionnels médico-sociaux concernant le parcours du patient entre l'hôpital et l'ambulatoire dans une Communauté Professionnelle Territoriale de Santé. Une étude qualitative par entretiens individuels. Proposition d'un dispositif. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03474744

HAL Id: dumas-03474744

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03474744>

Submitted on 10 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.

UNIVERSITÉ CLERMONT AUVERGNE

UFR DE MÉDECINE ET DES PROFESSIONS PARAMÉDICALES

THÈSE D'EXERCICE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

par

CHUTOVA Ecaterina
et
LUKASZEWICZ Elodie

Présentée et soutenue publiquement le 7 octobre 2021

Perception et attentes des professionnels médico-sociaux concernant le parcours du patient entre l'hôpital et l'ambulatoire dans une Communauté Professionnelle Territoriale de Santé. Une étude qualitative par entretiens individuels. Proposition d'un dispositif.

Directeur de thèse : Madame RICHARD Amélie, Docteur et Maître de conférences associé des Universités, Maison de Santé Pluridisciplinaire de Joze

Président du jury : Monsieur VORILHON Philippe, Professeur, UFR de Médecine et des Professions paramédicales de Clermont-Ferrand

Membre du jury : Monsieur RUIVARD Marc, Professeur, UFR de Médecine et des Professions paramédicales de Clermont-Ferrand

UNIVERSITÉ CLERMONT AUVERGNE

UFR DE MÉDECINE ET DES PROFESSIONS PARAMÉDICALES

THÈSE D'EXERCICE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

par

CHUTOVA Ecaterina
et
LUKASZEWICZ Elodie

Présentée et soutenue publiquement le 7 octobre 2021

Perception et attentes des professionnels médico-sociaux concernant le parcours du patient entre l'hôpital et l'ambulatoire dans une Communauté Professionnelle Territoriale de Santé. Une étude qualitative par entretiens individuels. Proposition d'un dispositif.

Directeur de thèse : Madame RICHARD Amélie, Docteur et Maître de conférences associé des Universités, Maison de Santé Pluridisciplinaire de Joze

Président du jury : Monsieur VORILHON Philippe, Professeur, UFR de Médecine et des Professions paramédicales de Clermont-Ferrand

Membre du jury : Monsieur RUIVARD Marc, Professeur, UFR de Médecine et des Professions paramédicales de Clermont-Ferrand



UNIVERSITE CLERMONT AUVERGNE

PRESIDENTS HONORAIRES
UNIVERSITE D'AUVERGNE

: **JOYON** Louis
: **DOLY** Michel
: **TURPIN** Dominique
: **VEYRE** Annie
: **DULBECCO** Philippe
: **ESCHALIER** Alain

PRESIDENTS HONORAIRES
UNIVERSITE BLAISE PASCAL

: **CABANES** Pierre
: **FONTAINE** Jacques
: **BOUTIN** Christian
: **MONTEIL** Jean-Marc
: **ODOUARD** Albert
: **LAVIGNOTTE** Nadine

PRESIDENT DE L'UNIVERSITE et
PRESIDENT DU CONSEIL ACADEMIQUE PLENIER
PRESIDENT DU CONSEIL ACADEMIQUE RESTREINT
VICE-PRESIDENTE DU CONSEIL D'ADMINISTRATION
VICE-PRESIDENT DE LA COMMISSION DE LA
RECHERCHE
VICE PRESIDENTE DE LA COMMISSION DE LA
FORMATION ET DE LA VIE UNIVERSITAIRE
DIRECTEUR GENERAL DES SERVICES

: **BERNARD** Mathias
: **DEQUIEDT** Vianney
: **FOGLI** Anne
: **HENRARD** Pierre

: **PEYRARD** Françoise
: **PAQUIS** François



UFR DE MEDECINE ET DES PROFESSIONS PARAMEDICALES

DOYENS HONORAIRES

: **DETEIX** Patrice
: **CHAZAL** Jean

DOYEN
RESPONSABLE ADMINISTRATIVE

: **CLAVELOU** Pierre
: **ROBERT** Gaëlle

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. BACIN Franck - BEGUE René-Jean - BEYTOUT Jean - BOMMELAER Gilles - BOUCHER Daniel - BUSSIÈRE Jean-Louis - CANO Noël - CASSAGNES Jean - CATILINA Pierre - CHABANNES Jacques - CHAZAL Jean - CHIPPONI Jacques - CHOLLET Philippe - CITRON Bernard - COUDERT Jean - DASTUGUE Bernard - DAUPLAT Jacques - DECHELOTTE Pierre - DEMEOCQ François - DE RIBEROLLES Charles - DETEIX Patrice - ESCANDE Georges - Mme FONCK Yvette - MM. GENTOU Claude - Mme GLANDDIER Phyllis - MM. IRTHUM Bernard - JACQUETIN Bernard - Mme LAVARENNE Jeanine - MM. LAVERAN Henri - LESOURD Bruno - LEVAI Jean-Paul - MAGE Gérard - MARCHEIX Jean- Claude - MICHEL Jean-Luc - MONDIE Jean-Michel - PHILIPPE Pierre - PLAGNE Robert - PLANCHE Roger - PONSONNAILLE Jean - REY Michel - Mme RIGAL Danièle - MM. ROZAN Raymond - SCHOEFFLER Pierre - SIROT Jacques - RIBAL Jean-Pierre - SOUTEYRAND Pierre - TANGUY Alain - TERVER Sylvain - THIEBLOT Philippe - TOURNILHAC Michel - VANNEUVILLE Guy - VIALLET Jean-François - Mlle VEYRE Annie

PROFESSEURS EMERITES :

MM. AUMAITRE Olivier - BOITEUX Jean-Paul - CHAMOUX Alain - DUBRAY Claude - ESCHALIER Alain - KEMENY Jean-Louis - LABBE André - Mme LAFEUILLE Hélène - MM. LEMERY Didier - LUSSON Jean-René

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

CLASSE EXCEPTIONNELLE

M.	VAGO Philippe	Histologie-Embryologie Cytogénétique
M.	AVAN Paul	Biophysique et Traitement de l'Image
M.	DURIF Franck	Neurologie
M.	BOIRE Jean-Yves	Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication
M.	BOYER Louis	Radiologie et Imagerie Médicale option Clinique
M.	POULY Jean-Luc	Gynécologie et Obstétrique
M.	CANIS Michel	Gynécologie-Obstétrique
Mme	PENAULT-LLORCA Frédérique	Anatomie et Cytologie Pathologiques
M.	BAZIN Jean-Etienne	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale
M.	BIGNON Yves Jean	Cancérologie option Biologique
M.	BOIRIE Yves	Nutrition Humaine
M.	CLAVELOU Pierre	Neurologie
M.	GILAIN Laurent	O.R.L.
M.	LEMAIRE Jean-Jacques	Neurochirurgie
M.	CAMILLERI Lionel	Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire
M.	DAPOIGNY Michel	Gastro-Entérologie

M.	LLORCA Pierre-Michel	Psychiatrie d'Adultes
M.	PEZET Denis	Chirurgie Digestive
M.	SOUWEINE Bertrand	Réanimation Médicale
M.	BOISGARD Stéphane	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
Mme.	DUCLOS Martine	Physiologie
M.	SCHMIDT Jeannot	Médecine d'Urgence
M.	BERGER Marc	Hématologie
M.	GARCIER Jean-Marc	Anatomie-Radiologie et Imagerie Médicale
M.	ROSSET Eugénio	Chirurgie Vasculaire
M.	SOUBRIER Martin	Rhumatologie
M.	ABERGEL Armando	Hépatologie
Mle	BARTHELEMY Isabelle	Chirurgie Maxillo-Faciale
M.	RUIVARD Marc	Médecine Interne

1ère CLASSE

M.	CAILLAUD Denis	Pneumo-phtisiologie
M.	VERRELLE Pierre	Radiothérapie option Clinique
M.	D'INCAN Michel	Dermatologie -Vénéréologie
Mme	JALENQUES Isabelle	Psychiatrie d'Adultes
M.	GERBAUD Laurent	Epidémiologie, Economie de la Santé et Prévention
M.	TAUVERON Igor	Endocrinologie et Maladies Métaboliques
M.	MOM Thierry	Oto-Rhino-Laryngologie
M.	RICHARD Ruddy	Physiologie
M.	SAPIN-DEFOR Vincent	Biochimie et Biologie Moléculaire
M.	BAY Jacques-Olivier	Cancérologie
M.	COUDEYRE Emmanuel	Médecine Physique et de Réadaptation
Mme	GODFRAIND Catherine	Anatomie et Cytologie Pathologiques
M.	LAURICHESSE Henri	Maladies Infectieuses et Tropicales
M.	TOURNILHAC Olivier	Hématologie
M.	CHIAMBARETTA Frédéric	Ophthalmologie
M.	FILAIRE Marc	Anatomie – Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire
M.	GALLOT Denis	Gynécologie-Obstétrique
M.	GUY Laurent	Urologie
M.	TRAORE Ousmane	Hygiène Hospitalière
M.	ANDRE Marc	Médecine Interne
M.	BONNET Richard	Bactériologie, Virologie
M.	CACHIN Florent	Biophysique et Médecine Nucléaire
M.	COSTES Frédéric	Physiologie
M.	FUTIER Emmanuel	Anesthésiologie-Réanimation
Mme	HENG Anne-Elisabeth	Néphrologie
M.	MOTREFF Pascal	Cardiologie
Mme	PICKERING Gisèle	Pharmacologie Clinique
M	RABISCHONG Benoît	Gynécologie Obstétrique
M.	CHABROT Pascal	Radiologie et Imagerie Médicale
M.	DESCAMPS Stéphane	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Mme	HENQUELL Cécile	Bactériologie Virologie
Mme	POMEL Christophe	Cancérologie – Chirurgie Générale

2ème CLASSE

Mme	CREVEAUX Isabelle	Biochimie et Biologie Moléculaire
M.	FAICT Thierry	Médecine Légale et Droit de la Santé
Mme	KANOLD LASTAWIECKA Justyna	Pédiatrie
M.	TCHIRKOV Andréï	Cytologie et Histologie
M.	CORNELIS François	Génétique
M.	LESENS Olivier	Maladies Infectieuses et Tropicales
M.	AUTHIER Nicolas	Pharmacologie Médicale
M.	BROUSSE Georges	Psychiatrie Adultes/Addictologie
M.	BUC Emmanuel	Chirurgie Digestive
M.	LAUTRETTE Alexandre	Néphrologie Réanimation Médicale
Mme	BRUGNON Florence	Biologie et Médecine du Développement et de la Reproduction
M.	ESCHALIER Romain	Cardiologie
M.	MERLIN Etienne	Pédiatrie
Mme	TOURNADRE Anne	Rhumatologie
M.	DURANDO Xavier	Cancérologie
M.	DUTHEIL Frédéric	Médecine et Santé au Travail
Mme	FANTINI Maria Livia	Neurologie
M.	SAKKA Laurent	Anatomie – Neurochirurgie
M.	BOURDEL Nicolas	Gynécologie-Obstétrique
M.	GUIEZE Romain	Hématologie
M.	POINCLOUX Laurent	Gastroentérologie
M.	SOUTEYRAND Géraud	Cardiologie
M.	EVARD Bertrand	Immunologie
M.	POIRIER Philippe	Parasitologie et Mycologie
Mme	PHAM DANG Nathalie	Chirurgie Maxillo-Faciale et Stomatologie
Mme	SARRET Catherine	Pédiatrie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

1ère CLASSE

M.	CLEMENT Gilles	Médecine Générale
M.	VORILHON Philippe	Médecine Générale

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

2^{ème} CLASSE

Mme MALPUECH-BRUGERE Nutrition Humaine

PROFESSEURS ASSOCIES DES UNIVERSITES

Mme BOTTET-MAULOUBIER Anne Médecine Générale
M. CAMBON Benoît Médecine Générale
M. TANGUY Gilles Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

HORS CLASSE

Mme CHAMBON Martine Bactériologie Virologie
Mme BOUTELOUP Corinne Nutrition
Mme FOGLI Anne Biochimie Biologie Moléculaire
Mle GOUAS Laetitia Cytologie et Histologie, Cytogénétique

1^{ère} CLASSE

M. MORVAN Daniel Biophysique et Traitement de l'Image
Mle GOUMY Carole Cytologie et Histologie, Cytogénétique
M. MARCEAU Geoffroy Biochimie Biologie Moléculaire
Mme MINET-QUINARD Régine Biochimie Biologie Moléculaire
M. ROBIN Frédéric Bactériologie
Mle VERONESE Lauren Cytologie et Histologie, Cytogénétique
M. DELMAS Julien Bactériologie
Mle MIRAND Audrey Bactériologie Virologie
M. OUCHCHANE Lemlih Biostatistiques, Informatique Médicale et
Technologies de Communication
M. LIBERT Frédéric Pharmacologie Médicale
Mle COSTE Karen Pédiatrie
Mle AUMERAN Claire Hygiène Hospitalière
Mme CASSAGNES Lucie Radiologie et Imagerie Médicale
M. LEBRETON Aurélien Hématologie
M. BUISSON Anthony Gastroentérologie
M. BOUVIER Damien Biochimie et Biologie Moléculaire

M.	MAQDASY Salwan	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques
Mme	NOURRISSON Céline	Parasitologie – Mycologie
Mme	PONS Hanaë	Biologie et Médecine du Développement et de la Reproduction

2ème CLASSE

M.	JABAUDON-GANDET Matthieu	Anesthésiologie – Réanimation
M.	COLL Guillaume	Chirurgicale Neurochirurgie
M.	GODET Thomas	Anesthésiologie – Réanimation et Médecine Péri-Opératoire
M.	LACHAL Jonathan	Pédopsychiatrie
M.	MOUSTAFA Farès	Médecine d'Urgence

**MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES
DE MEDECINE GENERALE**

1ère CLASSE

Mme	VAILLANT-ROUSSEL Hélène	Médecine Générale
-----	-------------------------	-------------------

2ème CLASSE

Mme	LAPORTE Catherine	Médecine Générale
-----	-------------------	-------------------

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

HORS CLASSE

M.	BLANCHON Loïc	Biochimie Biologie Moléculaire
M.	MARCHAND Fabien	Pharmacologie Médicale
Mme	VAURS-BARRIERE Catherine	Biochimie Biologie Moléculaire

CLASSE NORMALE

M.	BAILLY Jean-Luc	Bactériologie Virologie
Mlle	AUBEL Corinne	Oncologie Moléculaire
Mlle	GUILLET Christelle	Nutrition Humaine

M.	BIDET Yannick	Oncogénétique
M.	DALMASSO Guillaume	Bactériologie
M.	PIZON Frank	Santé Publique
M.	SOLER Cédric	Biochimie Biologie Moléculaire
M.	GIRAUDET Fabrice	Biophysique et Traitement de l'Image
M.	LOLIGNIER Stéphane	Neurosciences – Neuropharmacologie
Mme	MARTEIL Gaëlle	Biologie de la Reproduction
M.	PINEL Alexandre	Nutrition Humaine

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DES UNIVERSITES

M.	BERNARD Pierre	Médecine Générale
Mme	ESCHALIER Bénédicte	Médecine Générale
Mme	RICHARD Amélie	Médecine Générale
M.	TESSIERES Frédéric	Médecine Générale
Mme	ROUGE Laure	Médecine Générale

Remerciements

A Monsieur le Professeur Philippe VORILHON,

Vous nous faites l'honneur de présider ce jury malgré votre emploi du temps surchargé. Nous admirons votre gentillesse et votre exercice passionné de la médecine générale. Soyez assuré de nos sincères remerciements et notre profond respect.

A Monsieur le Professeur Marc RUIVARD,

Vous nous faites l'honneur de participer à ce jury. Nous vous remercions de votre engagement dans notre formation. Merci pour votre enseignement passionné. Soyez assuré de notre plus profond respect et notre reconnaissance.

A Madame le Docteur Amélie RICHARD, notre directrice de thèse,

Vous nous faites également l'honneur de participer à ce jury. Merci d'avoir dirigé cette thèse et de nous avoir accompagnées tout au long de son élaboration. Veuillez accepter nos sincères remerciements.

A toutes les personnes ayant accepté de consacrer une partie de leur temps à nos entretiens, si essentiels à la réalisation de ce travail.

Remerciements de Katia

Un grand merci :

À **Elodie**, merci d'avoir proposé ce sujet et d'avoir été super tout au long de cette année de travail.

À **mes parents et mon frère**, merci pour votre éducation, votre soutien et surtout merci de m'avoir permis d'en être là ce jour.

À **Mamie Nicole**, pour ton aide depuis toujours.

Aux **Cirrhotiques**, pour ces belles années à Limoges, aux souvenirs passés et futurs. Juju, faudra choisir le thème de ta prochaine collection de tasses.

À **Marie**, une co-interne géniale bien qu'un peu folle des fois.

À **Marie et Julie**, pour votre renfort durant le Covid, on a vraiment travaillé dur les après-midis.

Aux co-internes de médecine interne : à **Jordan**, toujours là pour nous tenir compagnie (et boire) depuis Moulins ; à **Jojo**, le meilleur collègue de bureau surtout lors des journées remplies de gestes en HDJ ; à **Juliette** et son second degré toujours au top ; à **Tom** et ses mots indéchiffrables ; à **Julien**, toujours sous l'eau.

Aux co-internes des urgences adultes et pédiatriques, et particulièrement **Axelle, Adeline, Morgane** et **Henri**.

À tous les médecins ayant contribué à ma formation : particulièrement l'**équipe de médecine interne d'Estaing, Dr Cibeer** (et les bons plats de **Viviane**), **Thierry et Christine, Elodie et Juliette, Sylvaine**.

À toutes les équipes paramédicales rencontrées durant ces années.

À **la belle-famille**, pour votre soutien.

À **Bastien**, pour tout. Promis, le petit chat/chien c'est pour bientôt (peut-être).

Remerciements d'Elodie

À **Katia, une co-thésarde formidable**, merci d'avoir réalisé cette thèse avec moi.

À **Mathieu alias Bichette**, de me supporter et de faire le ménage. (Et de me faire rire !)

À **Audrey, une amie unique** qui m'a accompagnée et soutenue tout au long de mes études même à 150 km l'une de l'autre. Merci de m'avoir fait comprendre que le retard n'est pas une fatalité mais que ne pas finir son verre l'est. Et **Benoit**, merci d'être roux.

À **mes parents**, merci pour m'avoir supportée toutes ces années (et pour l'argent).

À **Franck** pour ses incroyables repas le dimanche.

À **Sylvie** pour ses conseils qui m'ont permis de garder le plaisir de jardiner.

À **Thibault et Élisabeth**, merci le réconfort, les fous rires et le champagne qui m'ont motivée pendant ces courtes études.

À **Sandrine**, merci d'être hypochondriaque et de m'avoir fait réviser à chaque instant. **Gloria & Albino** pour votre bienveillance (et la morue !). **Léa** pour les fous rires et la coco. **Gil**, pour le soutien de l'autre bout de l'Europe. Mais aussi **Sylvie, Marie, Vaness', Chacha, Nathalie, Margot** pour ces soirées endiablées, les doudoubites, etc...

À **service de médecine interne d'Estaing, Guigui, Marc, Vincent, Virginie**, un stage qui m'aura le plus marquée et appris. **Bastien** soi-disant le meilleur co-interne de l'univers, merci de ne jamais dire non à une bière. **Benjamin**, notre modèle zen pour réaliser une thèse. **Léo**, je ne te remercie pas de m'avoir laissée galérer avec mes myélogrammes mais je te remercie pour tout ce que tu as fait pour la bouffe. **Mélissa**, d'être toujours là quand je panique. **Oriane**, merci pour l'application de cohérence cardiaque, tous mes anxieux l'ont téléchargée, pense à investir.

À **le cabinet de Lempdes-sur-Allagnon, Maryne, Corinne, Philippe & Philippe**, et les **infirmier(e)s** de m'avoir si bien accueillie et accompagnée pendant 1 an et de rire à mes blagues beaufs.

Mais aussi à tous les co-internes, les médecins et toutes les équipes que j'ai pu rencontrer ces dernières années.

Et bien sûr à mes chats incroyablement magnifiques et parfaits sans qui tout cela n'aurait pas pu être possible.

Une pensée pour ma mamie Daisy.

Tables des matières

1. INTRODUCTION	17
2. MATERIELS ET METHODES	18
2.1. CHOIX DE LA METHODE : RECHERCHE QUALITATIVE.....	18
2.2. CHOIX DE LA POPULATION.....	19
2.3. ÉLABORATION DES ENTRETIENS.....	19
2.4. RECUEIL DES DONNEES.....	19
2.5. ANALYSE DES DONNEES.....	21
3. RESULTATS	21
3.1. CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION.....	21
3.2. ENTRETIENS AVEC LES PROFESSIONNELS.....	24
3.2.1. <i>La CPTS, un concept peu connu</i>	24
3.2.2. <i>Les interlocuteurs</i>	24
3.2.3. <i>La relation entre l'ambulatoire et l'hôpital</i>	25
3.2.4. <i>Le patient au cœur de la communication</i>	26
3.2.5. <i>Facteurs facilitants</i>	29
3.2.6. <i>Freins</i>	32
3.2.7. <i>Pistes d'amélioration</i>	36
4. DISCUSSION	39
4.1. PRINCIPAUX RESULTATS.....	39
4.2. COMPARAISON A LA LITTERATURE EXISTANTE.....	39
4.3. OUTILS EXISTANTS ET A DEVELOPPER POUR LA COORDINATION.....	42
4.4. FONCTIONNEMENT D'UNE CPTS.....	45
4.5. PROPOSITION D'UN DISPOSITIF.....	45
4.6. FORCES ET LIMITES DE L'ETUDE.....	47
5. CONCLUSION	48
6. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	49
7. ANNEXES	52
ANNEXE I : GRILLE D'ENTRETIEN POUR LES PROFESSIONNELS DE L'AMBULATOIRE.....	52
ANNEXE II : GRILLE D'ENTRETIEN POUR LES PROFESSIONNELS HOSPITALIERS.....	53
ANNEXE III : COORDINATEUR DE PARCOURS SANTE.....	54
ANNEXE IV : CPTS EXISTANTES ET PROJETS DE CPTS SUR LE TERRITOIRE AUVERGNE-RHONE-ALPES.....	56
ANNEXE V : FICHE ACTION CPTS BORDS D'ALLIER.....	57
ANNEXE VI : PROPOSITION D'UN DISPOSITIF POUR LE CPTS BORDS D'ALLIER.....	59
8. SERMENT D'HIPPOCRATE	60

Liste des abréviations

ACI : Accord Conventionnel Interprofessionnel

APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie

ARS : Agence Régionale de Santé

Carsat : Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail

CH : Centre Hospitalier

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CLS : Contrat Local de Santé

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

COGERT : Coordination Gériatrique aidée par la Télémédecine

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé

DAC : Dispositif d'Appui à la Coordination

DMP : Dossier Médical Partagé

EA : Entretien Ambulatoire

EH : Entretien Hospitalier

FHF : Fédération Hospitalière de France

GCS SARA : Groupement de Coopération Sanitaire Système d'information de santé en Auvergne-Rhône-Alpes

Gie IMPA : Groupement d'Intérêt Économique « Ingénierie Maintien à domicile des Personnes Agées »

HAS : Haute Autorité de Santé

MKDE : Masso-Kinésithérapeute Diplômé d'État

MSA : Mutualité Sociale Agricole

PSR : Pôle Santé République

SMCAU : Service Médico-Chirurgical d'Aval des Urgences

Liste des tableaux

Tableau I : Caractéristiques des professionnels hospitaliers interrogés

Tableau II : Caractéristiques des professionnels ambulatoires interrogés

Tableau III : Facteurs facilitants dans la relation ambulatoire - hôpital

Tableau IV : Freins dans la relation ambulatoire - hôpital

Tableau V : Pistes d'amélioration de la relation ambulatoire - hôpital

1. Introduction

La notion de travail en collaboration est mise en avant ces dernières années. Les professionnels de santé se regroupent de plus en plus (1). L'exercice isolé se fait rare. En France, des structures de santé se créent avec l'objectif de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité et l'interdisciplinarité de la prise en charge du patient (2).

La politique actuelle vise à privilégier les soins en ambulatoire. La loi du 26 janvier 2016 crée les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) afin de regrouper les professionnels d'un même territoire (3). À la différence des Maisons de Santé, les CPTS ne nécessitent pas que les membres soient regroupés dans un même lieu de travail.

L'ambition est de construire un parcours de santé simplifié, facilité et cohérent pour le patient, coordonné entre les professionnels ambulatoires et l'hôpital. Cependant, même si la volonté des professionnels de santé est bien présente pour renforcer ce lien, la communication reste encore difficile. Dans plusieurs études françaises et internationales, la communication entre les hospitaliers et les généralistes est jugée insuffisante, surtout en ce qui concerne la circulation des informations durant et suivant l'hospitalisation des patients (4–6). Des travaux ont déjà émis plusieurs pistes d'amélioration : désignation d'un référent hospitalier chargé de communication, création d'une messagerie sécurisée ou encore une plaquette regroupant les coordonnées des médecins (7).

La CPTS Bords d'Allier créée en 2020 est composée d'environ 50 membres exerçant différentes professions médico-sociales. Elle est implantée sur un territoire composé de 27 communes, ce qui correspond à une population d'environ 27 000

habitants. Les structures hospitalières géographiquement proches de ce territoire sont essentiellement représentées par le Centre Hospitalier (CH) de Riom, le CH de Thiers et le Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Clermont-Ferrand.

Lors de la rédaction du projet de la CPTS Bords d'Allier, plusieurs problématiques ont été relevées dont la gestion difficile des entrées et sorties d'hospitalisation des patients.

L'objectif prioritaire de ce travail est d'évaluer la perception et les attentes des acteurs de santé des soins primaires et hospitaliers autour du parcours du patient entre l'hôpital et l'ambulatoire. L'objectif secondaire est de proposer un dispositif pour la CPTS Bords d'Allier permettant de renforcer ce lien en tenant compte des suggestions des deux parties et des autres dispositifs existants.

2. Matériels et méthodes

2.1. Choix de la méthode : recherche qualitative

Il existe encore peu de littérature sur les CPTS. La recherche qualitative est propice pour appréhender des facteurs qui sont subjectifs (8) et pour décrire, comprendre et expliquer des phénomènes particuliers (9). Croiser deux études qualitatives permet de comparer les idées des deux parties et, grâce à la méthode de la théorisation ancrée, de faire émerger des idées nouvelles (10).

2.2. Choix de la population

Pour le recrutement de notre population, nous avons choisi de réaliser un échantillonnage en variation maximale en établissant une liste de professionnels médico-sociaux exerçant dans le territoire de la CPTS Bords d'Allier et ceux des structures hospitalières à proximité. Des personnes de professions, âges, sexes, lieux, hôpitaux et services d'exercice différents ont été contactées.

2.3. Élaboration des entretiens

Nous avons conduit des entretiens individuels semi-dirigés à partir d'une grille d'entretien établie au préalable, comportant 5 questions.

Nous avons rédigé 2 grilles d'entretien semblables mais adaptées au secteur hospitalier et au secteur ambulatoire (ANNEXE I et ANNEXE II). Les questions ouvertes, faciles à comprendre et conversationnelles permettent une expression libre (11,12). Des relances ont été prévues dans le guide d'entretien afin de préciser certains points si la personne interrogée ne les abordait pas spontanément. La première question devait permettre d'introduire le sujet et évaluer les connaissances sur les CPTS. La dernière question permettait de faire la synthèse de l'entretien et d'amener les idées de l'interviewé.

2.4. Recueil des données

Les professionnels ont été interrogés et enregistrés lors d'entretiens présents ou téléphoniques, après l'obtention de leur consentement.

Les questions ont été posées une à une, en laissant parler la personne interrogée et en respectant les moments de silence pour le temps de réflexion. Si l'interviewé commençait à répondre à une question suivante, nous le laissions continuer sans le couper avant de lui indiquer qu'il commençait à répondre à la question suivante et à la lui poser.

Nous nous sommes efforcées de rester neutres dans tous les entretiens. Une reformulation et des résumés étaient proposés afin de préciser la pensée, ou approfondir le sujet, ou s'assurer de notre bonne compréhension quand les propos pouvaient être mal interprétés (13).

Les entretiens ont été retranscrits en s'efforçant de rendre la transcription la plus fidèle possible. L'enregistrement audio permet de garder l'intégralité de l'entretien et d'en faciliter une interprétation complète par la suite (14).

L'anonymisation a été créée en associant le professionnel de santé interviewé aux lettres EA pour les entretiens ambulatoires et EH pour les entretiens hospitaliers. Nous avons attribué un numéro selon l'ordre chronologique d'enregistrement.

Conformément aux bonnes pratiques de tenue d'une étude qualitative, « le recueil de données s'arrête lorsque la lecture du matériel n'apporte plus de nouveaux éléments. C'est la saturation [des données] » (8). Dans notre étude, la saturation des données a été obtenue avec l'entretien de 13 professionnels de médico-sociaux du secteur hospitalier et de 12 professionnels de santé des soins primaires. « La redondance de l'information dans le recueil, en cours d'enquête, peut être un motif d'arrêt du recrutement de la population étudiée » (14).

2.5. Analyse des données

Après retranscription des entretiens, une triple lecture a été réalisée (auteurs et directrice de thèse). Nous avons fait ressortir les idées communes et spécifiques à chaque secteur afin de les regrouper par catégorie (15). Le codage des idées a été effectué manuellement sans recours à un logiciel d'analyse de données qualitatives.

Une fiche Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) type MR-004 a été remplie, relative au traitement des données à caractère personnel lors de recherches qui n'impliquent pas la personne humaine.

3. Résultats

3.1. Caractéristiques de la population

Lors de chaque entretien, les caractéristiques des personnes interrogées ont été recueillies afin de réaliser l'échantillonnage de la population.

En hospitalier, 13 personnes ont été interrogées : 8 docteurs en médecine, 2 assistantes sociales, 1 cadre de santé, 1 kinésithérapeute, 1 coordonnateur du Contrat Local de Santé (CLS) (Tableau I).

En ambulatoire, 12 personnes ont été interrogées : 3 docteurs en médecine, 4 infirmiers, 4 kinésithérapeutes, 1 sage-femme (Tableau II).

	Profession	Sexe	Age	Service	Hôpital	Date début exercice hospitalier	Entretien
EH1	Médecin	F	50	Médecine polyvalente/ service qualité	CH Riom	2006	présentiel
EH2	Médecin	H	53	SMCAU	CHU Clermont-Ferrand	1998	présentiel
EH3	Médecin	F	30	Gériatrie	CH Riom	2019	présentiel
EH4	Médecin	H	36	Chirurgie vasculaire	PSR	2018	présentiel
EH5	Assistante sociale	F	50	Gériatrie	CH Riom	2003	présentiel
EH6	Médecin	F	50	Urgences	CH Thiers	2001	téléphonique
EH7	Cadre de santé	F	45	Médecine polyvalente	CH Riom	1999 2007 (cadre)	présentiel
EH8	Médecin	H	40	Urgences	CHU Clermont-Ferrand	2010	présentiel
EH9	Médecin	H	31	Oncologie	CH Thiers et CHU Clermont- Ferrand	2017	présentiel
EH10	Médecin	F	32	Nutrition	CHU Clermont-Ferrand	2017	téléphonique
EH11	Assistante sociale	F	51	Médecine polyvalente	CH Thiers	2010	présentiel
EH12	Coordonnateur CLS	H	51		CH Thiers	2010	présentiel
EH13	MKDE	H	27	Roulement (différents services)	CHU Clermont-Ferrand	2020	téléphonique

Tableau I : Caractéristiques des professionnels hospitaliers interrogés

	Profession	Sexe	Age	Ville	Diplôme	Début d'exercice en libéral	Carrière hospitalière	Entretien
EA1	Médecin généraliste	M	38	Joze	2011	2011	Non	Présentiel
EA2	Infirmière	F	40	Combronde	2002	2018	Oui	Téléphonique
EA3	Kinésithérapeute	F	29	Joze	2015	2017	Oui	Téléphonique
EA4	Infirmière	F	45	Luzillat	1997	2017	Oui	Téléphonique
EA5	Kinésithérapeute	F	45	Joze	1999	2000	Non	Téléphonique
EA6	Infirmière	F	49	Joze	1994	2016	Oui	Téléphonique
EA7	Kinésithérapeute	M	46	Ennezat	1999	1999	Non	Téléphonique
EA8	Infirmière	F	41	Ennezat	2002	2013	Oui	Téléphonique
EA9	Kinésithérapeute	M	34	Maringues	2010	2018	Non	Téléphonique
EA10	Médecin généraliste	M	52	Ennezat	1997	1997	Non	Téléphonique
EA11	Sage-femme	F	26	Joze	2018	2021	Non	Téléphonique
EA12	Médecin généraliste	F	31	Orléat	2020	2021	Non	Téléphonique

Tableau II : Caractéristiques des professionnels ambulatoires interrogés

3.2. Entretiens avec les professionnels

Nous avons choisi de regrouper les résultats hospitaliers et ambulatoires pour faciliter la comparaison des données.

3.2.1. La CPTS, un concept peu connu

La notion de CPTS est peu connue des professionnels hospitaliers : « Non CPTS cela ne me dit rien » (EH2). Ils font souvent la confusion avec les « maisons de santé pluridisciplinaires » (EH8, EH9).

Pour les soins primaires et quelques hospitaliers, la CPTS est un regroupement de professionnels qui s'organisent et communiquent afin d'améliorer la prise en charge d'un patient : « réunion de professionnels de santé d'un même territoire qui élaborent des stratégies pour améliorer l'offre de soins sur un territoire donné » (EA1), « regroupement sur un territoire de différents professionnels de santé [...] [afin de] répondre en effet à certaines problématiques de santé » (EH13), « améliorer la qualité de la prise en charge des patients » (EA5). Pour certains professionnels libéraux, elle représente une charge de travail en plus : « je commencerais par des contraintes et du temps » (EA12).

3.2.2. Les interlocuteurs

Pour échanger sur un patient, les interlocuteurs varient en fonction de la spécialité de chacun. Dans les deux cas, les médecins et les infirmiers communiquent souvent entre eux : « on a souvent des médecins, [...] cabinets infirmiers, [...] tous les intervenants à domicile » (EH3), « les internes ou infirmières quand on a besoin d'avoir

des informations complémentaires » (EA4). Le médecin traitant est la personne vers qui tous se tournent la plupart du temps : « Globalement je dirai qu'on parvient facilement à avoir les informations par le médecin de famille (EH2), « La plupart du temps quand on doit communiquer, on va vers le médecin traitant » (EA7).

La sage-femme et les kinésithérapeutes des soins primaires rapportent ne pas avoir de lien privilégié avec leurs confrères hospitaliers : « on n'a pas de transmission du kiné » (EA3), « les sages-femmes un petit peu mais principalement des médecins » (EA11). A contrario, un kinésithérapeute hospitalier ne communique qu'avec ses confrères libéraux : « ce n'est même pas la majorité c'est dans la totalité [du temps], ce sont des confrères et des consœurs kinés » (EH13).

Dans les deux secteurs, les autres interlocuteurs moins cités sont les pharmaciens, les assistantes sociales, les prestataires de soins et les secrétaires : « on peut avoir des relations avec les assistantes sociales APA » (Allocation Personnalisée d'Autonomie) (EH6).

3.2.3. La relation entre l'ambulatoire et l'hôpital

Pour tous, c'est une relation compliquée : « Il y a une réelle difficulté à travailler de façon concertée » (EA1), « Je pense que l'on ne communique pas assez c'est vrai » (EH1). Ils ont souvent du mal à se joindre entre eux : « on passe notre temps à rappeler » (EA3).

La qualité de la communication est service ou personne-dépendante : « J'ai envie de dire que c'est surtout personne-dépendant » (EH6), « il y a des services avec lesquels ça se passe très bien [...] d'autres avec lesquels c'est plus compliqué »

(EA10). Il en est de même lorsque les hospitaliers contactent les prestataires de soins à domicile : « il y a des services [d'aides à domicile] avec qui cela fonctionne bien et d'autres moins bien » (EH6).

Mise à part l'administration des cliniques privées, « à part l'amplitude horaire d'ouverture des secrétariats. » (EA10), les soins primaires ne voient pas de différence entre toutes les structures hospitalières : « Alors là pour le coup il n'y a pas de différence » (EA8).

3.2.4. Le patient au cœur de la communication

La raison qui pousse ces professionnels médicaux sociaux à communiquer entre eux est l'échange autour du patient.

L'hospitalisation

C'est l'occasion pour les deux secteurs d'échanger au sujet d'un patient : « c'est souvent pour des informations complémentaires qu'il manque au retour au domicile ou quand on veut en donner... » (EA4). Pour les hospitaliers, il s'agit d'obtenir des informations manquantes comme les antécédents, traitements ou les aides à domicile existantes : « les médecins traitants, on les sollicite plus pour avoir les antécédents et les traitements » (EH3), « des intervenants à domicile [...] pour faire l'état des lieux » (EH3).

Pour les professionnels ambulatoires, il s'agit de demander une prise en charge hospitalière urgente ou programmée d'un patient ou des nouvelles sur son séjour : « les médecins c'est pour nous demander une prise en charge » (EH5), « Les rapports

ils sont, me concernant, quand il s'agit d'hospitaliser un patient » (EA1), « on a facilement des nouvelles » (EA12).

Les infirmiers libéraux ont mis en place des dossiers de soins pour transmettre le suivi de leurs patients lorsqu'ils doivent être hospitalisés : « on s'est accommodé de ce manque de communication et on a créé un outil pour pallier ce manque-là [...] on a mis en place un dossier de soins infirmiers et on laisse partir le patient avec » (EA4). Ils reconnaissent les limites de ce système qui est chronophage et est mis en place seulement pour les patients chroniques : « par manque de temps, on ne va pas forcément faire de fiche de liaison » (EA4).

Le retour à domicile

La nécessité d'aides à domicile motive la communication avec les professionnels ambulatoires : « mise en place de services infirmiers, maintien à domicile donc livraison de repas à domicile, auxiliaire de vie, aide-ménagère etc. » (EH6).

L'anticipation du retour à domicile par les hospitaliers n'est pas faite de manière systématique : « très rarement on appelle les médecins généralistes pour leur dire tel patient sort ce jour » (EH2). C'est d'ailleurs, ce qui est souvent relevé par les professionnels de l'ambulatoire : « qu'on soit un peu plus prévenu quand les patients vont sortir » (EA12). Néanmoins, lors de changements de prise en charge importants, certains hospitaliers tiennent à en informer le médecin traitant avant l'envoi du compte-rendu : « pour tenir au courant le médecin généraliste qui le gère, s'il y a eu de gros changements, s'il s'est passé des choses importantes...avant qu'il reçoive le courrier, pour qu'il y ait vraiment une transmission directe » (EH4).

De même, la rééducation par kinésithérapie après une chirurgie programmée n'est pas toujours anticipée : « Moi j'ai beaucoup de gens qui me disent "on m'annonce le jour où je sors que j'aurais besoin de kiné" alors que c'était évident qu'il en aurait besoin » (EA3).

Le lien ambulatoire-hôpital se fait de manière indirecte, différée, via l'envoi de comptes rendus d'hospitalisation et/ou consultation aux médecins référents : « mis à part les courriers je les ai rarement au téléphone » (EA12), « Et puis quand il n'y a rien de significatif, on envoie le courrier » (EH4).

La sage-femme libérale reçoit également des courriers : « Par courrier écrit principalement » (EA11), contrairement aux kinésithérapeutes et aux infirmiers qui n'en sont pas destinataires : « à domicile c'est qu'on a les infos que le patient veut bien nous donner » (EA4), « On a aucune info [...] on passe par le patient pour avoir des infos, avec la fiabilité que ça a » (EA3). Le kinésithérapeute hospitalier avoue communiquer peu avec ses confrères libéraux, il limite ses échanges à des populations particulières comme la pédiatrie : « 90% du temps c'est en pédiatrie. [...] Je leur explique ma prise en charge pour qu'après ils sachent d'où démarrer la leur, d'où il faut partir » (EH13).

Le lien se fait principalement via les prescriptions qui sont souvent incorrectes ou incomplètes : « j'ai une ordonnance avec quasiment rien d'écrit dessus » (EA5), « que les ordonnances soient bien spécifiques avec des intitulés spécifiques pour avoir des cotations qui en découlent » (EA8).

Le retour de consultation

Les médecins libéraux ont également abordé les comptes rendus de patients adressés en consultation qui leur semblent plus rapides que lors des

hospitalisations : « c'est assez rare qu'on n'ait pas de courrier » (EA12), « Après sur les consultations, on a quand même des retours assez rapides des spécialistes notamment maintenant avec les messageries sécurisées » (EA11).

3.2.5. Facteurs facilitants

Ambulatoire	Hôpital
<p style="text-align: center;">Implication des professionnels</p> <p>« Bonne volonté, bonne conscience professionnelle » (EH3)</p>	
<p style="text-align: center;">Relations interprofessionnelles</p> <p>« Si on connaît quelqu'un c'est beaucoup plus facile » (EA5)</p> <p>« Les gens qu'on connaît [...] on contacte plus que ceux qu'on ne connaît pas » (EH1)</p>	
<p style="text-align: center;">Communication dématérialisée</p> <p>« Les courriers ne sont pas très longs à arriver avec les messageries sécurisées de santé » (EA10)</p> <p>« Adresse mail sécurisée [...] hyper facilitant parce que cela nous permet de les contacter à n'importe quelle heure et qu'ils aient bien l'information » (EH10)</p>	
<p style="text-align: center;">Disponibilité de l'hôpital</p> <p>« On est censé avoir quelqu'un 24/24h » (EA4)</p>	<p style="text-align: center;">Fiches de liaison</p> <p>« On essaye de faire en sorte que chaque patient qui ressort à domicile le fasse avec une fiche de liaison » (EH8)</p>
	<p style="text-align: center;">Numéros directs</p> <p>« On a essayé de mettre en place des numéros comme les gériatres avec le COGERT, le numéro pour les hospitalisations » (EH1)</p>

Tableau III : Facteurs facilitants dans la relation ambulatoire - hôpital

L'implication des professionnels

Les hospitaliers interrogés font ressortir la « bonne volonté, bonne conscience professionnelle » (EH3) dans la coopération entre l'hôpital et l'ambulatoire. De leur côté, les soins primaires élaborent des stratégies pour améliorer les prises en charge des patients comme les créations des CPTS : « pour ce qui est de la CPTS Bords d'Allier, il y a un groupe qui travaille sur la coordination ville-hôpital » (EA1).

Les relations interprofessionnelles

Durant leur carrière, ces professionnels créent des liens entre eux, se créent leurs propres réseaux : « Si on connaît quelqu'un c'est beaucoup plus facile » (EA5), « les gens qu'on connaît [...] on les contacte plus que ceux qu'on ne connaît pas » (EH1), « je profite de mon réseau » (EH13). Les études, les conférences et formations sont des moyens de se rencontrer : « participer à des formations organisées les soirs, ça permettait aussi de rencontrer les médecins du coin » (EA12).

Les hospitaliers ont précisé qu'il est plus simple de créer des liens avec les hôpitaux périphériques qui sont des petites structures plutôt qu'avec le CHU où le roulement des employés est très fréquent : « c'est plus facile pour les petites structures [...], on connaît les gens qui travaillent autour » (EH9).

La communication dématérialisée

Le numérique permet une transmission plus rapide et simple des informations : « les courriers ne sont pas très longs à arriver avec les messageries sécurisées de santé. » (EA10), « adresse mail [...] hyper facilitant parce que cela nous permet de les contacter à n'importe quelle heure et qu'ils aient bien l'information » (EH10). La plupart des courriers et demandes d'avis sont maintenant faites par courriels. Les

professionnels médico-sociaux communiquent aussi via les messageries instantanées et SMS : « Les SMS, les mails, ça va plus vite que de téléphoner » (EA12), « j'ai les numéros de téléphone de quasiment tous mes correspondants » (EH4).

Les numéros dédiés aux professionnels

Pour les professionnels de l'ambulatoire, la disponibilité de l'hôpital est importante, ils peuvent joindre à n'importe quel moment un professionnel hospitalier : « on est censé avoir quelqu'un 24/24h » (EA4). Pour simplifier le contact, certains services ont des lignes téléphoniques directes, comme aux urgences du CHU : « en journée [...] on a un médecin qui est chargé de prendre les appels » (EH8).

La Coordination Gérontologique aidée par la Télémédecine (COGERT) du CH de Riom a pour but de coordonner, via un numéro de téléphone réservé aux professionnels de santé, la prise en charge des patients âgés à l'hôpital ou à domicile : « on a essayé de mettre en place des numéros comme les gériatres avec le COGERT, le numéro pour les hospitalisations » (EH1).

Fiches de transmission et courriers

Pour les hospitaliers, il est essentiel qu'un courrier d'adressage arrive avec le patient : « Le facteur favorisant de la part d'un médecin qui nous adresse quelqu'un, [...] c'est d'avoir un courrier qui soit lisible » (EH8).

De leur côté, certains services s'organisent pour que le patient sorte avec une fiche de transmission dans l'attente du courrier : « on essaye de faire en sorte que chaque patient qui ressort à domicile le fasse avec une fiche de liaison » (EH8).

3.2.6. Freins

Ambulatoire	Hôpital
<p align="center">Manque de temps et disponibilité</p> <p>« Manque de disponibilité des médecins » (EA10) « Le frein c'est le temps médical que ce soient nous ou les médecins généralistes » (EH9)</p>	
<p align="center">Limites du dématérialisé</p> <p>« Comme l'envoi de photos par SMS pour les pansements par contre ce n'est pas sécurisé » (EA4) « Sur l'hôpital, nous sommes très mauvais sur le système informatique » (EH1)</p>	
<p align="center">Délai des courriers</p> <p>« On a revu les patientes avant même d'avoir le courrier » (EA11) « Il y a un laps de temps. [...] Et on est plus sur un délai de courrier de 15 jours – 1 mois » (EH3)</p>	
<p align="center">Absence de transmission aux paramédicaux</p> <p>« Si vous n'avez pas de feuille de transmission, vous ne savez rien car le courrier de sortie ne vous est pas adressé » (EA2) « De la même manière qu'il n'y a pas de fiche de liaison infirmière-infirmière, il n'y a pas plus entre assistante sociale – assistante sociale » (EH3)</p>	
<p align="center">Lignes téléphoniques standardisées</p> <p>« Des secrétariats à distance qui sont plus ou moins filtrants, ça c'est pénible. » (EH8)</p>	
<p align="center">Différences d'organisation</p> <p>« Les médecins hospitaliers ne connaissent pas les contraintes de la médecine de ville » (EA8) « Je pense que l'on connaît mal le travail les uns des autres » (EH8)</p>	
<p align="center">Pas de référent obligatoire pour tous les professionnels</p> <p>« Après c'est qu'ils ne nous connaissent pas individuellement et qu'il n'y a pas de système de kiné traitant. » (EA3)</p>	<p align="center">Manque de personnel</p> <p>« Ce qui pose soucis... c'est le manque de médecins, de praticiens » (EH5)</p>
<p align="center">Systèmes existants défaillants</p> <p>« Il y a bien le système PRADO qui a été mis en place... Nous ça a toujours été foireux ce système » (EA5)</p>	

Tableau IV : Freins dans la relation ambulatoire - hôpital

Manque de temps et de disponibilité

Le manque de temps et de disponibilité à un moment précis sont des motifs qui reviennent systématiquement dans les deux secteurs : « manque de disponibilité des médecins » (EA10), « le frein c'est le temps médical que ce soient nous ou les médecins généralistes » (EH9). Les professionnels des soins primaires rajoutent à cela la multitude d'interlocuteurs hospitaliers : « c'est jamais la personne que l'on veut joindre que l'on a » (EA6). Il existe une peur mutuelle de se déranger : « par téléphone on a plus l'impression de les déranger » (EA12), « tant pis on ne va pas les embêter » (EH3).

Limites du dématérialisé : sécurité, temps, exhaustivité

La majorité des moyens utilisés par les professionnels médico-sociaux n'est pas sécurisée comme les SMS, messageries instantanées et certaines boîtes mails : « comme l'envoi de photos par SMS pour les pansements par contre ce n'est pas sécurisé mais c'est facile, rapide, efficace » (EA4). Les courriels ne sont pas assez rapides dans le cadre de l'urgence et sont chronophages s'ils se multiplient : « faire des mails quand on a 3-4 mails à faire à des services différents c'est un petit peu long dans la journée » (EA10). La numérisation des dossiers médicaux est variable selon les structures : « sur l'hôpital [de Riom], nous sommes très mauvais sur le système informatique » (EH1).

Délai d'envoi de courrier

Le long délai des courriers est un problème pour les soins primaires et peut-être péjoratif pour le patient s'il y a des conduites à tenir rapides : « on a revu les patientes avant même d'avoir le courrier. C'est dommage car on n'a pas la version officielle et

professionnelle de la prise en charge » (EA11). Les médecins hospitaliers sont bien conscients de ce problème : « il y a un laps de temps. Et on est plus sur un délai de courrier de 15 jours – 1 mois » (EH3).

Absence de liaison avec les paramédicaux

Alors que la transmission d'un courrier est systématique au médecin traitant, ce n'est pas le cas pour les paramédicaux ambulatoires qui se plaignent du manque d'information au sujet des patients pris en charge : « si vous n'avez pas de feuille de transmission, vous ne savez rien car le courrier de sortie ne vous est pas adressé » (EA2), « de la même manière qu'il n'y a pas de fiche de liaison infirmière-infirmière, il n'y a pas plus entre assistante sociale – assistante sociale. » (EH3), « Le BDK, le bilan diagnostic kiné, [...] on n'a pas cet automatisme de le faire » (EH13).

Lignes téléphoniques standardisées

Les deux secteurs relèvent que les lignes standardisées peuvent être une perte de temps. Si le secrétariat est une plateforme téléphonique à distance, le professionnel est d'autant plus difficile à joindre : « le téléphone ça peut être compliqué puis on n'a pas de ligne directe souvent » (EH9), « des secrétariats à distance qui sont plus ou moins filtrants, ça c'est pénible » (EH8), « avec un secrétariat téléphonique à distance ce n'est pas évident de nous avoir » (EA12).

Une organisation différente dans chaque secteur

Chaque secteur a une organisation différente. Il existe une méconnaissance du travail de l'autre : « les médecins hospitaliers ne connaissent pas les contraintes de la

médecine de ville » (EA8), « je pense que l'on connaît mal le travail les uns des autres » (EH8).

Ceci peut expliquer en partie le mauvais adressage des patients aux urgences évoqué par les urgentistes, bien que les professionnels ambulatoires essayent de privilégier les entrées directes en service autant que possible : « que cela corresponde à nos missions, qu'il y ait une nécessité de prise en charge en urgence [...] dans le cadre du respect des indications » (EH8), « j'aime bien faire des entrées directes le plus possible pour éviter d'encombrer les urgences » (EA12).

Pas de profession paramédicale « traitante »

La population de plus de 18 ans a l'obligation de choisir un médecin traitant, mais ce n'est pas le cas pour les autres professions. Ces professions des soins primaires ont conscience qu'il peut être difficile pour un hospitalier de les contacter car elles ne sont référencées nulle part : « Après c'est qu'ils ne nous ne connaissent pas individuellement et qu'il n'y a pas de système de kiné traitant » (EA3).

Manque de personnel

Les hospitaliers se plaignent du manque de personnel paramédical et de médecin généraliste pour l'organisation des soins à domicile et du suivi du patient : « on est pauvre pour les prises en charge des soins de nursing » (EH11), « le vrai problème c'est effectivement [...] s'ils ont un médecin traitant ou pas » (EH2).

Les systèmes existants défaillants

Les professionnels ambulatoires parlent du programme PRADO qui a pour but d'anticiper les besoins du patient et organiser son retour à domicile. Il revient souvent

qu'il est peu utilisé voire oublié, non systématique : « c'était pour favoriser le lien-ville hôpital mais en fait on n'en a jamais [de patients PRADO] » (EA4), « Il y a bien le système PRADO qui a été mis en place... Nous ça a toujours été foireux ce système » (EA5).

3.2.7. Pistes d'amélioration

Ambulatoire	Hospitalier
<p align="center">Dossier médical commun numérique</p> <p>« Alors il y a le DMP mais nous on n'a pas accès à ça. Mais ce système serait idéal » (EA6)</p> <p>« Support qui permettrait de partager les informations » (EH7)</p>	
<p align="center">Répertoire de coordonnées</p> <p>« Un répertoire des différents professionnels, un lien par informatique aussi. » (EA12)</p> <p>« Que les boîtes mails des médecins du CHU soient directement données aux professionnels libéraux, [...] et un carnet de numéros » (EH8)</p>	
<p align="center">Rencontres interprofessionnelles</p> <p>« C'est du temps mais [j'aimerais] des rencontres avec les professionnels » (EA12)</p> <p>« On avait essayé de faire des journées d'échanges avec les médecins de ville pour échanger sur les difficultés qu'ils rencontraient, les problématiques qu'ils avaient » (EH5)</p>	
<p align="center">Messagerie instantanée sécurisée</p> <p>« Où on envoie juste des petits mots rapides » (EA9)</p>	<p align="center">Coopérer sur différents projets</p> <p>« Les centres de dépistage qui ont tourné justement grâce aux médecins de ville » (EH5)</p>
<p>Système pour anticiper les retours à domicile</p> <p>« Qu'on soit un peu plus prévenu quand les patients vont sortir. » (EA12)</p>	

Tableau V : Pistes d'amélioration de la relation ambulatoire – hôpital

Dossier médical commun numérique

Côté ambulatoire et hospitalier, c'est l'idée principale. Les logiciels médicaux sécurisés se développent pour concentrer et partager de manière sécurisée les dossiers médicaux des patients ainsi qu'un référentiel de leurs intervenants médico-sociaux : « qui pourrait avoir une partie sociale ou même fonctionnelle kiné, nutritionnelle...ce serait top » (EH3), « alors il y a le DMP, [dossier médical partagé], mais nous on n'a pas accès à ça. Mais ce système serait idéal » (EA6). Un médecin hospitalier a cité à titre d'exemple la plateforme MonSisra® : « [plateforme MonSisra est] un endroit pour centraliser les informations. [...] mettre tous les acteurs d'un même patient sur le dossier du patient » (EH10).

Répertoire de coordonnées

Les 2 secteurs aimeraient un répertoire de coordonnées directes (courriel, téléphone) des professionnels de leur territoire : « une ligne dédiée aux professionnels de santé, un téléphone, un mail » (EA5), « Un répertoire des différents professionnels, un lien par informatique aussi » (EA12), « que les boîtes mails des médecins du CHU soient directement données aux professionnels libéraux, [...] et un carnet de numéros » (EH8).

Rencontres interprofessionnelles

Des rencontres physiques interprofessionnelles sont évoquées pour connaître ses interlocuteurs et favoriser les échanges : « c'est du temps mais [j'aimerais] des rencontres avec les professionnels » (EA12). Dans ce but, des réunions étaient organisées au CH de Thiers : « on avait essayé de faire des journées d'échanges avec

les médecins de ville pour échanger sur les difficultés qu'ils rencontraient, les problématiques qu'ils avaient » (EH5).

Coopération sur différents projets

L'hôpital est prêt à collaborer avec les soins primaires sur des projets communs. Par exemple, la COVID a permis la coopération des deux secteurs autour de la création des centres de dépistage et de vaccination à Thiers. La CPTS Bords d'Allier a créé la ligne supplémentaire de vaccination grâce aux professionnels ambulatoires. « Les centres de dépistage qui ont tourné justement grâce aux médecins de ville qui ont été très réactifs. [...] Nous on a pu leur proposer des locaux, une partie du personnel, l'informatique » (EH5).

La messagerie instantanée sécurisée

Les professionnels des soins primaires aimeraient la démocratisation des messageries instantanées sécurisées plus rapides et moins formelles que les courriels : « où on envoie juste des petits mots rapides, quelque chose où on ne prend pas les formes, vraiment rapide. Si quelqu'un a besoin d'une info, il met 2 mots et qui peut répondre » (EA9).

Un système pour anticiper les retours à domicile

Les soins primaires aimeraient un moyen permettant une anticipation et une organisation des soins avant le retour à domicile : « anticiper [...], faire le tour du patient pour le prendre en charge correctement quand il rentre à la maison » (EA4), « qu'on soit un peu plus prévenu quand les patients vont sortir » (EA12).

4. Discussion

4.1. Principaux résultats

Pour faciliter la comparaison des verbatim, nous avons choisi de regrouper les résultats hospitaliers et ambulatoires.

La notion de CPTS est globalement inconnue des hospitaliers contrairement aux professionnels ambulatoires, ce qui peut s'expliquer par le fait que les professionnels ambulatoires interrogés fassent partie du territoire de la CPTS. Les facteurs facilitants relevés sont sensiblement identiques : communication dématérialisée, relations et implication professionnelles. Les freins sont aussi similaires : manque de temps et de disponibilité, méconnaissance de l'organisation de l'autre, long délai des courriers, lignes standardisées, absence de transmission aux paramédicaux, système informatique limité. Les idées communes pour améliorer ce lien ambulatoire-hôpital sont un dossier médical commun, un référentiel de coordonnées et plus de rencontres interprofessionnelles. L'ambulatoire a besoin d'un échange de données rapide via une messagerie instantanée ce qui pourrait aider la coopération sur différents projets évoquée par les hospitaliers.

4.2. Comparaison à la littérature existante

La communication autour du patient

En accord avec les professionnels hospitaliers que nous avons interrogés, un sondage Odoxa de 2018 révèle que 60 à 70% du personnel soignant hospitalier estime que le temps consacré à l'échange entre professionnels sur le patient est

« insuffisant » et qu'à l'inverse les tâches administratives leur font perdre trop de temps au quotidien (16).

Le courrier de sortie

Le courrier de sortie d'hospitalisation est obligatoire. Les informations qu'il doit contenir sont définies par la Haute Autorité de Santé (HAS) (17). Elle a également publié une check-list pour aider les hospitaliers à organiser les sorties d'hospitalisation et les transmissions aux intervenants ambulatoires (18). Une méta-analyse de 2007 parue dans le JAMA (19) montre que la disponibilité des courriers est faible lors de la première visite chez le médecin traitant après une hospitalisation (12 à 34%), le reste encore à 4 semaines (51-77%), ce qui impacte la qualité de prise en charge dans 25% des cas. Un article de 2002 a déjà montré que le taux de ré-hospitalisations est moins élevé si, lors de la visite de suivi, le médecin traitant est déjà en possession du compte rendu d'hospitalisation (20). Ce retard de courrier souvent évoqué par les professionnels ambulatoires peut conduire à un manque d'information pour le suivi du patient et retarder leur prise en charge. Nos professionnels ambulatoires et hospitaliers mettent en avant les échanges dématérialisés pour accélérer la communication. Plusieurs méta-analyses (21,22) concluent aussi sur le fait que les différentes stratégies de coordination de soins réduisent le nombre d'hospitalisations notamment chez les personnes âgées. Une étude en 2015 souligne le souhait des professionnels de communiquer via messagerie sécurisée pour réduire le délai d'obtention des comptes rendus et communiquer plus rapidement (23). Dans l'étude de L. Fabre, pour 56% des médecins généralistes interrogés, le mail était le moyen le plus adapté pour la transmission des informations de sortie du patient (24).

Dossier de liaison

Pour faire relai entre les deux secteurs lors des hospitalisations, les infirmiers ambulatoires peuvent mettre en place des dossiers de liaison, selon le décret du 29 juillet 2004 du code de la santé publique (25) qui définit l'ensemble des soins infirmiers. Ils ne sont jamais évoqués par les hospitaliers interrogés donc ils ne sont pas systématiquement réalisés par tous les infirmiers.

Les réunions interprofessionnelles

Les liens créés entre professionnels de santé au cours de leur carrière facilitent ensuite les échanges. Ils sont donc nombreux à demander des rencontres interprofessionnelles entre ambulatoires et hospitaliers afin de mieux se connaître. Une thèse de 2020 étudie les relations existantes entre l'ambulatoire et l'hôpital pour le suivi pédiatrique et montre que connaître ses confrères permet de se sentir moins isolé et que « les avis se font plus facilement » (26). Les réunions pluridisciplinaires constituent « une attente forte de la part des médecins interrogés » dans une thèse rédigée par Lemaire N. en 2016 (27), point mis en évidence auparavant dans le travail de Fabre L. en 2014 où 51,24% des médecins généralistes voient dans « les réunions [de formation médicale continue] un moyen d'améliorer la communication » (24). On peut toutefois se poser la question de la faisabilité de ces réunions qui nécessitent une organisation et une disponibilité des professionnels qui mettent déjà en avant un manque de temps.

4.3. Outils existants et à développer pour la coordination

La plateforme MonSisra en Auvergne Rhône-Alpes

Dans le cadre d'un partage rapide d'informations, la plateforme MonSisra® permet à la fois de partager un dossier médical, d'échanger par messagerie sécurisée en santé, de réaliser des actes de télé expertise ou de téléconsultation et d'accéder aux autres applications régionales (28). Ce dispositif gratuit, mis en place par le groupement GCS SARA, représente une plateforme commune aux différents professionnels de santé permettant un échange simple et rapide autour du patient et est en développement sur la région Auvergne-Rhône-Alpes. Des vidéos en ligne et des webinaires gratuits sont proposés pour se former à ce logiciel.

Du DMP à l'Espace Santé

Le dossier médical partagé tel que défini par la loi du 26 janvier 2016 (29) remplace le dossier médical personnel dont le projet est bien plus ancien (2004). Il s'agit d'un espace numérique disponible sur Internet, via la carte vitale, où le patient peut partager, avec les professionnels de santé qu'il souhaite, les informations médicales le concernant (antécédents et traitements, comptes rendus d'hospitalisations et consultations, résultats d'examen) (30,31). Plusieurs travaux de thèse ont étudié l'utilisation du DMP par les médecins généralistes en France : cet outil reste peu utilisé par les professionnels, les principaux freins mis en avant étant un manque de formation et de maîtrise, une charge administrative supplémentaire avec une multiplication de supports jugée chronophage, une méfiance vis-à-vis du manque de sécurisation des données (32–35). Depuis le 1er juillet 2021, il n'est plus possible de créer de nouveau DMP. L'objectif est une transition vers un nouvel « Espace

Santé » (36,37) qui comprendra, à partir de 2022, le DMP en version améliorée, complété d'un agenda santé, d'un catalogue de services numériques et d'une messagerie sécurisée où le patient pourra recevoir des messages de la part de ses professionnels de santé référents. Cet Espace Santé pourrait également servir de support pour la transmission de fiches de liaison évoquées par les professionnels interrogés dans notre travail. Il est attendu par ces professionnels mais son développement risque de prendre du temps. C'est encore un nouvel outil que les professionnels auront à apprivoiser.

Dispositifs en place

Les professionnels interrogés dans les deux secteurs évoquent souvent la création de répertoires avec les numéros directs ou les adresses mail pour communiquer rapidement, notamment pour les demandes d'avis. Pour pallier l'attente due à la standardisation des lignes téléphoniques, le CHU de Lille a instauré la Hop'Line pour les professionnels ambulatoires. Il s'agit d'une plateforme accessible via un numéro unique gratuit par tous les médecins généralistes pour être orienté vers le médecin d'astreinte de la spécialité demandée (38). Nous pourrions envisager la création d'un répertoire regroupant les moyens de contact des professionnels ambulatoires de la CPTS à communiquer aux différents hôpitaux.

Créé en 2006, le Groupement d'Intérêt Économique « Ingénierie Maintien à domicile des Personnes Agées » (Gie IMPA), composé de la (Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail (Carsat) et de la Mutualité Sociale Agricoles (MSA) de Bourgogne-Franche-Comté, s'implique dans la préservation de l'autonomie des personnes âgées et propose des aides à domicile humaines et techniques pour le retour à domicile (39).

En 2014, les réseaux gérontologiques du Sud Lorraine ont expérimenté une fiche de sortie d'hospitalisation pour les patients à risque de ré-hospitalisation destinée à leurs intervenants ambulatoires. Elle contient les coordonnées du patient ainsi que de ses différents intervenants, un résumé médical de l'hospitalisation, des informations sur l'environnement et l'autonomie du patient et des préconisations pour le suivi. Ce dispositif inclut une visite au domicile dans les 4 à 6 semaines par un professionnel de ce réseau pour s'assurer de la sécurisation du domicile et éventuellement adapter les aides (40).

Dans la région des Hauts de France, plusieurs réseaux de santé gérontologiques créés en 2014 existent, comme Reper'âge pour Valenciennes. Leurs missions sont de favoriser et sécuriser le maintien ou le retour des personnes âgées à domicile, réaliser des évaluations gériatriques, coordonner les intervenants sanitaires, médico-sociaux et les soulager par l'apport de conseils personnalisés (41).

La CPTS Haute Combraille et Volcans emploie un interlocuteur unique que nous avons interrogé. C'est un coordinateur du parcours patient. Il fait le lien entre l'hôpital et l'ambulatoire (ANNEXE III). Son objectif est de réduire au maximum les risques de rupture de soins des patients et d'éviter les ré-hospitalisations grâce à la coordination des intervenants à domicile du patient lors d'une sortie d'hospitalisation. Dans ce cadre, une convention a été établie entre le CHU de Clermont-Ferrand et la CPTS. C'est un succès car il a déjà profité à 45 patients en 6 mois pour un objectif de 15 patients par an lors de sa mise en place en janvier 2021.

4.4. Fonctionnement d'une CPTS

Pour l'instant, il existe peu de CPTS dans le Puy-de-Dôme (42) (ANNEXE IV). Plusieurs budgets sont alloués à une CPTS pour son fonctionnement et pour la réalisation de ses missions. Les budgets des missions socles (amélioration de l'accès à un médecin traitant et à des soins non programmés, organisation de parcours pluri-professionnels autour du patient, développement d'actions de prévention) varient en fonction de différents indicateurs. La CPTS de taille 1 comme la CPTS Bords d'Allier bénéficie par an de 50 000 euros pour son fonctionnement et un maximum de 220 000 euros pour ses projets. Ce budget croît avec la taille de la CPTS (43). Ces budgets sont alloués dans le cadre des ACI, Accords Conventionnels Interprofessionnels qui sont un contrat entre la CPAM, la CPTS et l'ARS. Ils permettent d'obtenir des moyens matériels et d'employer du personnel (44).

4.5. Proposition d'un dispositif

Dialogue, coordination et confiance sont trois des sept points clés mis en évidence par la Fédération Hospitalière de France (FHF) pour « renforcer le lien ville-hôpital » (45). Notre thèse est incluse dans la fiche-action du projet de santé de la CPTS Bords d'Allier pour « Préfigurer un dispositif d'amélioration de la coordination ville-hôpital pour les sorties d'hospitalisation » (ANNEXE V).

Communiquer prend du temps. Manque de temps et disponibilité reviennent systématiquement mais personne, dans notre étude, n'a évoqué la possibilité de créer un emploi dédié à coordination des soins pour les entrées et les sorties d'hospitalisation. Les CPTS et leur fonctionnement, notamment les budgets

disponibles alloués aux missions, sont peu connus. Certaines CPTS ont financé la création d'un poste de coordinateur de parcours patient, comme précisé au chapitre précédent.

Le dispositif que nous proposons pour la CPTS Bords d'Allier consiste à recruter un coordinateur de parcours patient. Chaque professionnel aura connaissance de ce coordinateur. Lors d'une hospitalisation, il se signale auprès du service du patient. Il pourra ensuite être contacté par les professionnels hospitaliers et les professionnels du territoire couvert par la CPTS par téléphone ou messagerie sécurisée dédiés. Dans les deux cas, il faudra que le patient ait été informé de la démarche et ait donné un accord verbal à minima.

Le premier objectif du coordinateur sera d'identifier l'ensemble des professionnels de l'équipe accompagnante du patient ou, s'il n'en a pas, de proposer un choix de professionnels au patient. Le deuxième objectif sera, qu'idéalement 48h à l'avance, les professionnels hospitaliers l'informent de la sortie d'un patient pour qu'il puisse communiquer avec les différents référents d'un patient et organiser le retour à domicile. En troisième objectif, il évaluera la mise en place de ses différentes actions une semaine après le retour à domicile (ANNEXE VI).

Ce dispositif permet de répondre en grande partie aux problématiques des professionnels interrogés dans notre étude : il s'occupe de la communication et de la coordination des soins autour de la sortie d'hospitalisation et libère du temps de soin aux professionnels ; il sera un référent unique entre les différents interlocuteurs professionnels ambulatoires et hospitaliers d'un patient ; il créera un répertoire de coordonnées et centralisera les acteurs de la prise en charge d'un patient ; les échanges se feront de manière dématérialisée et sécurisée.

Ce projet s'intègre dans la création, avec les ARS, d'ici juillet 2022, d'un dispositif d'appui à la coordination (DAC) pour favoriser le maintien à domicile sur le territoire de la CPTS (46,47).

4.6. Forces et limites de l'étude

Le choix de l'étude qualitative via des entretiens semi-dirigés à questions ouvertes permet une grande variété de réponses et d'idées. Là où d'autres études avaient choisi d'interroger seulement des médecins (48,49), la diversité des professionnels médico-sociaux interrogés dans la nôtre constitue une force. La variété des caractéristiques des différents professionnels nous a aussi permis d'avoir une bonne représentation de la population du territoire. Le travail en miroir permet de confronter dans une même étude les données des 2 secteurs et de mettre en avant les idées communes et les divergences.

Concernant les limites, ce travail qualitatif est le premier de ce type pour les auteurs donc des erreurs ont pu être produites malgré des recherches sur la méthode qualitative préalables. Il peut exister un biais de sélection car le recrutement ayant été réalisé principalement par appel téléphonique ou par courrier, seuls les professionnels intéressés par notre sujet ont été enclins à y participer et nous n'avons interrogé aucun médecin spécialiste ambulatoire.

A cause du contexte sanitaire et de la disponibilité de chacun, beaucoup d'entretiens ont été réalisés par téléphone. Le langage non verbal n'a donc pas pu être retranscrit ni analysé.

5. Conclusion

Le parcours du patient entre l'hôpital et l'ambulatoire peut être amélioré. Dans la CPTS Bords d'Allier, les professionnels hospitaliers comme ambulatoires s'accordent sur les facteurs facilitants et limitants le parcours du patient. Les facteurs facilitants sont : les relations interprofessionnelles, les échanges dématérialisés et l'implication des professionnels. Les principaux freins sont : le manque de temps et de disponibilité, le retard ou absence de courrier, la transmission d'informations non systématisée à l'ensemble des professionnels référents d'un patient. Pour faciliter les échanges de données, ils proposent de développer des outils numériques partagés. L'idéal serait un dossier médical accessible et modifiable par les professionnels médico-sociaux ambulatoires et hospitaliers. Des supports tels que le logiciel MonSisra pour la région Auvergne-Rhône-Alpes existent déjà. D'autres, comme l'Espace Santé, au plan national, sont en développement. En s'inspirant de ce qui a été fait dans d'autres CPTS, pour répondre au besoin d'organisation et d'anticipation des entrées et sorties d'hospitalisation, un dispositif est proposé aux professionnels de la CPTS Bords d'Allier. Il s'appuie sur le recrutement d'un coordinateur. En connaissant les différents intervenants auprès d'un patient, cet unique interlocuteur fait le lien entre eux pour libérer du temps de soin aux professionnels.

Clermont-Ferrand, le 28/9/21
Pierre CLAVELOU
Doyen - Directeur



UFR de Médecine et des Professions Paramédicales
Service de la formation – Pôle 4
TSA 50400
28, Place Henri-Dunant
63001 Clermont-Ferrand Cedex 1

Clermont-Ferrand, le 27/09/2021
Le Président du Jury
Philippe VORILHON

6. Références bibliographiques

1. Bonnin M, Grémy F. Le développement des réseaux de soins et de santé : contexte éthique et politique. *Sante Publique (Bucur)*. 2004;Vol. 16(1):133-46.
2. Article L6321-1 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 27 mai 2021]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000036516228/
3. Article L1434-12 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 22 juin 2021]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000038886440/
4. Hubert G. La circulation de l'information médicale : évaluation du lien complexe ville-hôpital. Université Paris 13 - Faculté de médecine de Bobigny; 2006.
5. Giraud M. Coopération ville-hôpital : le point de vue des médecins généralistes. Université de Grenoble; 2010.
6. Pantilat SZ, Lindenauer PK, Katz PP, Wachter RM. Primary care physician attitudes regarding communication with hospitalists. *Am J Med*. 21 déc 2001;111(9, Supplement 2):15-20.
7. Sailliol M. Étude des relations entre les médecins généralistes de la région de Pau et le centre hospitalier de rattachement de Pau pour améliorer la prise en charge mutualisée des patients. 2014;105.
8. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P. Introduction à la recherche qualitative. *Exer Rev Fr Médecine Générale*. 8 janv 2017;19:4.
9. Netgen. La recherche qualitative en médecine de premier recours [Internet]. *Revue Médicale Suisse*. [cité 5 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/RMS/2004/RMS-2497/24011>
10. Oude-Engberink A, Lognos B, Clary B, David M, Bourrel G. La méthode phénoméno-pragmatique: une méthode pertinente pour l'analyse qualitative en santé. *Exer Rev Fr Médecine Générale*. janv 2013;24(105):4-11.
11. Britten N. Qualitative Research: Qualitative interviews in medical research. *BMJ*. 22 juill 1995;311(6999):251-3.
12. Kallio H, Pietilä A-M, Johnson M, Kangasniemi M. Systematic methodological review: developing a framework for a qualitative semi-structured interview guide. *J Adv Nurs*. déc 2016;72(12):2954-65.
13. Doody O, Noonan M. Preparing and conducting interviews to collect data. *Nurse Res*. mai 2013;20(5):28-32.
14. Borgès Da Silva G. La recherche qualitative : un autre principe d'action et de communication. *Rev Med Mal*. 2001;32(2):117-21.
15. Pope C, Ziebland S, Mays N. Analysing qualitative data. *BMJ*. 8 janv 2000;320(7227):114-6.
16. L'importance du temps dans la relation patients-soignants [Internet]. Odoxa. [cité 12 sept 2021]. Disponible sur: <http://www.odoxa.fr/sondage/carnet-de-sante-francais-personnels-hospitaliers-2/>
17. HAS. Document de sortie d'hospitalisation > 24h. 2014.
18. Check-list de sortie d'hospitalisation supérieure à 24h [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 12 sept 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2035081/fr/check-list-de-sortie-d-hospitalisation-superieure-a-24h
19. Kripalani S, LeFevre F, Phillips CO, Williams MV, Basaviah P, Baker DW. Deficits in communication and information transfer between hospital-based and primary care physicians: implications for patient safety and continuity of care. *JAMA*. 28 févr 2007;297(8):831-41.
20. van Walraven C, Seth R, Austin PC, Laupacis A. Effect of Discharge Summary Availability During Post-discharge Visits on Hospital Readmission. *J Gen Intern Med*. mars 2002;17(3):186-92.

21. McDonald KM, Sundaram V, Bravata DM, Lewis R, Lin N, Kraft SA, et al. Review of Systematic Reviews of Care Coordination Interventions [Internet]. Closing the Quality Gap: A Critical Analysis of Quality Improvement Strategies (Vol. 7: Care Coordination). Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2007 [cité 26 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK44016/>
22. Hesselink G, Schoonhoven L, Barach P, Spijker A, Gademan P, Kalkman C, et al. Improving patient handovers from hospital to primary care: a systematic review. *Ann Intern Med.* 18 sept 2012;157(6):417-28.
23. Delahaye M. Enquête auprès des médecins généralistes sur l'apport des nouvelles technologies dans la relation médecine de ville-hôpital. Pierre et Marie Curie (Paris 6); 2015.
24. Fabre L. Communication ville-hôpital : qu'attendent les médecins généralistes de Midi-Pyrénées [Internet] [exercice]. Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2014 [cité 8 juill 2021]. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/683/>
25. COUTANT G. Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V : ANNEXE [Internet]. Infirmiers.com. 2009 [cité 8 juill 2021]. Disponible sur: <http://www.infirmiers.com/profession-infirmiere/legislation/decret-nd-2004-802-du-29-juillet-2004-relatif-aux-parties-iv-et-v-annexe.html>
26. Keki EFB. Le lien ville hôpital pour le suivi pédiatrique dans le bassin grassois : attentes des médecins. 4 juin 2020;46.
27. Lemaire N. Évaluation qualitative de la relation ville-hôpital du point de vue des généralistes: données explicatives et ressenti face aux difficultés de communication. :70.
28. Communiqués de presse « GCS SARA [Internet]. Sante-ra. 2019 [cité 7 août 2021]. Disponible sur: <https://www.sante-ra.fr/communiqués-de-presse/>
29. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (1). 2016-41 janv 26, 2016.
30. Tout savoir sur le Dossier Médical Partagé [Internet]. L'assurance maladie. 2021 [cité 26 août 2021]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/sante/dossier-medical-partage/tout-savoir-sur-dossier-medical-partage>
31. DMP : Découvrir le DMP [Internet]. [cité 26 août 2021]. Disponible sur: <https://www.dmp.fr/patient/je-decouvre#Le-DMP-qu-est-ce-que-c-est>
32. Katsoudas J, Truchot Q. L'opinion du médecin généraliste sur le dossier médical partagé : une étude qualitative en Haute Savoie. 4 déc 2020;140.
33. Hamard M. État des lieux de l'utilisation du dossier médical partagé par les médecins généralistes de la Somme. 9 sept 2019;46.
34. Mouysset M. État des lieux de l'utilisation du dossier médical partagé par les médecins généralistes installés dans l'Hérault. 8 avr 2020;66.
35. Matouat AE. Utilisation du dossier médical partagé par les médecins généralistes installés en région Bretagne. 26 avr 2018;58.
36. Santé M des S et de la. Mon Espace Santé [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2021 [cité 26 août 2021]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/e-sante/mon-espace-sante/>
37. Mon Espace Santé [Internet]. [cité 26 août 2021]. Disponible sur: <https://esante.gouv.fr/mon-espace-sante>
38. Hop'line CHRU, des médecins hospitaliers à l'écoute des généralistes [Internet]. [cité 19 août 2021]. Disponible sur: <https://www.reseau-chu.org/article/hopline-chru-des-medecins-hospitaliers-a-lecoute-des-generalistes/>
39. Sortie d'hospitalisation [Internet]. Gie IMPA. [cité 12 sept 2021]. Disponible sur: <http://www.gie-impa.fr/sortie-d-hospitalisation.html>

40. Abraham E, JOB M-F. Fiche de sortie d'hospitalisation en Lorraine [Internet]. 9^{ème} rencontre nationale des Réseaux de santé Personnes Agées; 2014 avr 8 [cité 12 sept 2021]; Levallois-Perret. Disponible sur: https://www.geronto-sud-lorraine.com/docs/FSH_gpe_reseaux_SFSGG_avril2014.pdf?fbclid=IwAR3c3diWDWIDerx1qKkD3q2CKN6zXQFxB2BqsbyYXi-L9M80DiA_qLUhy_DI
41. REPER'Age, réseau de santé gériatrique, Valenciennes [Internet]. [cité 12 sept 2021]. Disponible sur: <http://www.reperage-sante.fr/>
42. Carte dynamique des CPTS -1 - C&D Online [Internet]. [cité 5 sept 2021]. Disponible sur: <https://cdonline.articque.com/share/display/35afdd51831ab9a4ad52aba1b18eb869cd5f28ee>
43. URPS Pharmaciens Auvergne Rhône Alpes. CPTS: les budgets [Internet]. 2019 [cité 9 sept 2021]. Disponible sur: <https://ara.urps-pharma.fr/wp-content/uploads/2019/11/cpts-budgets.pdf>
44. Accord conventionnel interprofessionnel pour les CPTS [Internet]. L'Assurance Maladie. 2020 [cité 25 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/exercice-coordonne/textes-referance/accord-conventionnel-interprofessionnel-en-faveur-de-lexercice-coordonne-et-du-deploiement-des-cpts/accord-conventionnel-interprofessionnel-pour-les-cpts>
45. Fédération hospitalière de France. Renforcer le lien ville-hôpital [Internet]. 2018. Disponible sur: <https://www.fhf.fr/content/download/131571/1064687/version/1/file/44531+-+LIEN+VILLE-HOPITAL+%28brochure+-+MODIF+13-03-18%29%5B1%5D.pdf>
46. DGOS_Michel.C, DGOS_Michel.C. Les dispositifs d'appui à la coordination - DAC [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2021 [cité 4 sept 2021]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/cooperations/DAC>
47. Les Dispositifs d'Appui à la Coordination (DAC) [Internet]. ARS. 2021 [cité 4 sept 2021]. Disponible sur: <http://www.iledefrance.ars.sante.fr/les-dispositifs-dappui-la-coordination-dac>
48. Alao O, Anceaux F, Beuscart R, Beuscart-Zéphir MC, Brunetaud J-M, Renard J-M. La communication ville-hôpital : un modèle pour améliorer la continuité des soins. Cah Numer. 2001;Vol. 2(2):37-55.
49. Enzinger L. Coopération ville-hôpital: évaluation de la faisabilité et de l'intérêt de l'appel téléphonique par le médecin hospitalier du médecin traitant pour préparer le retour à domicile. :76.

7. Annexes

ANNEXE I : Grille d'entretien pour les professionnels de l'ambulatoire

Présentation de la thèse

Profession, âge, sexe, ville, durée d'exercice, exercice hospitalier ou non

- 1) Qu'est-ce que cela vous évoque quand on vous dit CPTS, Communauté Professionnelle Territoriale de Santé ?
- 2) Qui connaissez-vous à l'hôpital ? Quel type de professionnel de santé avez-vous l'habitude d'échanger ?
- 3) Quel rapport avez-vous avec le milieu hospitalier ? (Qualité des rapports, différentes situations, relations, en fonction des hôpitaux, etc...)
- 4) Quels sont les freins et les facteurs facilitant dans votre travail concernant la relation que vous avez avec l'hôpital ?
- 5) Pouvez-vous me parler des cas particuliers des entrées/sorties d'hôpital, consultations.
- 6) Selon vous, que pourrait-on mettre en place pour améliorer votre lien avec l'hôpital pour le suivi de vos patients ?

ANNEXE II : Grille d'entretien pour les professionnels hospitaliers

Présentation de la thèse

Profession, âge, sexe, ville, durée d'exercice

- 1) Que savez de la CPTS, qu'est-ce que cela vous évoque ?
- 2) Qui connaissez-vous sur le terrain ? Avec quels professionnels êtes-vous en contact ?
- 3) Quels rapports avez-vous avec les acteurs ambulatoires ? (Communication, relations)
- 4) Quels sont les facteurs facilitants et les freins concernant votre relation avec l'ambulatoire ?
- 5) Cas particulier de l'entrée et sortie d'hospitalisation ?
- 6) Selon vous, que pourrait-on mettre en place pour améliorer votre lien avec l'ambulatoire pour le suivi de vos patients ?

La Communauté Professionnelle Territoriale de Santé Haute-Combraille et Volcan (CPTS HCV) recrute

COORDINATEUR DE PARCOURS EN SANTE

OBJET DE LA CPTS :

La Communauté Professionnelle Territoriale de Santé HCV est une association qui regroupe des professionnels de santé et médico sociaux d'un territoire des Combrailles avec pour objectif, l'amélioration de l'accès aux soins, la coordination entre les acteurs du territoire et la mise en place d'actions de prévention.

La CPTS s'est fixé comme première mission l'amélioration de la coordination des retours à domicile après hospitalisation.

La manque de lien entre le secteur ambulatoire et le secteur hospitalier, l'absence d'anticipation des retours des patients entraînent des situations de retours à domicile non coordonnés, non sécurisés pour les patients avec un risque de rupture de soins et d'accompagnement social et donc un risque accru de complications à domicile et de nouvelles hospitalisations.

Dans ce contexte, la CPTS recrute un(e) coordinateur(trice) de parcours en santé à compter du 6 avril 2020.

MISSIONS ET ACTIVITES :

Les missions du poste :

Le/la coordinateur/trice aura pour mission :

- Se mettre en relation avec les professionnels de santé, acteurs sociaux et médico-sociaux du territoire.
- Se mettre en relation avec les établissements de santé et notamment les cadres des services d'hospitalisation.
- Avoir une connaissance exhaustive des différents acteurs sanitaires et sociaux intervenant sur le territoire et de leurs rôles.
- Entretenir le réseau ainsi constitué au moyen d'outils adéquats.
- Créer le lien entre les acteurs du territoire et les établissements de santé.
- Coordonner les différents acteurs du territoire lors du retour à domicile des patients.
- Orienter les acteurs de la CPTS vers l'interlocuteur pertinent.

Le profil :

Compétences requises : niveau cadre

Formation initiale médicale, médico-social, management des organisations de santé

Permis de conduire B (minimum de points requis)

Savoir-être

Capacité d'écoute et de dialogue
Capacité d'analyse et de synthèse
Esprit de travail en collaboration et en partenariat
Capacité d'adaptation et de réactivité
Autonome

Savoirs - connaissances

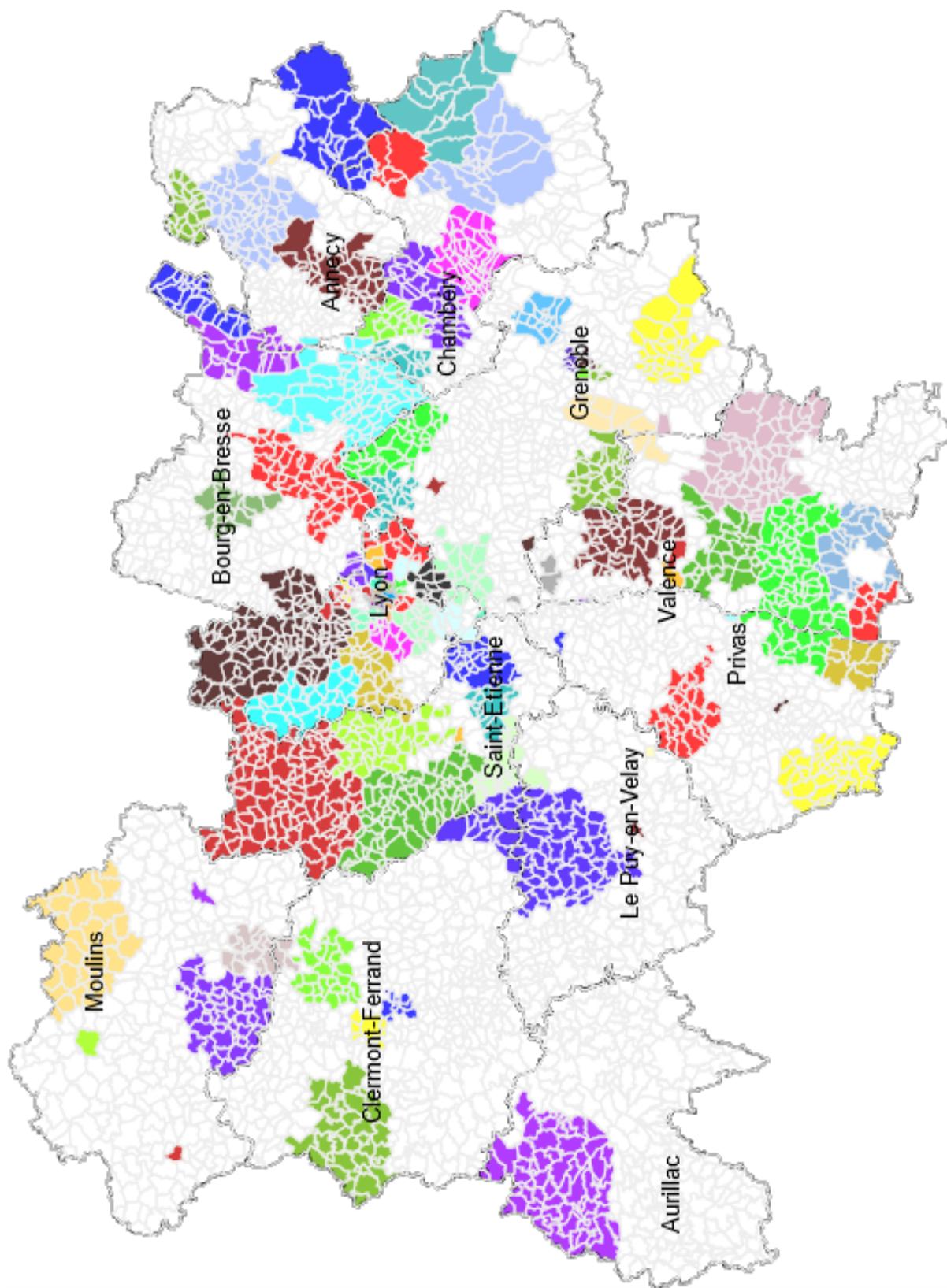
Connaissance des organisations de santé (hospitalières et ambulatoires)
Connaissance des outils informatiques et appropriation de nouveaux outils

Poste de cadre en CDI
35h/semaine
Déplacements sur le territoire à prévoir
Une partie de l'activité en télétravail

Ordinateur, imprimante et téléphone mis à disposition

Rémunération nette : 2100 € /mois + forfait déplacement 300€/mois + indemnité d'occupation (dans le cadre du télétravail) 100€/mois

ANNEXE IV : CPTS existantes et projets de CPTS sur le territoire Auvergne-Rhône-Alpes



CPTS BORDS D'ALLIER – FICHE-ACTION N°3

<p>THEME : Préfigurer un dispositif d'amélioration de la coordination ville-hôpital pour les sorties d'hospitalisation</p>
<p>OBJECTIFS DE L'ACTION :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Anticiper davantage les sorties d'hospitalisation pour mieux préparer les prises en charge au domicile 2) Fluidifier les échanges entre ville et hôpital sur le parcours patient 3) Préfigurer un élément « sorties d'hospitalisation » d'un futur DAC sur le territoire de la CPTS
<p>DESCRIPTIF DE L'ACTION :</p> <p>Quatre phases :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lancement d'une enquête auprès des professionnels et des établissements : 2 doctorantes vont, dans le cadre de leur thèse, interroger les professionnels hospitaliers et ambulatoires pour savoir quelles sont les problématiques réelles et proposer des outils (une dizaine de professionnels chacune). 2. Restitution des résultats et propositions et adoption d'un dispositif pilote, léger et reproductible 3. Test de ce dispositif avec des établissements volontaires (en première analyse, Riom et Thiers) 4. Extension à travers le DAC qui sera mis en place par l'ARS
<p>A QUEL ELEMENT DU DIAGNOSTIC TERRITORIAL CORRESPOND L'ACTION ?</p> <p>Bien souvent, les infirmiers et les kinésithérapeutes sont prévenus le jour même de la sortie et doivent s'organiser en urgence pour intervenir au domicile du patient, alors que ces sorties sont prévues ou prévisibles en amont. Les professionnels de santé ambulatoire pourraient être prévenus des sorties de leurs patients et des soins à prévoir.</p> <p>Il manque une liaison organisée entre les établissements de santé et le secteur ambulatoire. Cette rupture de parcours peut entraîner des difficultés dans l'accompagnement médical et social des patients à leur retour.</p> <p>La mise en place d'un DAC (dispositif d'appui à la coordination) dédié aux sorties d'hospitalisation serait très opportune.</p>
<p>PILOTE : Coordonnateur à recruter</p>
<p>PARTENAIRES DE L'ACTION</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ DANS LA CPTS : les médecins traitants, les infirmiers, les kinésithérapeutes ▪ EN-DEHORS DE LA CPTS : l'ARS à travers la promotion de l'outil DAC, les CH de Riom et Thiers dans un premier temps
<p>INDICATEURS DE RESULTATS :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ INDICATEUR 1 : nombre de professionnels et d'établissements interrogés ▪ INDICATEUR 2 : nombre de patients inclus dans le dispositif en phase de test

CALENDRIER PREVISIONNEL :

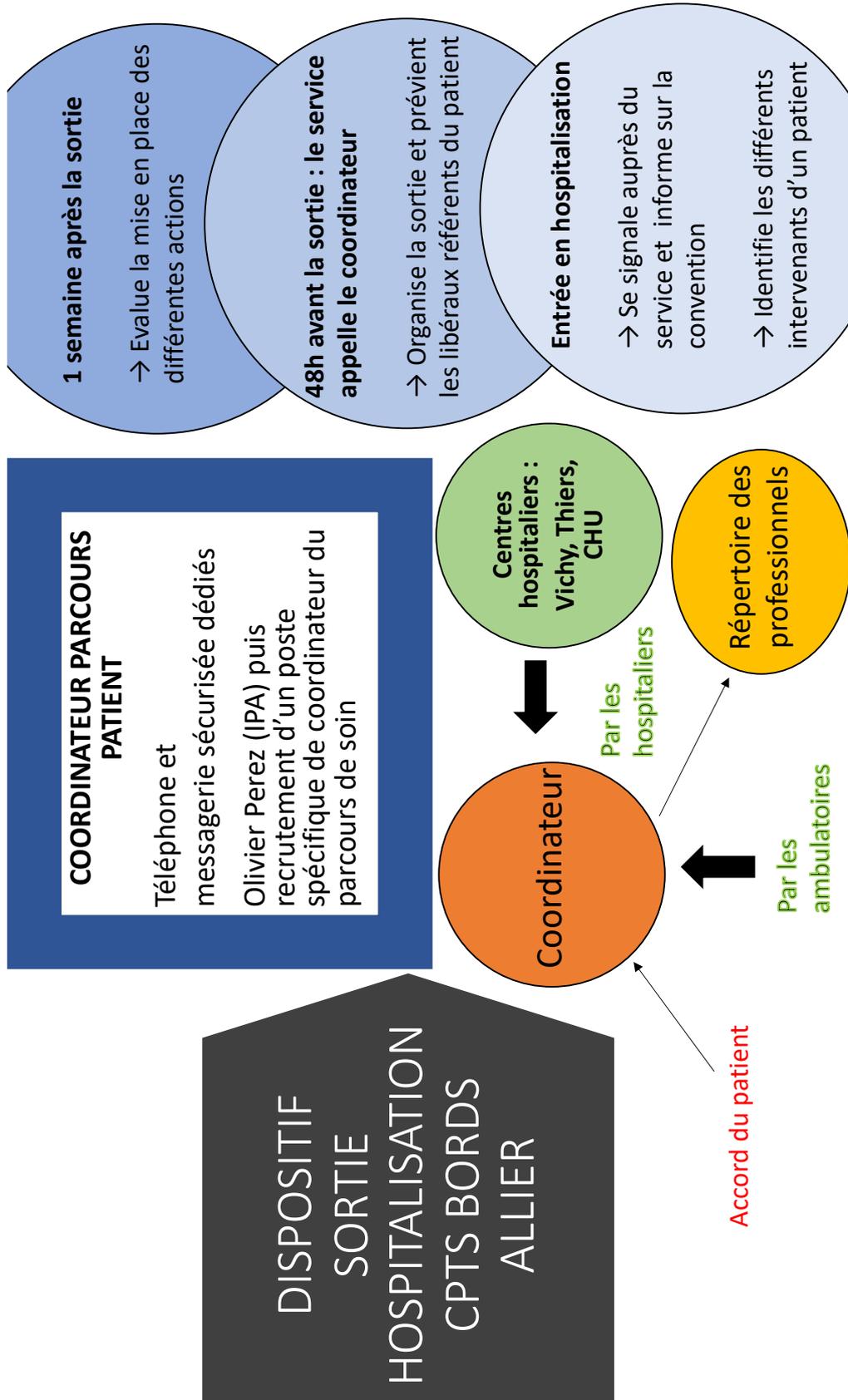
- **2ème semestre 2021 : réalisation de l'enquête**
- **1er semestre 2022** : restitution des résultats et élaboration du dispositif à tester
- **2^{ème} semestre 2022** : mise en phase de test et participation aux actions de l'ARS en vue de la mise en place d'un DAC
- **2023** : intégration du dispositif dans le DAC et ajustements après première évaluation

MOYENS NECESSAIRES POUR REALISER L'ACTION

Description : Mise en place d'une thèse de médecine faite par 2 doctorantes (voir fiche de thèse en annexe)

Recrutement d'un coordonnateur : à chiffrer

ANNEXE VI : Proposition d'un dispositif pour le CPTS Bords d'Allier



8. Serment d'Hippocrate

(Conseil national de l'ordre des médecins)

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

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

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

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

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

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

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

Nom, Prénom

Signature

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette FACULTE et de mes chers CONDISCIPLES, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'Honneur et de la Probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et je n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes MAÎTRES, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les HOMMES m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'OPPROBRE et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Nom, Prénom

Signature

Perception et attentes des professionnels médico-sociaux concernant le parcours du patient entre l'hôpital et l'ambulatorio dans une Communauté Professionnelle Territoriale de Santé. Une étude qualitative par entretiens individuels. Proposition d'un dispositif.

Résumé

CONTEXTE : De nombreuses CPTS se créent en France. Leur but est d'améliorer la prise en charge des patients sur un territoire. Au quotidien, il existe des difficultés dans la bonne relation entre professionnels libéraux et établissements de santé, altérant le parcours de soin du patient. Améliorer le lien ambulatoire-hôpital est un projet majeur pour les CPTS.

OBJECTIF : Évaluer les perceptions et les attentes des professionnels à propos de la coordination ambulatoire-hospitalière autour d'un patient. Préfigurer un dispositif local au sein de la CPTS Bords d'Allier.

METHODE : Étude qualitative par entretiens semi-dirigés de différentes professions médico-sociales ambulatoires et hospitalières sur le territoire de la CPTS Bords d'Allier dans le Puy-de-Dôme de janvier à avril 2021.

RESULTATS : Les CPTS sont des structures encore peu connues. Les professionnels hospitaliers et libéraux sont conscients des difficultés. Le manque de temps et de disponibilité, le retard ou l'absence de courrier, la transmission d'informations non systématisée à l'ensemble des professionnels référents d'un patient sont souvent relevés. Ils souhaitent un dossier médical commun accessible à tous les soignants d'un patient. Le développement des échanges dématérialisés et les rencontres interprofessionnelles, favorisant la confiance, sont attendus.

CONCLUSION : La création d'un dossier médical commun et d'outils efficaces pour échanger des informations à propos des patients sont attendus par les professionnels hospitaliers et ambulatoires. A moyen terme, des outils vont être développés, comme Mon Espace Santé. A court terme, un dispositif, proposé à la CPTS Bords d'Allier, prévoit un poste de coordinateur. Il gèrera certaines sorties d'hospitalisation et sera un interlocuteur unique entre les différents professionnels. Une convention autour de cette coordination pourrait être signée entre la CPTS et les établissements hospitaliers alentours.

Mots-clés

- | | |
|--------------------------|-------------------|
| - Coordination | - Soins primaires |
| - Dossier médical commun | - Ambulatoire |
| - CPTS | - Hôpital |