

UNIVERSITÉ DE STRASBOURG  
FACULTÉ DE MÉDECINE, MAÏEUTIQUE ET SCIENCES DE LA SANTÉ

ANNÉE : 2023

N° : 20

THÈSE  
PRÉSENTÉE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT  
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Diplôme d'État  
MENTION MEDECINE GENERALE

PAR  
Michel ZORGNIOTTI  
Né le 4 Juin 1988 à STRASBOURG

---

PLACE DES OUTILS NUMÉRIQUES DANS LA COORDINATION DES SOINS :  
DÉVELOPPEMENT ET DÉPLOIEMENT D'UNE SOLUTION NUMÉRIQUE DE  
COORDINATION DES SOINS DE PROXIMITÉ AU SEIN DE LA CPTS VIGNOBLE-  
MOSSIG (RÉGION GRAND EST) ET RETOUR D'EXPÉRIENCE DES  
PROFESSIONNELS DE SANTÉ.

---

Président de thèse : Professeur Emmanuel ANDRÈS

Directeur de thèse : Docteur Pascal CHARLES





FACULTÉ DE MÉDECINE,  
MAINTIENNE ET SCIENCES DE LA SANTÉ

Année 2022-2023  
Année universitaire 2022-2023

• Adresse de l'école :  
 • Adresse de l'école :  
 • Adresse de l'école :  
 • Adresse de l'école :  
 • Adresse de l'école :  
 • Adresse de l'école :  
 • Adresse de l'école :  
 • Adresse de l'école :  
 • Adresse de l'école :  
 • Adresse de l'école :



**A1 - PROFESSEUR TITULAIRE DU COLLEGE DE FRANCE**

Adresse de l'école : Adresse de l'école

**A2 - MEMBRE SENIOR A L'INSTITUT UNIVERSITAIRE DE FRANCE (I.U.F.)**

Adresse de l'école : Adresse de l'école

**A3 - PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS (PH-PR)**

Nom de l'enseignant	Code	Services hospitaliers et activités universitaires	Adresse de l'école de l'enseignant
DR. F. B. G. G.	0001	• Service de Cardiologie • Service de Cardiologie des Urgences (Urgences) • Service de Cardiologie des Urgences	0001 - Adresse de l'école de l'enseignant
DR. F. B. G. G.	0002	• Service de Cardiologie des Urgences • Service de Cardiologie des Urgences	0002 - Adresse de l'école de l'enseignant
DR. F. B. G. G.	0003	• Service de Cardiologie des Urgences • Service de Cardiologie des Urgences	0003 - Adresse de l'école de l'enseignant
DR. F. B. G. G.	0004	• Service de Cardiologie des Urgences • Service de Cardiologie des Urgences	0004 - Adresse de l'école de l'enseignant
DR. F. B. G. G.	0005	• Service de Cardiologie des Urgences • Service de Cardiologie des Urgences	0005 - Adresse de l'école de l'enseignant
DR. F. B. G. G.	0006	• Service de Cardiologie des Urgences • Service de Cardiologie des Urgences	0006 - Adresse de l'école de l'enseignant
DR. F. B. G. G.	0007	• Service de Cardiologie des Urgences • Service de Cardiologie des Urgences	0007 - Adresse de l'école de l'enseignant
DR. F. B. G. G.	0008	• Service de Cardiologie des Urgences • Service de Cardiologie des Urgences	0008 - Adresse de l'école de l'enseignant
DR. F. B. G. G.	0009	• Service de Cardiologie des Urgences • Service de Cardiologie des Urgences	0009 - Adresse de l'école de l'enseignant
DR. F. B. G. G.	0010	• Service de Cardiologie des Urgences • Service de Cardiologie des Urgences	0010 - Adresse de l'école de l'enseignant
DR. F. B. G. G.	0011	• Service de Cardiologie des Urgences • Service de Cardiologie des Urgences	0011 - Adresse de l'école de l'enseignant
DR. F. B. G. G.	0012	• Service de Cardiologie des Urgences • Service de Cardiologie des Urgences	0012 - Adresse de l'école de l'enseignant
DR. F. B. G. G.	0013	• Service de Cardiologie des Urgences • Service de Cardiologie des Urgences	0013 - Adresse de l'école de l'enseignant
DR. F. B. G. G.	0014	• Service de Cardiologie des Urgences • Service de Cardiologie des Urgences	0014 - Adresse de l'école de l'enseignant
DR. F. B. G. G.	0015	• Service de Cardiologie des Urgences • Service de Cardiologie des Urgences	0015 - Adresse de l'école de l'enseignant
DR. F. B. G. G.	0016	• Service de Cardiologie des Urgences • Service de Cardiologie des Urgences	0016 - Adresse de l'école de l'enseignant
DR. F. B. G. G.	0017	• Service de Cardiologie des Urgences • Service de Cardiologie des Urgences	0017 - Adresse de l'école de l'enseignant
DR. F. B. G. G.	0018	• Service de Cardiologie des Urgences • Service de Cardiologie des Urgences	0018 - Adresse de l'école de l'enseignant
DR. F. B. G. G.	0019	• Service de Cardiologie des Urgences • Service de Cardiologie des Urgences	0019 - Adresse de l'école de l'enseignant
DR. F. B. G. G.	0020	• Service de Cardiologie des Urgences • Service de Cardiologie des Urgences	0020 - Adresse de l'école de l'enseignant

















## C - MEMBRES ASSOCIÉS DE MÉDECINS GÉNÉRALIS

**C1 - PROFESSEURS ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE (mi-temps)**

**DR. JOHANAS OHLB**  
 DR. A. STREJANČIČ  
 DR. A. KRAMERJEV  
 DR. D. JAKIČIČ  
 DR. A. MOHAMMEDI

**C2 - MAÎTRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE - TITULAIRE**

**DR. JUREČIČ, Jurež**  
**DR. ŠCIBIČIČ, Andrej**

**C3 - MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE (mi-temps)**

**DR. JUREČIČ, Jurež**  
**DR. OŠTIR, Irena**  
**DR. ŠCIBIČIČ, Andrej**  
**DR. HODIŠIČ, Vera**  
**DR. VILHAR, Srečko**

**E - PRATIQUES HÔPITALIÈRES - CHEF DE SERVICE NON UNIVERSITAIRE**

<b>DR. SREČIČ, Srečko</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Service de Médecine Interne</li> <li>-Service de Médecine Spécialisée Spéc. Médecine Familiale (MFC)</li> </ul>
<b>DR. VIDMAR, Marija</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Service de Médecine Interne</li> <li>-Service de Médecine Spécialisée Spéc. Médecine Familiale (MFC)</li> </ul>
<b>DR. M. V. GÖRAN, Edoardo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Service de Pédiatrie Pédiatrie</li> <li>-Service de Pédiatrie Spécialisée Pédiatrie Malade Mentale (MFM)</li> </ul>
<b>DR. ŠCIBIČIČ, Jurež</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Service de Pédiatrie</li> <li>-Service de Pédiatrie Spécialisée Pédiatrie Malade Mentale (MFM)</li> </ul>
<b>DR. ŠCIBIČIČ, Jurež</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Service de Pédiatrie Spécialisée Pédiatrie Malade Mentale (MFM)</li> <li>-Service de Pédiatrie Spécialisée Pédiatrie Malade Mentale (MFM)</li> </ul>
<b>DR. GORJANČIČ, Ljiljana</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Service de Pédiatrie Pédiatrie Malade Mentale (MFM)</li> <li>-Service de Pédiatrie Spécialisée Pédiatrie Malade Mentale (MFM)</li> </ul>
<b>DR. V. ŠTAMBER, Maja</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Service de Pédiatrie Pédiatrie Malade Mentale (MFM)</li> <li>-Service de Pédiatrie Spécialisée Pédiatrie Malade Mentale (MFM)</li> </ul>
<b>DR. ŠCIBIČIČ, Jurež</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Service de Pédiatrie Pédiatrie Malade Mentale (MFM)</li> <li>-Service de Pédiatrie Spécialisée Pédiatrie Malade Mentale (MFM)</li> </ul>
<b>DR. ŠCIBIČIČ, Jurež</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Service de Pédiatrie Pédiatrie Malade Mentale (MFM)</li> <li>-Service de Pédiatrie Spécialisée Pédiatrie Malade Mentale (MFM)</li> </ul>
<b>DR. V. ŠTAMBER, Maja</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Service de Pédiatrie Pédiatrie Malade Mentale (MFM)</li> <li>-Service de Pédiatrie Spécialisée Pédiatrie Malade Mentale (MFM)</li> </ul>
<b>DR. V. ŠTAMBER, Maja</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Service de Pédiatrie Pédiatrie Malade Mentale (MFM)</li> <li>-Service de Pédiatrie Spécialisée Pédiatrie Malade Mentale (MFM)</li> </ul>
<b>DR. ŠCIBIČIČ, Jurež</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Service de Pédiatrie Pédiatrie Malade Mentale (MFM)</li> <li>-Service de Pédiatrie Spécialisée Pédiatrie Malade Mentale (MFM)</li> </ul>
<b>DR. V. ŠTAMBER, Maja</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Service de Pédiatrie Pédiatrie Malade Mentale (MFM)</li> <li>-Service de Pédiatrie Spécialisée Pédiatrie Malade Mentale (MFM)</li> </ul>
<b>DR. V. ŠTAMBER, Maja</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Service de Pédiatrie Pédiatrie Malade Mentale (MFM)</li> <li>-Service de Pédiatrie Spécialisée Pédiatrie Malade Mentale (MFM)</li> </ul>
<b>DR. V. ŠTAMBER, Maja</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Service de Pédiatrie Pédiatrie Malade Mentale (MFM)</li> <li>-Service de Pédiatrie Spécialisée Pédiatrie Malade Mentale (MFM)</li> </ul>
<b>DR. V. ŠTAMBER, Maja</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Service de Pédiatrie Pédiatrie Malade Mentale (MFM)</li> <li>-Service de Pédiatrie Spécialisée Pédiatrie Malade Mentale (MFM)</li> </ul>

## F2 - PROFESSEURS ÉMÉRITES

- A. BLANCHARD (1932-2022)  
 Université de Sherbrooke (1974-1991) et Université de Montréal (1992-2022)  
 MATHÉMATIQUES (1974-1991) et ÉCOLE DE GRADUÉS (1992-2022)
- E. GARTEIS (1929-2009)  
 ÉCOLE DE GRADUÉS (1972-1988) et ÉCOLE DE GRADUÉS (1989-2009)  
 ÉCOLE DE GRADUÉS (1972-1988) et ÉCOLE DE GRADUÉS (1989-2009)  
 ÉCOLE DE GRADUÉS (1972-1988) et ÉCOLE DE GRADUÉS (1989-2009)
- J. GIBSON (1923-2003)  
 ÉCOLE DE GRADUÉS (1972-1988) et ÉCOLE DE GRADUÉS (1989-2003)  
 ÉCOLE DE GRADUÉS (1972-1988) et ÉCOLE DE GRADUÉS (1989-2003)
- J. GIBSON (1923-2003)  
 ÉCOLE DE GRADUÉS (1972-1988) et ÉCOLE DE GRADUÉS (1989-2003)
- J. GIBSON (1923-2003)  
 ÉCOLE DE GRADUÉS (1972-1988) et ÉCOLE DE GRADUÉS (1989-2003)

## F2 - PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS ASSOCIÉ (mi-temps)

2022-2023	2021-2022	2020-2021

## F3 - PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ

A. BLANCHARD (1932-2022)	1974-1991
E. GARTEIS (1929-2009)	1972-1988
J. GIBSON (1923-2003)	1972-1988
J. GIBSON (1923-2003)	1989-2003
J. GIBSON (1923-2003)	1972-1988
J. GIBSON (1923-2003)	1989-2003
J. GIBSON (1923-2003)	1972-1988





**SERMENT D'HIPPOCRATE**

*« Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.*

*J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.*

*J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.*

*Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu 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 et méprisé si j'y manque. »*





## REMERCIEMENTS

À Monsieur le Professeur Emmanuel ANDRÈS, je vous remercie de présider mon jury de thèse. Ce choix, au-delà de votre intérêt certain pour la coordination des soins, est tout à fait approprié pour moi : en effet une de mes premières expériences pratiques en médecine s'est fait au sein de votre service, en tant que « check list ». Soyez assuré de ma reconnaissance la plus sincère et de mon profond respect.

À Monsieur le Docteur Pascal CHARLES, merci d'avoir accepté d'être mon directeur de thèse. Le support que vous m'avez offert avec PULSY® a permis ce travail. Mes remerciements également pour les longues soirées de correction et de brainstorming.

À Madame le Professeur Valérie WOLFF, merci de faire partie de mon jury de thèse, cela me touche profondément. C'est dans votre service que j'ai commencé à réellement pratiquer la médecine en tant qu'interne de génétique à l'époque.

À Monsieur le Professeur Didier MUTTER, votre intérêt pour les nouvelles technologies en santé n'est plus à démontrer, comme en témoigne votre travail à l'IHU-Strasbourg. C'était donc une évidence pour moi de vous proposer de participer à mon jury de thèse, merci d'avoir accepté.

À Monsieur le Professeur Nicolas MEYER, un grand merci pour l'aide précise apportée dans la partie statistique de cette thèse.

Aux équipes de PULSY®, MODIS®, SALESFORCE®, ainsi que toute la CPTS Vignoble-Mossig, sans qui cette thèse n'aurait pas été possible.

À l'ensemble des professionnels de santé rencontrés durant ma formation médicale, mes remerciements pour l'expérience partagée et le soutien apporté.

À ma famille, dans son ensemble, les « Zorigniotti », les « Deschler », les « Watzky ». Merci pour votre soutien et votre amour durant toutes ces années. Spéciale dédicace à Catherine, pour ta relecture canadienne.

À tous mes amis, merci pour les nombreuses joies partagées dans le passé et pour toutes celles que j'espère à venir.

### **Je dédie cette thèse**

À mes parents, Maman, Papa. Merci de m'avoir aidé à grandir et à devenir l'homme que je suis aujourd'hui. Merci de votre support sans faille, de toujours croire en moi et de rester présents, dans les bons comme les mauvais moments. Spéciale dédicace à ma Maman qui aura enfin la joie d'avoir un deuxième Docteur en Médecine Zorngiotti. Spéciale dédicace à mon Papa avec qui je vais enfin pouvoir retourner travailler dans le jardin. Merci à vous deux pour le travail de relecture et de vous être si souvent occupés de mes petits monstres d'amour. Je vous aime.

À ma femme, Émilie, mon amour. Merci pour ta patience face à ce (trop) long travail de thèse et pour ta présence inconditionnelle à mes côtés ces treize dernières années. Tout le monde le sait, je suis un éternel indécis et insatisfait. Mais dans ma vie, s'il y a une seule chose dont je suis sûr, dont je n'ai jamais douté, c'est mon amour pour toi. Merci de vouloir continuer à écrire notre histoire, à mes côtés. Je t'aime, tu es mon âme sœur.

À mes enfants, Aurélien, Anna et Alexandre. Mes petits alpha oméga d'amour. Merci d'avoir beaucoup partagé votre papa : entre la thèse, l'acupuncture, la mésothérapie, la micronutrition et ma passion pour le numérique... je ne suis pas toujours aussi disponible pour vous que je le souhaiterais et que je l'ai été. Vous avez été, êtes et serez toujours ma priorité. Vous êtes ma plus belle réussite. Promis vous allez enfin récupérer votre papa !

À mes sœurs, pour toutes les joies que nous avons partagées ensemble (et les engueulades aussi). Grandir à vos côtés a été un réel bonheur et a fait de moi (je crois) un meilleur homme. Vous êtes toujours là pour me tendre la main, m'offrir une oreille, un conseil. Quelle complicité nous avons tous les trois ! Spéciale dédicace à Louise pour le travail d'impression et l'aspect logistique : bravo le SAV au crémant ! Pour toi, Céline, "spéciale dédicace" est bien insuffisant. Je ne saurais pas compter le nombre d'heures que tu as investi dans cette thèse en relecture, remise en forme, aide à la structuration et gestion des problèmes techniques... En toute honnêteté, sans toi, ce travail ne serait pas, ou du moins certainement pas sous cette forme. Je ne saurai te remercier suffisamment. Je vous aime toutes les deux.

À Adrien, merci pour le bonheur que tu amènes dans la famille, pour ta disponibilité permanente et pour toute la joie que tu apportes à Céline.

À Franck, merci de la joie que tu apportes à Louise. Tes blagues, parfois un peu tendancieuses, trouvent toujours bon public.

À mes neveux (et filleuls pour certains) et ma nièce, Arthur, Eliott, Juliette et Benjamin. À Maëlle et Auguste, mes filleuls.

À Mamie Nanette et Mamie Jeanne, merci pour votre amour inconditionnel et votre support, qu'il s'agisse de logistique ou de délicieux repas. Vous avez toujours un mot doux, un regard bienveillant pour moi. Je vous aime.

Je dédie aussi cette thèse à ceux qui m'ont quitté, que j'aime et qui me manque

Papi Albert, merci pour tout ce que tu m'as appris. Pour ton temps, toutes nos constructions (cabanes, épées, but de foot) et ton soutien durant mes études jusqu'à faire le chauffeur avec mamie tous les jours pendant ma P1.

Papi Michel, merci pour tout ce que tu m'as transmis, au-delà du nom du Piémont. Merci pour la recette des spaghettis sauce bolognaise, la passion des tomates et l'amour de la famille.

Ben, mon meilleur ami, tu es celui avec qui j'ai probablement partagé le plus de fous rires dans ma vie, des délires dans la piscine aux nuits blanches de gaming. Tu étais mon confident et tu as toujours été là pour m'épauler, Que la Force soit avec toi ! Tu es parti bien trop tôt...

Olivier, mon grand frère de cœur, merci pour les toiles d'araignée en scotch, les avions en K'NEX, les pétards Kinders et les cours d'initiation au Roller Hockey. Que la Neige soit avec toi ! Ton étoile a brûlé trop vite, à fond comme toujours.

Morgan, avec qui j'ai fait les 400 coups au collège, au Danemark, aux États-Unis... Merci pour tout ce que tu m'as apporté.

Mistinguette, notre chat d'amour, qui s'est éclipsée si soudainement.



## TABLE DES MATIÈRES

<b>Introduction.....</b>	<b>39</b>
<b>Partie 1 : Les facteurs récents d'impulsion de la coordination des soins et de l'usage des outils numériques .....</b>	<b>41</b>
1.1. <i>Un axe d'amélioration qui s'impose progressivement .....</i>	41
1.1.1. La promotion de la coordination des soins d'un point de vue législatif depuis 2002 .....	41
1.1.1.1. « Loi Kouchner » (2002) .....	41
1.1.1.2. Loi sanitaire de 2004 .....	42
1.1.1.3. Loi HPST ou Loi BACHELOT (2009) .....	44
1.1.1.4. Loi sanitaire de 2016 ou Loi Touraine .....	46
1.1.2. État des lieux fait par le Gouvernement en 2018 .....	50
1.1.2.1. « Ma santé pour 2022 » (2018).....	50
1.1.2.2. Place de la coordination des soins dans « Ma santé pour 2022 » .....	50
1.1.2.3. Un constat : le cloisonnement.....	52
1.1.2.3.1. L'exemple de l'articulation entre le médico-social et le sanitaire .....	52
1.1.2.3.2. Des disparités .....	54
1.1.2.3.3. Un constat ancien et redondant.....	56
1.1.2.3.4. Les causes du cloisonnement .....	56
1.1.2.4. La coordination des soins : un enjeu majeur d'amélioration du système de santé .....	57
1.2. <i>L'accès aux soins.....</i>	58
1.2.1. Une vaste problématique .....	58
1.2.1.1. Les soins non programmés.....	58
1.2.1.2. L'accès au médecin traitant .....	60
1.2.1.3. L'accès aux examens complémentaires et aux médecins spécialistes.....	61
1.2.2. Les causes du problème .....	62
1.2.2.1. Évolution démographique de la population française .....	62
1.2.2.2. Réduction du temps de travail .....	64
1.2.2.3. Allongement du temps des consultations .....	65
1.2.2.4. Inadéquation des horaires .....	66
1.2.3. Perspectives pour l'avenir et la solution des outils numériques .....	66
1.3. <i>Le manque de pertinence des soins.....</i>	68
1.3.1. Définitions .....	68
1.3.2. Lien entre pertinence et coordination des soins. Quelles améliorations les outils numériques peuvent-ils apporter ?.....	70
1.3.2.1. Pertinence des prescriptions médicamenteuses .....	70
1.3.2.2. Pertinence des prescriptions d'examens complémentaires .....	71
1.3.3. La notion de qualité des soins .....	72
1.4. <i>Mauvaises transitions lors du changement de secteur de prise en charge .....</i>	73
1.4.1 La conciliation des traitements médicamenteux .....	74
1.4.1.1. Définition. Un exercice de coordination des soins .....	74
1.4.1.2. État des lieux.....	75
1.4.1.3. Pistes d'amélioration et outils numériques .....	77
1.4.1.4. Les limites .....	79
1.4.2. Autres éléments concernant les phases de transition des patients .....	80
1.4.2.1. Le transfert des patients en provenance des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).....	80
1.4.2.2. La lettre de liaison de sortie (LLS) .....	82
1.4.2.3. Les réhospitalisations précoces.....	84
1.5 <i>Problématique de la gestion des parcours de soins complexes .....</i>	87

1.5.1. Que recouvre la notion de parcours de soins complexes ? .....	87
1.5.2. La réalité du terrain.....	88
1.5.2.1. Les principales problématiques rencontrées .....	91
1.5.2.2. Les principaux facteurs rendant la situation complexe .....	93
1.5.2.3. Un constat partagé.....	93
1.5.2.4. Classification par champ d'implication .....	94
1.5.3. Apports possibles d'un outil numérique de coordination pour les soins complexes .....	95
1.5.4. Les dispositifs d'appui à la coordination (DAC).....	96
1.6. <i>Insuffisance des politiques de prévention au niveau territorial</i> .....	99
1.6.1. La prévention .....	99
1.6.2. Littérature universitaire et politiques de prévention .....	100
1.6.3. Rapport de la Cour des comptes (2021) (115).....	103
1.6.3.1. Bilan de la prévention et ses limites .....	103
1.6.3.2. Pistes d'amélioration proposées .....	106
1.7. <i>Politique de maintien à domicile insuffisante et inadaptée</i> .....	111
1.7.1. Généralités .....	111
1.7.1.1. Le maintien à domicile : un problème sanitaire, social et économique .....	111
1.7.1.2. La notion de perte d'autonomie .....	112
1.7.2. Les problématiques du maintien à domicile .....	114
1.7.2.1. Vue d'ensemble .....	115
1.7.2.2. L'accès aux soins .....	116
1.7.2.3. Les phases de transition .....	120
1.7.2.4. Les particularités médicales du maintien à domicile .....	121
1.7.2.4.1. Les limites médicales au maintien à domicile .....	121
1.7.2.4.2. Deux situations médicales spécifiques au maintien à domicile .....	123
1.7.2.5. La notion de suppléance .....	126
1.7.2.6. La coordination inter-champs.....	128
1.7.2.7. La notion de qualité.....	129
1.7.2.8. Les particularités du travail à domicile .....	130
1.7.2.8.1. Refus ou limitation des prises en charge .....	130
1.7.2.8.2. Le travail en « mode dégradé » .....	132
1.7.2.8.3. Le travail à domicile facteur de manque d'attractivité et de pénibilité.....	133
1.7.3. Les solutions proposées.....	134
1.7.3.1. Concernant l'accès aux soins et aux aides.....	134
1.7.3.2. Concernant les situations médicales .....	136
1.7.3.3. Concernant la suppléance .....	138
1.7.3.4. Concernant la coordination inter-champs .....	138
1.7.3.5. Concernant les démarches qualité .....	140
1.7.3.6. Concernant les particularités du travail à domicile .....	141
1.7.4. Place de la domotique et des objets connectés.....	143
1.7.5. Place des outils numériques de coordination des soins dans le maintien à domicile. ....	145
1.8. <i>Présentation de la feuille de route « Accélérer le virage numérique en santé »</i> .....	150
1.8.1. Les 5 axes .....	151
1.8.1.1. Renforcement de la gouvernance.....	151
1.8.1.2. Intensification de la sécurité et interopérabilité des systèmes d'information.....	152
1.8.1.3. Accélération du déploiement des services numériques socles .....	152
1.8.1.4. Déploiement au niveau national des plateformes numériques en santé.....	153
1.8.1.5. Le soutien à l'innovation et à l'engagement des acteurs du système de santé .....	154
1.8.2. Le programme e-parcours (174) .....	154
1.9. <i>L'impact de la pandémie de COVID-19</i> .....	157
1.9.1. Impact de la pandémie à COVID-19 sur la coordination des soins .....	158
1.9.1.1. Impact général de la pandémie à COVID-19 sur la coordination des soins.....	158
1.9.1.2. Cas particulier des CAD-Covid .....	163
1.9.1.3. Réponse des structures locales et territoriales à la crise sanitaire .....	164

1.9.2. Impact du COVID-19 sur l'usage des outils numériques en santé .....	165
1.9.2.1. Un révélateur de l'utilité majeure des outils numériques en santé (175) .....	165
1.9.2.2. Champs d'application des outils numériques pendant la crise sanitaire (187) .....	166
1.9.2.2.1. Communication et informations (187) .....	167
1.9.2.2.2. Suivi et surveillance épidémiologique (187) .....	168
1.9.2.2.3. Soutien aux prestations et services de santé : Diagnostic, soins, suivi, surveillance et orientation des patients (187) .....	168
1.9.2.2.4. Vaccination (187) .....	171
1.9.2.3. Les marqueurs de l'usage des outils numériques durant l'épidémie (175) .....	171
1.9.2.4. Les outils numériques : un potentiel considérable qui reste à développer (175) .....	173
1.9.2.5. La crise, révélatrice des freins et des leviers à l'usage des outils numériques en France (175) .....	174
1.9.2.5.1. Les freins .....	174
1.9.2.5.2. Les leviers (187) .....	178
1.9.2.6. La crise, révélatrice de la nécessité de poursuivre les politiques allant dans le bon sens (175) .....	181

## **Partie 2 : Développement et déploiement d'un outil numérique de coordination au sein de la CPTS Vignoble-Mossig .....**

<i>2.1. E-parcours et outil régional de coordination .....</i>	<i>188</i>
2.1.1. Impératif d'acceptation et de financement d'un outil régional de coordination .....	189
2.1.1.1. Impératif de structuration : urbanisation, interopérabilité et sécurité des systèmes d'information .....	189
2.1.1.2. Impératifs en matière de contenu .....	190
2.1.1.3. Problématique de l'accord-cadre .....	190
2.1.2. Détail du cahier des charges concernant le contenu de l'outil .....	191
<i>2.2. Enquête auprès des soignants français concernant la coordination des soins .....</i>	<i>195</i>
2.2.1. Caractéristiques de l'échantillon .....	196
2.2.1.1. Type de professions .....	196
2.2.1.2. Lieu et mode d'exercice .....	198
2.2.1.3. Âge moyen .....	199
2.2.2. Définition de la coordination des soins (question ouverte de 3-4 mots) .....	199
2.2.3. La coordination des soins : dans quelle structure et avec quel outil ? .....	203
2.2.3.1. Les structures de coordination des soins .....	203
2.2.3.2. Les outils utilisés pour coordonner les soins .....	205
2.2.3.2.1. Les outils génériques de coordination des soins : avantages et inconvénients	205
2.2.3.2.2. Le cas de la coordination des soins au domicile .....	211
2.2.3.2.3. Intérêt des outils numériques, des outils de coordination des soins et des outils numériques de coordination des soins .....	212
2.2.4. Apport de ce questionnaire .....	216
<i>2.3. Outil numérique de coordination des soins de proximité : développement, déploiement et accompagnement à l'usage .....</i>	<i>218</i>
2.3.1. Généralités .....	218
2.3.1.1. Présentation des acteurs du projet .....	218
2.3.1.2. Cahier des charges initial et financement .....	220
2.3.1.3. Chronologie .....	222
2.3.2. Le développement de l'outil numérique de coordination des soins de proximité .....	223
2.3.2.1. Répartition, cycle et support de travail .....	223
2.3.2.1.1. Le travail de chaque équipe .....	223
2.3.2.1.2. La méthode agile .....	224
2.3.2.1.2. Le cycle de travail .....	225
2.3.2.1.3. Support de travail .....	227
2.3.2.2. Modalités d'échange et de partage .....	228
2.3.2.2.1. Les réunions .....	228
2.3.2.2.2. Les courriels .....	229

2.3.2.2.3. Les documents partagés .....	230
2.3.2.3. Contenu du développement .....	238
2.3.2.3.1. Connexion à l'application .....	238
2.3.2.3.2. Écran d'accueil .....	241
2.3.2.3.3. Fiche utilisateur .....	244
2.3.2.3.4. Création d'une fiche de patient .....	245
2.3.2.3.5. Dossier patient .....	248
2.3.2.3.6. Bandeau action .....	249
2.3.2.3.7. Équipe de prise en charge .....	250
2.3.2.3.8. Alimentation du cahier de liaison .....	253
2.3.2.3.9. Vue du cahier de liaison .....	257
2.3.2.3.10. Ajout d'un document .....	260
2.3.2.3.11. Fonction « antécédents » .....	261
2.3.2.3.12. Fonction ordonnance .....	262
2.3.2.3.13. Fonction « Chatter » .....	264
2.3.2.4. Limites de l'outil identifiées lors du développement .....	266
2.3.2.4.1. Limites fonctionnelles .....	266
2.3.2.4.2. Limites ergonomiques .....	267
2.3.3. Phase de test : déploiement, formation et assistance à l'utilisation .....	267
2.3.3.1. Généralités .....	267
2.3.3.1.1. Travail de chaque équipe .....	267
2.3.3.1.2. Chronologie .....	268
2.3.3.1.3. Moyens de communication avec les professionnels de santé .....	268
2.3.3.2. Le déploiement .....	271
2.3.3.2.1. Supports utilisés .....	271
2.3.3.2.2. Nombre de participants .....	272
2.3.3.2.3. Organisation de la formation .....	272
2.3.3.3. Les formations complémentaires .....	273
2.3.3.4. L'assistance technique durant la période de test .....	273
2.3.4. Récupération des données .....	274
<b>Partie 3 : Étude .....</b>	<b>277</b>
3.1. Introduction .....	277
3.2. Matériel et méthode .....	278
3.2.1. Type d'étude .....	278
3.2.2. Population étudiée .....	279
3.2.3. Déroulement de l'étude .....	280
3.2.4. Les questionnaires .....	280
3.2.5. Recueil des données .....	281
3.2.6. Analyse statistique .....	281
3.2.7. Recherche bibliographique .....	290
3.3. Résultats .....	291
3.3.1. Diagramme de flux .....	291
3.3.2. Caractéristiques sociodémographiques .....	292
3.3.2.1. Étude avant usage de l'outil numérique .....	292
3.3.2.2. Étude après usage de l'outil numérique .....	295
3.3.3. Fréquence d'utilisation de l'outil de coordination des soins .....	298
3.3.4. Caractérisation de la communication avec les autres professionnels de santé .....	303
3.3.4.1. Remarques d'introduction générales .....	303
3.3.4.2. Présentation des tableaux et diagrammes .....	306
3.3.4.3. Analyse descriptive des différents résultats de la partie « Communication entre les professionnels de santé » .....	306
3.3.4.3.1. Fluidité .....	306
3.3.4.3.2. Clarté des attentes .....	311
3.3.4.3.3. Adaptation à la pratique professionnelle des modalités de communication .....	315
3.3.4.3.4. Pertinence du contenu des échanges .....	320



3.3.4.4. Évaluation moyenne de cette partie .....	324
3.3.5. Caractérisation des informations concernant les patients .....	340
3.3.5.1. Présentation des tableaux et diagrammes .....	340
3.3.5.2. Analyse descriptive des différents résultats de la partie « Les informations concernant les patients » .....	341
3.3.5.2.1. Exhaustivité .....	341
3.3.5.2.2. Fiabilité et exactitude .....	345
3.3.5.2.3. Sécurisation .....	350
3.3.5.3. Évaluation moyenne de cette partie .....	355
3.3.6. Caractérisation des documents médicaux concernant les patients .....	369
3.3.6.1. Présentation des tableaux et diagrammes .....	369
3.3.6.2. Analyse descriptive des différents résultats de la partie « Les documents médicaux concernant les patients » .....	370
3.3.6.2.1. Accès .....	370
3.3.6.2.2. Échange .....	374
3.3.6.3. Évaluation moyenne de cette partie .....	379
3.3.7. La prise en charge à domicile en équipe .....	391
3.3.7.1. Présentation des tableaux et diagrammes .....	391
3.3.7.2. Analyse descriptive des différents résultats de la partie « Prises en charge à domicile en équipe » .....	392
3.3.7.2.1. Initiation .....	392
3.3.7.2.2. Suivi .....	396
3.3.7.2.3. Gestion des problématiques et incidents .....	401
3.3.7.2.4. Gestion des urgences .....	406
3.3.7.3. Évaluation moyenne de cette partie .....	410
3.3.8. La qualité des prises en charge pluridisciplinaires .....	427
3.3.8.1. Présentation des tableaux et diagrammes .....	427
3.3.8.2. Analyse descriptive des différents résultats de la partie « Qualité des prises en charge pluridisciplinaires » .....	428
3.3.8.2.1. Adaptabilité .....	428
3.3.8.2.2. Efficacité .....	432
3.3.8.2.3. Pertinence .....	437
3.3.8.3. Évaluation moyenne de cette partie .....	442
3.3.9. Rapport entre bénéfice obtenu - temps consacré .....	457
3.3.9.1. Présentation des tableaux et diagrammes .....	457
3.3.9.2. Analyse descriptive des différents résultats de la partie « Rapport bénéfice/temps consacré au système de coordination de proximité » .....	458
3.3.9.2.1. Pour le patient .....	458
3.3.9.2.2. Pour les professionnels de santé .....	463
3.3.9.3. Évaluation moyenne de cette partie .....	468
3.3.10. Satisfaction globale du système de coordination de proximité .....	480
3.3.10.1. Présentation des tableaux et diagrammes .....	480
3.3.10.2. Objectif et limites de la comparaison entre les observations faites sur l'ensemble des questions précédentes et la question d'évaluation globale .....	480
3.3.10.3. Analyse descriptive de la partie « Satisfaction globale du système de coordination » et comparaison aux résultats obtenus jusque-là .....	481
3.3.11. Question ouverte .....	494
<b>3.4. Discussion .....</b>	<b>498</b>
3.4.1. Les forces de l'étude .....	498
3.4.2. Les faiblesses de l'étude .....	498
3.4.2.1. Faiblesses liées à l'étude et à sa conception .....	498
3.4.2.2. Faiblesses liées à l'échantillon .....	500
3.4.2.3. Points d'amélioration en rapport avec les questionnaires .....	504
3.4.2.4. Faiblesses liées aux réponses .....	505
3.4.3. Les limites temporelles et financières .....	506
3.4.4. Les résultats .....	507
3.4.4.1. Résultats généraux (non stratifiés) .....	507
3.4.4.2. Résultats stratifiés .....	512
3.4.4.2.1. Stratification selon la profession .....	512
3.4.4.2.2. Stratification selon la fréquence d'utilisation .....	517
3.4.4.3. Résultats de la question ouverte .....	520

<b>Conclusion</b> .....	<b>521</b>
<b>Annexes</b> .....	<b>541</b>
<b>Bibliographie</b> .....	<b>603</b>

## TABLE DES ILLUSTRATIONS

Illustration 1 : Organisation du temps de travail libéral des médecins généralistes, par sexe et âge (45) .....	65
Illustration 2 : Densité standardisée de l'offre de soins évolution et scénario tendanciel (50) .....	68
Illustration 3 : Pyramide de Kaiser .....	90
Illustration 4 : Le Dispositif d'Appui à la Coordination un regroupement des dispositifs existants .....	98
Illustration 5 : Le Dispositif d'Appui à la Coordination un interlocuteur unique .....	98
Illustration 6 : Feuille de route « accélérer le virage numérique en santé » .....	151
Illustration 7 : Carte des projets organisationnels et numériques financés .....	156
Illustration 8 : Carte des outils régionaux de coordination déployés .....	157
Illustration 9 : Évolution du nombre de téléconsultation des médecins libéraux .....	171
Illustration 10 : Mécanismes de politiques publiques pour soutenir la diffusion et l'utilisation de la santé numérique (187) .....	181
Illustration 11 : Services numériques d'appui à la coordination des parcours .....	195
Illustration 12 : Support principal de développement de l'outil de coordination .....	237
Illustration 13 : Icône de l'application et de « l'authenticator » associé .....	239
Illustration 14 : Phase de connexion avec auto-remplissage via le trousseau .....	240
Illustration 15 : Authentification MFA avec authenticator .....	241
Illustration 16 : Écran d'accueil .....	243
Illustration 17 : Fiche utilisateur .....	244
Illustration 18 : Création de la fiche patient (après modifications) .....	246
Illustration 19 : Fiche patient avant modification .....	247
Illustration 20 : Fiche patient après modification .....	247
Illustration 21 : Dossier patient .....	248
Illustration 22 : Bandeau action .....	250
Illustration 23 : Ajout d'un membre à l'équipe de prise en charge .....	251
Illustration 24 : Vue de l'équipe de prise en charge .....	252
Illustration 25 : Aspect d'une fiche d'un professionnel de santé .....	253
Illustration 26 : Ajout d'une note .....	254
Illustration 27 : Ajout d'un formulaire .....	255
Illustration 28 : Ajout d'une demande .....	256
Illustration 29 : Vue d'ensemble .....	257
Illustration 30 : Vue d'une note .....	258
Illustration 31 : Vue d'un formulaire .....	259
Illustration 32 : Vue d'une demande .....	260
Illustration 33 : Ajout d'un document .....	261
Illustration 34 : Fonction « antécédents » .....	262
Illustration 35 : Création d'une ordonnance .....	263
Illustration 36 : Détail ordonnance .....	264
Illustration 37 : Le « Chatter » .....	265

## TABLE DES FIGURES

Figure 1 : Lieu d'exercice (Extrait Google Forms).....	199
Figure 2 : Mode d'exercice (Extrait Google Forms) .....	199
Figure 3 : Dépendance entre structure d'exercice coordonné et coordination des soins ? (Extrait de Google Forms).....	204
Figure 4 : Limitation du libre choix des patients et structure d'exercice coordonné ? (Extrait de Google Forms).....	204
Figure 5 : Structures d'exercice coordonné (Extrait de Google Forms).....	205
Figure 6 : Importance de la sécurité dans le choix des moyens de communication (Extrait de Google Forms).....	210
Figure 7 : Intérêt d'un outil spécifique de coordination des soins ? (Extrait de Google Forms) .	214
Figure 8 : Les outils numériques sont-ils un atout dans votre activité ? (Extrait de Google Forms) .....	214
Figure 9 : Avez-vous déjà disposé d'un outil numérique de coordination des soins ? (Extrait de Google Forms).....	214
Figure 10 : Satisfaction vis-à-vis des outils numériques de coordination des soins utilisés. (Extrait de Google Forms).....	215
Figure 11 : Attente des professionnels vis-à-vis d'un outil numérique de coordination des soins. (Extrait de Google Forms) .....	216
Figure 12 : Diagramme de flux .....	291
Figure 13 : Répartition selon le genre avant l'usage de l'outil numérique (Extrait de Google Forms) .....	294
Figure 14 : Répartition selon la tranche d'âge avant l'usage de l'outil numérique (Extrait de Google Forms).....	294
Figure 15 : Répartition selon le mode d'exercice avant l'usage de l'outil numérique (Extrait de Google Forms).....	294
Figure 16 : Répartition selon la profession avant l'usage de l'outil numérique (Extrait de Google Forms) .....	295
Figure 17 : Répartition selon le genre après l'usage de l'outil numérique (Extrait de Google Forms) .....	297
Figure 18 : Répartition selon la tranche d'âge après l'usage de l'outil numérique (Extrait de Google Forms).....	298
Figure 19 : Répartition selon le mode d'exercice après l'usage de l'outil numérique (Extrait de Google Forms).....	298
Figure 20 : Répartition selon la profession après l'usage de l'outil numérique (Extrait de Google Forms) .....	298
Figure 21 : Fréquence d'usage de l'outil numérique (Extrait de Google Forms) .....	301
Figure 22 : Fluidité de la communication (Extrait de Google Forms).....	336
Figure 23 : Clarté des attentes des professionnels (Extrait de Google Forms).....	337
Figure 24 : Caractère adapté à l'activité des modalités d'échanges (Extrait de Google Forms)	338
Figure 25 : Pertinence du contenu des échanges (Extrait de Google Forms).....	339
Figure 26 : Exhaustivité des informations concernant les patients (Extrait de Google Forms) ..	366
Figure 27 : Fiabilité/exactitude des informations concernant les patients (Extrait de Google Forms) .....	367
Figure 28 : Sécurisation de l'accès aux informations concernant les patients (Extrait de Google Forms) .....	368
Figure 29 : L'accès aux documents médicaux des patients (Extrait de Google Forms).....	389
Figure 30 : L'accès aux documents médicaux des patients (Extrait de Google Forms).....	390
Figure 31 : Initiation des prises en charge à domicile en équipe (Extrait de Google Forms) .....	423
Figure 32 : Suivi des prises en charge à domicile en équipe (Extrait de Google Forms).....	424
Figure 33 : Gestion des problématiques à domicile en équipe (Extrait de Google Forms) .....	425
Figure 34 : Gestion des urgences à domicile en équipe (Extrait de Google Forms).....	426
Figure 35 : Adaptabilité des prises en charge pluridisciplinaires (Extrait de Google Forms) .....	454
Figure 36 : Efficacité des prises en charge pluridisciplinaires (Extrait de Google Forms).....	455
Figure 37 : Pertinence des prises en charge pluridisciplinaires (Extrait de Google Forms) .....	456
Figure 38 : Rapport bénéfice/temps consacré du système de coordination de proximité pour le patient (Extrait de Google Forms) .....	478
Figure 39 : Rapport bénéfice/temps consacré du système de coordination de proximité pour le patient (Extrait de Google Forms) .....	479
Figure 40 : Satisfaction globale du système de coordination de proximité .....	493

## TABLE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Coordination des soins : thématiques principales.....	202
Tableau 2 : Coordination des soins (autres thématiques) .....	203
Tableau 3 : Liste des outils génériques de coordination des soins utilisés par les professionnels de santé .....	208
Tableau 4 : Avantages des outils génériques de coordination des soins .....	209
Tableau 5 : Inconvénients des outils génériques de coordination des soins .....	210
Tableau 6 : outils numériques de coordination des soins utilisés lors des visites à domicile.....	212
Tableau 7 : Outils non analysés .....	215
Tableau 8 : Satisfaction vis-à-vis des outils spécifiques de coordination .....	215
Tableau 9 : Satisfaction vis-à-vis des outils participant à la coordination (non spécifiques) .....	216
Tableau 10 : Liste des formulaires désignés comme prioritaires .....	234
Tableau 11 : Exemple de formulaire .....	235
Tableau 12 : Données de l'études après l'usage de l'outil (sans et avec traitement par NIPALS) .....	288
Tableau 13 : Différence entre données traitées et données non traitées .....	289
Tableau 14 : Caractéristiques sociodémographiques avant l'usage de l'outil numérique .....	293
Tableau 15 : Caractéristiques sociodémographiques après l'usage de l'outil numérique .....	297
Tableau 16 : Fréquence d'usage de l'outil numérique .....	301
Tableau 17 : Fréquence d'usage de l'outil numérique selon le genre .....	301
Tableau 18 : Fréquence d'usage de l'outil numérique selon la tranche l'âge.....	302
Tableau 19 : Fréquence d'usage de l'outil numérique selon le mode d'exercice .....	302
Tableau 20 : Fréquence d'usage de l'outil numérique selon la profession .....	302
Tableau 21 : Test de Shapiro-Wilk .....	305
Tableau 22 : La communication : résultats généraux et stratifiés par la fréquence d'utilisation (partie, versions simplifiée).....	329
Tableau 23 : Fluidité de la communication (sous-partie, version simplifiée) .....	330
Tableau 24 : Clarté des attentes des professionnels (sous-partie, versions simplifiée).....	331
Tableau 25 : Modalités d'échanges adaptées à votre activité (sous-partie, version simplifiée) .....	332
Tableau 26 : Pertinence du contenu des échanges (sous-partie, version simplifiée) .....	333
Tableau 27 : La communication : moyenne générale et moyenne par profession (partie, versions simplifiée).....	334
Tableau 28 : La communication entre professionnels de santé (éléments statistiques) .....	335
Tableau 29 : Les informations concernant les patients : résultats généraux et stratifiés par la fréquence d'utilisation (partie, versions simplifiée).....	360
Tableau 30 : Exhaustivité des informations concernant les patients (sous-partie, version simplifiée).....	361
Tableau 31 : Fiabilité/exactitude des informations concernant les patients (sous-partie, version simplifiée).....	362
Tableau 32 : Sécurisation de l'accès aux informations concernant les patients (sous-partie, version simplifiée).....	363
Tableau 33 : Les informations concernant les patients : moyenne générale et moyenne par profession (partie, versions simplifiée) .....	364
Tableau 34 : Les informations concernant les patients (éléments statistiques) .....	365
Tableau 35 : Les documents médicaux des patients : résultats généraux et stratifiés par la fréquence d'utilisation (partie, versions simplifiée).....	384
Tableau 36 : L'accès aux documents médicaux des patients (sous-partie, version simplifiée) .....	385
Tableau 37 : L'échange des documents médicaux des patients (sous-partie, version simplifiée) .....	386
Tableau 38 : Les documents médicaux des patients : moyenne générale et moyenne par profession (partie, versions simplifiée).....	387
Tableau 39 : Les documents médicaux des patients (éléments statistiques).....	388
Tableau 40 : Prise en charge à domicile en équipe : résultats généraux et stratifiés par la fréquence d'utilisation (partie, versions simplifiée).....	416
Tableau 41 : Initiation des prises en charge à domicile en équipe (sous-partie, version simplifiée) .....	417
Tableau 42 : Suivi des prises en charge à domicile en équipe (sous-partie, version simplifiée).....	418
Tableau 43 : Gestion des problématiques à domicile en équipe (sous-partie, version simplifiée) .....	419
Tableau 44 : Gestion des urgences à domicile en équipe (sous-partie, version simplifiée).....	420

Tableau 45 : Prise en charge à domicile en équipe : moyenne générale et moyenne par profession (partie, versions simplifiée) .....	421
Tableau 46 : Prise en charge à domicile en équipe (éléments statistiques).....	422
Tableau 47 : Qualité des prises en charges pluridisciplinaires : résultats généraux et stratifiés par la fréquence d'utilisation (partie, versions simplifiée).....	448
Tableau 48 : Adaptabilité des prises en charge pluridisciplinaires (sous-partie, version simplifiée) .....	449
Tableau 49 : Efficacité des prises en charge pluridisciplinaires (sous-partie, version simplifiée) .....	450
Tableau 50 : Qualité des prises en charge pluridisciplinaires (sous-partie, version simplifiée) .	451
Tableau 51 : Qualité des prises en charges pluridisciplinaires : moyenne générale et moyenne par profession (partie, versions simplifiée).....	452
Tableau 52 : Qualité des prises en charges pluridisciplinaires (éléments statistiques).....	453
Tableau 53 : Rapport bénéfice/temps consacré du système de coordination de proximité : résultats généraux et stratifiés par la fréquence d'utilisation (partie, versions simplifiée) .....	473
Tableau 54 : Rapport bénéfice/temps consacré du système de coordination de proximité pour le patient (sous-partie, version simplifiée).....	474
Tableau 55 : Rapport bénéfice/temps consacré du système de coordination de proximité pour les professionnels de santé (sous-partie, version simplifiée) .....	475
Tableau 56 : Rapport bénéfice/temps consacré du système de coordination de proximité : moyenne générale et moyenne par profession (partie, versions simplifiée).....	476
Tableau 57 : Rapport bénéfice/temps consacré du système de coordination de proximité (éléments statistiques).....	477
Tableau 58 : Satisfaction globale du système de coordination de proximité : résultats généraux et stratifiés par la fréquence d'utilisation (partie, versions simplifiée) .....	490
Tableau 59 : Satisfaction globale du système de coordination de proximité : résultats généraux et stratifiés par profession (partie, versions simplifiée) .....	491
Tableau 60 : Satisfaction globale du système de coordination de proximité (éléments statistiques).....	492
Tableau 61 : Analyse et résumé de la question ouverte .....	497

## TABLE DES ANNEXES

Annexe 1 : Lien ville-hôpital : le point de vue des médecins généralistes du bassin chambérien-aixoïis score de satisfaction par item (39).....	541
Annexe 2 : Impact des caractéristiques démographiques et professionnelles des médecins généralistes sur leur temps de travail (44) .....	542
Annexe 3 : Enquête nationale auprès des soignants français concernant la coordination des soins (issu de Google Forms).....	543
Annexe 4 : Courriel type synthèse de point hebdomadaire (PULSY®) .....	546
Annexe 5 : Courriel type retour de test Michel Zorogniotti .....	547
Annexe 6 : Courriel type retour de MODIS®.....	548
Annexe 7 : Mention d'information pour le consentement dans le cadre du e-parcours.....	549
Annexe 8 : Recueil de consentement (formulaire type) .....	550
Annexe 9 : Workflow ou support de préparation et d'organisation du déploiement .....	551
Annexe 10 : Support de la réunion de déploiement .....	554
Annexe 11 : Guide de connexion .....	558
Annexe 12 : Questionnaire après l'usage de l'outil numérique (Extrait de Google Forms .....	564
Annexe 13 : Données avant l'usage de l'outil .....	567
Annexe 14 : Données après et traitement des données manquantes (en rouge) .....	569
Annexe 15 : La communication : résultats généraux et stratifiés par la fréquence d'utilisation (partie) .....	571
Annexe 16 : La communication : stratification par profession (sous-parties : 4 tableaux).....	572
Annexe 17 : La communication : moyenne générale et moyenne par profession (partie) .....	576
Annexe 18 : Les informations concernant les patients : résultats généraux et stratifiés par la fréquence d'utilisation (partie) .....	577
Annexe 19 : Les informations concernant les patients stratification par profession (sous-parties : 3 tableaux).....	578

Annexe 20 : Les informations concernant les patients : moyenne générale et moyenne par profession (partie).....	581
Annexe 21 : Les documents médicaux des patients : résultats généraux et stratifiés par la fréquence d'utilisation (partie) .....	582
Annexe 22 : Les documents médicaux des patients : stratification par profession (sous-parties : 2 tableaux).....	583
Annexe 23 : Les documents médicaux des patients : moyenne générale et moyenne par profession (partie).....	585
Annexe 24 : Prise en charge à domicile en équipe : résultats généraux et stratifiés par la fréquence d'utilisation (partie) .....	586
Annexe 25 : Prise en charge à domicile en équipe : stratification par profession (sous-parties : 4 tableaux).....	587
Annexe 26 : Prise en charge à domicile en équipe : moyenne générale et moyenne par profession (partie).....	591
Annexe 27 : Qualité des prises en charge pluridisciplinaires : résultats généraux et stratifiés par la fréquence d'utilisation (partie) .....	592
Annexe 28 : Qualité des prises en charge pluridisciplinaires : stratification par profession (sous-parties : 3 tableaux).....	593
Annexe 29 : Qualité des prises en charge pluridisciplinaires : moyenne générale et moyenne par profession (partie).....	596
Annexe 30 : Rapport bénéfice/temps consacré du système de coordination de proximité : résultats généraux et stratifiés par la fréquence d'utilisation (partie).....	597
Annexe 31 : Rapport bénéfice/temps consacré du système de coordination de proximité : stratification par profession (sous-parties : 2 tableaux) .....	598
Annexe 32 : Rapport bénéfice/temps consacré du système de coordination de proximité : moyenne générale et moyenne par profession (partie) .....	600
Annexe 33 : Satisfaction globale du système de coordination de proximité : résultats généraux et stratifiés par la fréquence d'utilisation (partie).....	601
Annexe 34 : Satisfaction globale du système de coordination de proximité : moyenne générale et moyenne par profession (partie) .....	602

**LISTE DES ABRÉVIATIONS**

AcBUS : Accord national de bon usage des soins

ADL : Évaluation de la dépendance (« Activity Daily Life »)

ALD : Affection de longue durée

ANAP : Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux

APA : Allocation personnalisée d'autonomie

ARS : Agence régionale de santé

ASALEE : Action de santé libérale en équipe

CAD-Covid : Consultation ambulatoire dédiée à la COVID-19

CGTS : Centre de gestion des terminologies de santé

CHU : Centre hospitalo-universitaire

CI-SIS : Cadre d'interopérabilité des systèmes d'information de santé

CIS : Comité interministériel pour la santé

CLIC : Centres locaux d'information et de coordination

CMA : Conciliation médicamenteuse à l'admission

CMS : Conciliation médicamenteuse de sortie

CNAM : Caisse nationale d'assurance maladie

CNIL : Commission nationale de l'informatique et des libertés

COVID-19 ou COVID : Maladie à coronavirus 2019

CPAM : Caisse primaire d'assurance maladie

CPTS : Communauté professionnelle territoriale de santé

CREX : Comités de Retour d'expérience

CRM : gestion de la relation client (« customer relationship management »)

CS : Centre de santé

CTA : Coordination territoriale d'appui

CTM : Conciliation des traitements médicamenteux

DAC : Dispositif d'appui à la coordination

DGOS : Direction générale de l'offre de soins

DLU : Dossier de liaison d'urgence

DMP : Dossier médical partagé

DNI : Divergence non intentionnelle

DNS : Délégation ministérielle au numérique en Santé

DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

DUI : Dossier usager informatisé

DUMAS : Dépôt Universitaire de Mémoires Après Soutenance

EC : Effectif catégoriel

ECOGEN : Éléments de la Consultation en médecine Générale

EHESP : École des Hautes Études en Santé Publique

EHPAD : Établissement d'hébergement pour personne âgée dépendante

EM : Erreur médicamenteuse

Algorithme EM : Algorithme Espérance-maximisation

EMSP : Équipe mobile de soins palliatifs

ESMS : Établissement et service médico-sociaux

ESP : Équipe de soins primaires

ET : Effectif total

FINESS : Fichier national des établissements sanitaires et sociaux

G\_NIUS : Guichet National de l'innovation et des usages en e-santé

GAFAM : Géants du Web (GOOGLE®, APPLE®, FACEBOOK®, AMAZON® et MICROSOFT®)

GHT : Groupement hospitalier de territoire

GIR : Groupe isoressources

GRADeS : Groupement régional d'appui au développement de la e-Santé

HAD : Hospitalisation à domicile

HAS : Haute Autorité de Santé

HDS : Hébergeur de données de santé

HOP'EN : Hôpital numérique ouvert sur son environnement

IA : Intelligence artificielle

IDE : Infirmier diplômé d'état

IMC : Indice de masse corporelle

INCA : Institut national du cancer

INS : Identifiant national de santé

INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques

ISAR : Score de dépistage des personnes fragiles (« identification of senior at risk »)

LLS : Lettre de liaison de sortie

MAIA : Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie



MAR : Mécanisme ne dépendant pas de la valeur des données manquantes mais éventuellement d'autres variables (« missing at random »)

MCAR : Mécanisme survenant totalement par hasard (« missing completely at random »)

MDPH : Maison Départementale pour les Personnes Handicapées

MFA : Authentification multi facteur (« multi-factor authentication »)

MG : Médecin généraliste

MKDE : Masseur kinésithérapeute diplômé d'état

MNAR : Mécanisme dépendant de la valeur des données manquantes (« missing not at random »)

MSP : Maison de santé pluriprofessionnelle

MSS : Messagerie sécurisée de santé

Algorithme NIPALS : Méthode itérative utilisée pour estimer les éléments de l'analyse en composantes principales d'un vecteur aléatoire de dimension finie (« Nonlinear estimation by iterative partial least squares »)

NIR : Numéro d'inscription au répertoire

OCDE : Organisation de coopération et de développement économiques

OMS : Organisation mondiale de la santé

PaaS : Plateforme en tant que service (« platform as a service »)

PAERPA : Parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie

PCPE : Pôle de compétences et de prestations externalisées

PIB : Produit intérieur brut

PMP : Projet médical partagé

PNSP : Plan National de santé Publique - Priorité Prévention

POC : Preuve de concept (« Proof of Concept »)

PPS : Plan personnalisé de santé

PRADO : Programme d'accompagnement du retour à domicile

PS : Professionnel de santé

PTA : Plateforme territoriale d'appui

Resah : Réseau des Acheteurs Hospitaliers

RGPD : Règlement général de protection des données

ROR : Répertoire opérationnel des ressources

ROSP : Rémunération sur objectif de santé publique

RPPS : Répertoire partagé des professionnels de santé

SAAD : Service d'aide à domicile

SaaS : Logiciel en tant que service (« software as a service »)

SAMSAH : Service d'accompagnement médico-social pour adulte handicapé

SAMU : Service d'aide médicale urgente

SAU : Service d'accueil d'urgences

SESSAD : Service d'éducation spécialisée et de soins à domicile

SFPC : Société française de pharmacie clinique

SI : Système d'information

SI-DEP : Système d'information de dépistage

SMIC : Salaire minimum de croissance

SMS : Service de messages courts (« short message service »)

SNS : Stratégie nationale de santé

SOPHIA : Service d'accompagnement des malades chroniques pour l'asthme et le diabète

SPASAD : Service polyvalent d'aide et de soins à domicile

SRI : Serveur de rapprochement d'identité patient et identitovigilance

SSIAD : Service de soins infirmiers à domicile

TSW : Test de Shapiro-Wilk

UMUM : Utilisation de l'outil au minimum une fois par mois

UMUS : Utilisation de l'outil au minimum une fois par semaine

UNAPL : Union nationale des professions libérales

URPS : Union régionale des professionnels de santé

URPS-ML : Union régionale des professionnels de santé – Médecins libéraux

## GLOSSAIRE

« **Les réseaux de santé** sont des regroupements pluridisciplinaires de professionnels de santé (médecins, infirmières) et d'autres professionnels (travailleurs sociaux, personnel administratif, etc.). [...] [Ils] ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge. [...] Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins » (1).

**Les centres locaux d'information et de coordination** (CLIC) ont « une mission d'accueil, d'écoute, d'information, de conseil et de soutien aux personnes âgées, à leurs proches aidants et aux professionnels qui accompagnent les personnes en perte d'autonomie » (2).

Ils interviennent dans de nombreux domaines pour l'assistance aux personnes âgées :

- identification des besoins,
- aide au maintien à domicile, mais aussi dans les démarches d'entrée en établissement d'hébergement pour personne âgée dépendante (EHPAD) et les hébergements provisoires,
- prévention et lutte contre l'isolement,
- organisation des retours à domicile,
- information sur les aides financières existantes et les démarches à effectuer.

Mais aussi en tant que support à leurs aidants :

- démarches à accomplir,
- informations sur les aides ciblées pour les aidants (répit, financières...),
- formation des aidants.

**La méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie** (MAIA), « associe tous les acteurs engagés dans l'accompagnement des personnes âgées de 60 ans et plus en perte d'autonomie et de leurs aidants grâce à une démarche novatrice : l'intégration des services d'aide et de soins ».

Leurs enjeux sont :

- « la continuité des parcours des personnes âgées »,
- « la prise en charge des situations complexes par un professionnel formé et dédié, le gestionnaire de cas »,
- « le soutien à domicile des publics concernés, aussi longtemps que possible et dans les meilleures conditions ».

Elle fonctionne à partir de « trois mécanismes interdépendants : la concertation, le guichet intégré et la gestion de cas ». La caisse nationale de solidarité pour l'autonomie s'occupe de sa mise en œuvre depuis 2008, elles sont déployées sur l'ensemble du territoire depuis 2018 (3).

**Le parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie** (PAERPA), « il s'adresse aux personnes, âgées de 75 ans et plus, dont l'autonomie est susceptible de se dégrader pour des raisons d'ordre médical ou social ». Son objectif est de « préserver l'autonomie des personnes âgées [...] en agissant en amont de la perte d'autonomie par un repérage des quatre principaux facteurs d'hospitalisation évitables (dépression, chute, problèmes liés aux médicaments) et en optimisant la coordination des professionnels (sanitaires, sociaux et médico-sociaux) autour de la personne âgée ». Il est « étendu à l'ensemble des régions françaises depuis 2016 » et s'articule « autour de 5 actions clés » :

- « renforcer le maintien à domicile »,

- « améliorer la coordination des intervenants et des interventions »,
- « sécuriser la sortie d'hôpital »,
- « éviter les hospitalisations inutiles »,
- « mieux utiliser les médicaments » (4).

**La coordination territoriale d'appui** (CTA) « est une plateforme d'information et d'accompagnement des professionnels, des personnes âgées et de leurs aidants. Elle offre un service de guichet unique pour les orienter vers les ressources sanitaires, médico-sociales et sociales du territoire ». Elle a été créée en 2013. Son fonctionnement est souvent lié à celui du PAERPA (5).

**Les plateformes territoriales d'appui** (PTA) servent de « soutiens pour les professionnels dans l'organisation des parcours de santé complexes » en mettant « en cohérence les dispositifs existants, dans une logique de missions partagées, pour proposer un guichet unique au carrefour des secteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux ». Elles ont été créées en 2016, leurs fonctions sont centrées autour de l'assistance aux professionnels de santé dans la prise en charge de « situations complexes sans distinction d'âge ni de pathologie ». Cela les différencie des CTA dont certaines se sont transformées en PTA.

Ces PTA fournissent trois types de services :

- « information et orientation des professionnels vers les ressources sanitaires, sociales et médico-sociales de leurs territoires »,
- « appui à l'organisation des parcours complexes » en fournissant une « aide à la coordination des différents acteurs »,
- « soutien aux pratiques et initiatives professionnelles en matière d'organisation et de sécurité des parcours, d'accès aux soins et de coordination » (6).

« **Les dispositifs d'appui à la coordination** (DAC) viennent en appui aux professionnels de santé, sociaux et médico-sociaux faisant face à des personnes cumulant diverses difficultés et aux besoins de santé complexes. Au sein d'un même territoire, le DAC regroupe plusieurs dispositifs en un interlocuteur unique ». Ce regroupement concerne l'ensemble des dispositifs susmentionnés, avec comme objectif d'apporter de la visibilité à l'organisation des dispositifs de support à la coordination afin de faciliter et donc d'amplifier leur usage par les professionnels. Leur rôle et fonctionnement seront détaillés plus en avant dans la thèse (7).

**Les définitions suivantes s'appuient sur le cours du Professeur GRASLAND (université Paris VII) (8) :**

**Le mode** est la valeur qui ressort le plus fréquemment dans une distribution.

**Le minimum** est la plus petite valeur d'une distribution.

**Les quartiles** sont les valeurs d'une distribution qui permettent de la découper en quatre ensembles d'effectif égal. Respectivement entre le minimum et le premier quartile (ou Q1), entre le Q1 et la médiane (ou 2<sup>e</sup> quartile ou Q2), entre Q2 et le 3<sup>e</sup> quartile (ou Q3) et entre Q3 et le maximum.

**La médiane** (ou 2<sup>e</sup> quartile ou 5<sup>e</sup> décile...) est la valeur qui divise une distribution en deux ensembles d'effectif égal.

**Le maximum** est la plus grande valeur d'une distribution.

**L'étendue** est la différence entre le maximum et le minimum d'une distribution.

**Le rapport interquartile** est le rapport entre le 3<sup>e</sup> et le 1<sup>er</sup> quartile, il est noté Q3/Q1.

**Le coefficient interquartile** (ou coefficient interquartile relatif) correspond à l'écart interquartile divisé par la médiane, il est noté (Q3-Q1)/Q2.

## Introduction

Le système de santé français était considéré, par certains, comme le meilleur au monde dans les années 2000 (9), cependant ce n'est plus le cas aujourd'hui (10). Face à ce constat, nous pouvons nous questionner quant à l'impact du retard de la France dans le domaine numérique (11) mais également dans celui de la coordination des soins (12), deux thématiques qui se sont progressivement imposées dans de nombreux pays comme des piliers fondamentaux (13,14) de l'amélioration de la qualité des soins, dans toutes ses composantes.

L'objectif de ce travail est d'identifier la place des outils numériques dans la coordination des soins et d'analyser dans quelle mesure un outil numérique de coordination améliorerait la qualité des soins. Il s'agit, selon nous, d'un point fondamental sur lequel les pouvoirs publics doivent s'appuyer afin d'inverser la tendance à la dégradation de notre système de santé. Pour y répondre, notre travail s'organise en trois parties.

Notre première partie a pour double objectif d'identifier d'une part les facteurs récents d'impulsion de la coordination des soins et de l'usage des outils numériques, et d'autre part de présenter les informations qui nous semblent pertinentes pour le cheminement et la compréhension de notre projet de thèse. Cela passe tout d'abord par une analyse succincte des récentes lois sanitaires, puis par une étude des conséquences du cloisonnement global, ancien et multifactoriel, du système de santé, mises en évidence dans la loi « Ma Santé pour 2022 ». Ensuite, nous évaluerons dans quelle mesure un outil numérique de coordination des soins pourrait participer à l'amélioration de la situation. Par la suite, nous présenterons rapidement la feuille de route du Gouvernement en matière de numérique : « Accélérer le virage numérique en santé », afin de voir si les solutions identifiées jusque-là sont cohérentes avec celle-ci. Enfin,

nous concluons cette première partie en essayant de mesurer l'impact de la pandémie de COVID-19 sur la coordination des soins et l'usage des outils numériques.

Après une présentation rapide du programme e-parcours, la deuxième partie, qui correspond au cœur de ce projet de thèse, reprend d'abord les principaux résultats d'un questionnaire que nous avons diffusé au niveau national ; celui-ci devant servir de support au projet initial, qui a été abandonné. Cependant, nous nous sommes grandement appuyés sur ces résultats pour le projet retenu finalement. Ensuite, cette deuxième partie présente le développement et le déploiement d'un outil numérique de coordination des soins mis en pratique au sein de la CPTS Vignoble-Mossig, en partenariat avec les équipes de PULSY® (groupement régional d'appui au développement de la e-Santé dans le Grand-Est (GRADeS)), SALESFORCES® (leader mondial des logiciels de gestion de la relation client (ou CRM)) et MODIS® (développeur de solutions informatiques à partir de la plateforme Customer 360® de SALESFORCE®). Notre participation à ces étapes de développement et de déploiement représente le plus grand investissement de cette thèse.

La troisième et dernière partie de notre thèse présente l'étude réalisée au sein de la CPTS Vignoble-Mossig et ses résultats. L'objectif de cette étude de type « avant – après » était d'évaluer l'impact de l'outil développé et déployé sur la satisfaction des différents professionnels de santé participants vis-à-vis de la coordination des soins de proximité.



# **Partie 1 : Les facteurs récents d'impulsion de la coordination des soins et de l'usage des outils numériques**

Au fil des années, l'évolution du système de santé s'est faite principalement de deux façons. Progressivement, suite aux analyses et constats posés par les différents gouvernements, ou plus brutalement, dans des contextes de crises sanitaires imposants des modifications urgentes. La situation actuelle particulière combine les deux façons en raison d'une part de la nouvelle loi sanitaire « Ma Santé pour 2022 » votée le 24 juillet 2019, et d'autre part de la pandémie de COVID-19.

Nous allons voir en quoi ces deux piliers de modifications placent la coordination des soins comme l'un des axes d'amélioration de notre système de santé et en quoi ils font la part belle aux outils numériques.

## **1.1. Un axe d'amélioration qui s'impose progressivement**

### **1.1.1. La promotion de la coordination des soins d'un point de vue législatif depuis 2002**

D'un point de vue législatif, la promotion de la coordination des soins n'a cessé d'être mise en avant, afin d'améliorer progressivement notre système de santé.

En effet, si nous nous référons aux lois sanitaires des vingt dernières années, nous observons qu'une place de plus en plus importante lui est dévolue.

#### **1.1.1.1. « Loi Kouchner » (2002)**

Dans la loi sanitaire de 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, dite « loi KOUCHNER » (15), le terme « coordination » apparaît six fois sur

environ 47000 mots et concerne la thématique de coordination des soins à deux reprises.

- Une première fois dans l'article 79 concernant les politiques de prévention et la création d'un comité technique national de prévention ayant pour rôle « d'assurer la coordination des actions de prévention ».
- Une deuxième fois dans l'article 84 dévolu aux réseaux de santé, qui sont les structures phares de la coordination mises en avant par cette loi. Dans leurs objectifs, nous retrouvons une grande partie des thématiques du projet de loi « Ma Santé pour 2022 » : l'accès aux soins, la coordination, la continuité, l'interdisciplinarité, le fait que cette nécessité d'action concerne certaines personnes (patients âgés, polymédiqués, polypathologiques ou souffrant de pathologies chroniques), le rôle essentiel de l'éducation et de la prévention ainsi que le rôle clé des évaluations afin de garantir la qualité des actions (15).

Ainsi cette loi met en avant l'importance des politiques de prévention et la nécessité de coordonner les soins entre la ville et l'hôpital, entre le médical, le social et le médico-social et entre le secteur public et le secteur libéral. Pour cela, elle se base à la fois sur les réseaux de santé et sur une politique d'incitation à l'aide de « subventions de l'État ». Nous observons qu'entre cette loi et la loi « Ma Santé pour 2022 », le constat est identique : il est nécessaire de plus et de mieux coordonner les soins. Cependant, l'approche est fondamentalement différente avec d'un côté, une approche centrée sur les réseaux de santé et de l'autre côté, une approche plus globale et transversale.

#### **1.1.1.2. Loi sanitaire de 2004**

Dans la loi sanitaire de 2004 (16) relative à la politique de santé publique, le terme « coordination » apparaît sept fois sur environ 53000 mots et concerne la thématique de la coordination des soins à une reprise.

- Dans l'article 20 concernant la coordination des soins lors des situations sanitaires exceptionnelles (plan blanc) (16).

S'agissant d'une situation d'exception, une comparaison avec la loi « Ma Santé pour 2022 » ne semble pas pertinente.

Il est également nécessaire de parler de la loi dite « DOUSTE-BLAZY » (17) également parue en 2004 même si cette loi n'est pas une loi sanitaire à proprement parler. En effet les lois sanitaires sont intitulées : « loi relative à la politique de santé publique ». La loi DOUSTE-BLAZY est une loi relative à l'assurance maladie. Dans cette loi, le mot coordination des soins apparaît quatorze fois sur environ 33000 mots et concerne à chaque fois la coordination des soins.

- Une fois dans l'article 1 où il est rappelé que l'assurance maladie, en partenariat avec les professionnels de santé, doit veiller à la qualité, la continuité et la coordination des soins.
- Huit fois dans la Section 1 qui est elle-même intitulée « Coordination des soins » et qui comprend 10 articles
  - Dans l'article 3 qui introduit la notion de Dossier médical partagé (DMP) qui doit être alimenté par chaque professionnel (obligation légale)
  - Dans l'article 5 qui définit les conditions d'ouverture d'un tel dossier sur décret du Conseil d'État pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL)
  - Dans les articles 7 et 8 qui participent à établir la fonction de médecin traitant et son rôle dans la coordination des soins
  - Dans l'article 11 qui rappelle l'importance de la coordination territoriale des soins afin d'améliorer la qualité des soins
- Une fois dans l'article 18 qui rappelle que la coordination des soins est une obligation légale pour les médecins.

- Une fois dans l'article 59 qui inclut également l'amélioration de la coordination des soins dans les fonctions des caisses de mutualité sociale agricole.
- Une fois dans l'article 66 qui établit que l'union régionale des caisses d'assurance maladie doit à la fois promouvoir et évaluer les actions de coordination des soins mises en œuvre dans leur secteur.
- Une fois dans l'article 66 qui met en place la mission régionale de santé qui dépend de l'agence régionale de l'hospitalisation et de l'union régionale des caisses d'assurance maladie. L'un des objectifs de cette mission est d'assurer la coordination territoriale des soins. Et afin de réaliser cela, il est précisé qu'elle doit s'appuyer sur plusieurs outils et notamment le développement « des réseaux, y compris des réseaux de télémédecine » (17).

Ainsi bien qu'il ne s'agisse pas d'une loi sanitaire à proprement parler, la « loi DOUSTE-BLAZY » est essentielle dans l'organisation de la coordination des soins : en mettant en avant le numérique avec la création du DMP et en fixant la fonction de médecin traitant et son rôle central dans la coordination des soins.

#### **1.1.1.3. Loi HPST ou Loi BACHELOT (2009)**

Dans la loi sanitaire de 2009 portant sur la réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, dite « Loi HPST » (18), le terme « coordination » apparaît dix-neuf fois sur environ 69000 mots et concerne la thématique de la coordination des soins à neuf reprises.

- À trois reprises dans l'article 1. Deux fois concernant la place essentielle des établissements de santé en collaboration avec les acteurs de la ville dans la coordination des soins, quel que soit le mode de financement de ces établissements. Une fois en introduisant un nouveau type de structure d'exercice : les centres de santé dont l'une des missions est d'assurer la

coordination des soins. Parmi les autres structures d'exercice coordonné introduites par cette loi, nous retrouvons également les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) et le pôle de santé.

- Une fois dans l'article 36, qui cite certaines missions du médecin généraliste en tant que médecin de premier recours qui doit notamment « s'assurer de la coordination des soins nécessaires à ses patients », sans oublier de reprendre les thématiques d'accès aux soins, de prévention, d'éducation, d'orientation et de suivi des patients.
- Une fois dans l'article 41 concernant la dotation de financement des réseaux de santé, mais également des nouvelles structures d'exercice coordonné mises en place par cette loi. Cette dotation dépend notamment de la capacité de ces structures à promouvoir la qualité et la coordination des soins.
- À quatre reprises dans l'article 118. Deux fois concernant le schéma régional d'organisation des soins, qui a pour objectif d'organiser et d'anticiper les évolutions de l'offre de soins, avec pour finalité d'assurer les besoins de santé de la population, tout en respectant des critères d'efficacité et d'accessibilité. Deux fois concernant la mise en place d'une contractualisation avec les acteurs du système de santé, afin une nouvelle fois de promouvoir la qualité et la coordination des soins (18).

Par rapport à la loi de 2002, la loi de 2009 propose une organisation déjà plus transversale de la coordination des soins à la fois à travers les acteurs concernés, mais également en l'incluant dans le schéma régional d'organisation des soins. Par ailleurs, cette loi introduit également les structures d'exercice coordonné que sont les centres de santé, les maisons de santé pluriprofessionnelles et les pôles de santé et conditionne une partie de leur financement à des actions de coordination. Cette incitation financière concerne d'ailleurs l'ensemble des acteurs du système de santé,

et ce quel que soit leur mode d'exercice. De plus, elle place déjà le médecin traitant au centre de la coordination des soins. Parmi les différences que nous observons avec la loi « Ma Santé pour 2022 », il y a tout d'abord le manque de proposition en matière d'outils pour faciliter la coordination. Nous notons également que dans la loi « Ma Santé pour 2022 », si le médecin traitant à une place fondamentale, cette loi place avant tout le patient au cœur du soin et de sa coordination.

#### **1.1.1.4. Loi sanitaire de 2016 ou Loi Touraine**

Dans la loi sanitaire de 2016 portant sur la modernisation de notre système de santé dite « Loi Touraine » (19), le terme « coordination » apparaît quarante fois sur environ 89000 mots et concerne la thématique de la coordination des soins à trente reprises.

- À deux reprises dans l'article 1 qui parle notamment de la place essentielle de la coordination des soins dans la politique de santé publique, avec une structuration en parcours de santé reposant sur « la coordination des acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux en lien avec les usagers et les collectivités territoriales », afin de « garantir la continuité, l'accessibilité, la qualité, la sécurité et l'efficience de la prise en charge de la population, en tenant compte des spécificités géographiques, démographiques et saisonnières de chaque territoire, afin de concourir à l'équité territoriale ». Il y rappelle également le rôle des organismes gestionnaires des régimes d'assurance maladie qui doivent aider à mener à bien la politique de santé publique fixée par l'État et donc de facto doivent promouvoir la coordination des soins pour notamment en garantir la qualité, la continuité et l'accessibilité.
- Une fois dans l'article 64 qui rappelle la définition des équipes de soins primaires (ESP) devant s'articuler autour d'un projet de santé et pouvant s'intégrer au sein d'un centre de santé ou d'une MSP. Ces ESP doivent

s'appuyer sur la coordination des soins afin, de nouveau, d'en assurer la qualité, la continuité et l'accessibilité.

- À deux reprises dans l'article 65 qui définit les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS). Il s'agit de structures ayant pour but de faciliter le travail de coordination des acteurs du système de santé, qui peuvent avoir des financements à travers le contrat territorial de santé et s'appuyer sur les plateformes territoriales d'appui à la coordination (PTA) pour la gestion des parcours de soins complexes. Ces plateformes ne sont pas des structures d'exercice coordonné, mais des structures d'aide et d'orientation afin de promouvoir la coordination des soins et qui sont à disposition de tous les médecins, quel que soit leur mode d'exercice.
- À cinq reprises dans l'article 69 qui met en avant l'importance de la coordination des soins dans le projet territorial de santé mentale. Celle-ci devant s'appuyer à la fois sur la coordination territoriale de premier niveau et sur celle de deuxième niveau.
- À quatre reprises dans l'article 74 qui identifie des soutiens aux professionnels pour la coordination des parcours de santé complexes. Le parcours de santé est dit complexe lorsqu'il nécessite « l'intervention de plusieurs catégories de professionnels de santé, sociaux ou médico-sociaux ». Il rappelle également encore une fois le rôle central du médecin traitant, des équipes ou structures coordonnées, de l'agence régionale de santé (ARS) et des PTA.
- À deux reprises dans l'article 76, concernant le rôle fondamental des médecins traitants dans la coordination des soins des enfants de moins de seize ans, d'autant plus en cas de pathologie chronique ou au moment de la transition médecine pédiatrique-médecine adulte.

- À sept reprises dans l'article 96 où est définie l'équipe de soins, en surlignant l'importance que représente la coordination à son bon fonctionnement. Il insiste également sur la sécurisation du partage de l'information lors des activités de coordination. Enfin, il met en avant le rôle central du DMP afin d'optimiser la coordination. Ce dernier doit être alimenté par tous les professionnels de santé (PS), et notamment le médecin traitant qui doit y inclure une synthèse annuelle.
- Une fois dans l'article 99 où est rapidement abordée la notion de coordination interétablissement dans la prise en charge du patient et dans la gestion de la permanence des soins de second recours. Ces éléments sont ensuite précisés dans un avenant.
- Une fois dans les articles 123, 126, 131 où est indiqué que les masseurs-kinésithérapeutes, les orthophonistes et les orthoptistes doivent participer à la coordination des soins.
- À trois reprises dans l'article 158, concernant le projet régional de santé qui définit les objectifs pluriannuels de l'ARS. Il s'appuie sur un cadre d'orientation stratégique et un schéma régional de santé. Le renforcement de la coordination des soins fait partie de ses objectifs. Il est développé, mis en œuvre et suivi par le conseil territorial de santé. Afin de réaliser ces missions, ce conseil territorial de santé réalise un diagnostic territorial partagé qui doit notamment identifier les carences en matière de coordination des soins (19).

Ainsi, la loi sanitaire de 2016 met fortement en avant l'importance de la coordination des soins en la plaçant notamment au centre des politiques de santé nationales et territoriales. Cette dernière dépend non seulement des acteurs sanitaires (médicaux et paramédicaux), sociaux et médico-sociaux, mais également de l'ARS et des organismes gestionnaires des régimes d'assurance maladie, dont la promotion de la coordination des soins est un des objectifs. Par conséquent, concernant le caractère



transversal et global que prend la coordination des soins dans la loi « Ma Santé pour 2022 », nous pouvons considérer que la loi sanitaire de 2016 en est le socle.

Elle propose également des moyens pour faciliter la coordination à travers des structures ou des équipes d'exercice coordonné, ainsi que des structures d'appui à la coordination, avec la PTA, et des outils numériques, avec le DMP. Cependant, concernant ce dernier point, nous pouvons constater que si les pouvoirs publics ont finalement opté pour la mise en place du DMP, cela fait suite à de nombreuses tergiversations. La principale conséquence étant un important retard sur un outil essentiel à la coordination des soins. En effet, comme nous l'avons vu, le DMP est initialement proposé dès la loi DOUSTE-BLAZY de 2004. Or, de 2012 à 2016 sous Marisol TOURAINE, le DMP subit un coup d'arrêt dans son déploiement.

Si cette loi peut être vue comme les véritables prémices à la loi « Ma Santé pour 2022 », nous notons tout de même des différences, qu'il s'agisse de positionner le patient au centre de son projet de santé, comme vu plus haut, ou de l'importance donnée aux outils numériques. Par ailleurs, la loi « Ma Santé pour 2022 » propose pour la promotion de la coordination des soins, outre les incitations financières, de l'intégrer dès la formation des professionnels de santé.

Au total, nous pouvons constater une place de plus en plus importante de la thématique de la coordination des soins dans les projets d'organisation et d'amélioration du système de santé de 2002 à 2016. Suite à ce constat, nous allons maintenant analyser l'état des lieux réalisé par le Gouvernement en 2018, sur la base du dossier de presse « Ma santé pour 2022, un engagement collectif » ainsi que les raisons d'améliorer la coordination des soins.

## **1.1.2. État des lieux fait par le Gouvernement en 2018**

### **1.1.2.1. « Ma santé pour 2022 » (2018)**

Le 18 septembre 2018, le président Emmanuel MACRON, la ministre des Solidarités et de la Santé Agnès BUZYN, ainsi que la ministre de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation Frédérique VIDAL, ont présenté la réforme du système de santé français portée par le Gouvernement, « Ma Santé pour 2022, un engagement collectif » (20). Cela a pris la forme d'un dossier de presse durant lequel ils ont fait tour à tour un état des lieux du système de santé français et de la formation des professionnels de santé permettant de mettre en évidence différentes problématiques, pour ensuite proposer des axes d'amélioration associés à des moyens et des objectifs. Le Gouvernement réalise ici une véritable évaluation *ex ante* de l'action publique. En effet, celle-ci « porte sur l'analyse du contexte à l'origine de l'intervention publique, sur le contenu de cette intervention, sur les conditions de mise en œuvre et sur les réalisations, résultats et effets attendus. » (21). Ce type d'évaluation peut avoir quatre objectifs comme le décrivent très bien Clément LACOUETTE FOUGERE et Pierre LASCOUMES dans leur article : « l'organisation d'un contre-pouvoir à l'exécutif », « la légitimation des interventions de l'État », « l'amélioration de la mise en œuvre des programmes publics » et enfin « le respect des impératifs de « performance publique » [au niveau] économique et budgétaire » (22). Ici, le Gouvernement cherche avant tout à justifier et expliciter sa réforme à venir, celle-ci portant sur un élément aussi sensible que le système de santé.

### **1.1.2.2. Place de la coordination des soins dans « Ma santé pour 2022 »**

Dans la loi « Ma Santé pour 2022 », le mot coordination apparaît 21 fois sur environ 39000 mots et concerne la thématique de la coordination des soins à 15 reprises.

Cette loi s'organise autour de 3 grands axes :

- « décloisonner les parcours de formation et les carrières des professionnels de santé »,
- « créer un collectif de soins au service des patients et mieux structurer l'offre de soins dans les territoires »
- « développer l'ambition numérique en santé » (23).

Si dans la première partie ciblant la formation initiale et continue, la thématique de la coordination des soins n'est pas citée une seule fois, l'un des objectifs de cette approche est de faire en sorte que les professionnels de santé apprennent à travailler ensemble dès leur formation, à travers notamment une réunification de l'ensemble des formations au sein des universités, des cursus transversaux et des cours en communs. Un engagement collectif a d'ailleurs été mis en exergue dans le dossier de presse « Ma Santé pour 2022 » par Frédérique VIDAL : « transformer les études de santé passe en premier lieu par l'inclusion de tous les cursus au sein des universités, pour que tous les étudiants [...] puissent travailler ensemble, condition d'une coopération future des professionnels en exercice. » (20). Concernant les deuxième et troisième parties, elles sont au centre du sujet de cette thèse et vont donc être développées de manière plus approfondie par la suite.

En quoi cet état des lieux place-t-il la coordination des soins au centre du projet de loi « Ma Santé pour 2022 » ? Comme cela a très bien été exposé dans le dossier de presse, le succès d'une réforme repose avant tout sur une bonne analyse de la situation, car son acceptation sera d'autant plus importante qu'il existe une « convergence de diagnostics posés sur les dysfonctionnements de notre système de santé aujourd'hui » (20). Or, comme vu précédemment avec les différentes lois, le développement de la coordination des soins est mis en avant de manière croissante par les gouvernements successifs. Mais que représente-t-elle ?

En nous basant sur plusieurs définitions, nous pouvons dire que la coordination des soins a pour objectif d'avoir « le bon soin, par le bon professionnel, au bon moment et au bon endroit » (20,24). En d'autres termes, il s'agit d'assurer la qualité des soins (cf infra), mais d'une façon bien particulière en permettant à tous les acteurs du système de santé de travailler ensemble. Cela impose d'organiser le système de santé de telle sorte qu'il facilite le travail en équipe en s'appuyant notamment sur une communication efficace et de qualité à l'aide d'outils adaptés. Comme nous allons le voir plus loin, cela n'est actuellement pas le cas.

Afin d'imager le défaut de coordination du système de santé, le Gouvernement utilise un mot bien particulier, il parle d'un véritable « cloisonnement » (20).

### **1.1.2.3. Un constat : le cloisonnement**

Il est important de comprendre que le cloisonnement de l'organisation des soins touche l'ensemble des interfaces du système de santé , « entre la ville et l'hôpital, entre le médico-social et le sanitaire, entre le public et le privé » (20).

#### **1.1.2.3.1. L'exemple de l'articulation entre le médico-social et le sanitaire**

Nous allons prendre pour exemple l'articulation entre le système sanitaire et le système médico-social, car cette articulation est essentielle en présence d'un handicap ou d'une dépendance. Cette articulation concerne toujours des patients en situation de soins complexes et nécessitant donc une excellente coordination de leur équipe de prise en charge.

À ce sujet, Marcel Jaeger écrit dans son livre que le problème est qu'il existe une séparation ancienne répondant à un cadre « structurel, institutionnel et juridique » (25). Son témoignage est très intéressant en raison de sa formation et de son expérience : il est quelque part issu de deux mondes que nous cherchons à faire dialoguer pour

mieux prendre en charge nos patients. Selon lui, il existe une « fracture nette entre le champ de la maladie et du soin d'une part, celui du handicap et de l'inadaptation d'autre part » (25). Le premier correspond au secteur sanitaire qui est « régi, depuis 1970, par les lois hospitalières [et les autres lois spécifiques à la santé] ». Le second correspond aux secteurs sociaux et médico-sociaux, créés par « deux lois de 1975 ». Cette dichotomie n'a pas permis une prise en charge adaptée des patients souffrant d'une dépendance avec, comme il le décrit bien, une sorte de « ping-pong [des patients] entre structures et professionnels » (25). Cette structuration des systèmes sanitaire et médico-social semble responsable de la création d'un cloisonnement nous empêchant de coordonner correctement nos actions dans des prises en charge complexes associant maladie, dépendance et précarité. Les uns auto-entraînent les autres dans un cercle vicieux que nous avons ensuite du mal à rompre. Afin d'éviter cela, il est un message qu'il veut que nous retenions : concernant les professionnels « qu'il s'agisse de travailleurs sociaux ou de soignants [...] il importe d'abord qu'ils évitent de s'enfermer dans une logique de corporation, faute de quoi les mots-valises de partenariat, d'ouverture, de travail en réseau resteront dans la poésie, pour ne pas dire dans le jargon, et n'auront pas d'implication pratique » (25).

Pour aller plus loin concernant le handicap, il faut également prendre en considération que des améliorations, bien qu'insuffisantes, ont été menées ces dernières années.

Par exemple, un groupe de travail de l'École des Hautes Études en Santé Publique (EHESP) a réalisé en 2012 une analyse de la situation en Franche-Comté. Il a souligné l'importance de la création des Maisons Départementales pour les Personnes Handicapées (MDPH, loi du 11 février 2005) et de la création des ARS (loi du 21 juillet 2009) « dont le cadre juridique [leur permet le] pilotage coordonné des deux champs [et cela grâce à] deux ensembles de leviers [...] le Projet Régional de Santé [et] les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens » (26). Ainsi, la création de

structures réunissant en leur sein « des professionnels issus du champ du sanitaire et du champ médico-social » et l'existence d'une instance de « pilotage » (26) coordonnant les deux champs l'un par rapport à l'autre ont permis une amélioration de la prise en charge des patients. Cependant, ces améliorations sont loin d'être suffisantes. En effet, le groupe de travail a montré que des difficultés persistent, certaines peuvent être extrapolées à d'autres domaines que le handicap. Parmi elles, nous trouvons la notion de « re-cloisonnement » entraînant des difficultés de communication et de compréhension entre les professionnels entre eux ainsi qu'entre les professionnels, les patients et leurs aidants. Ce « re-cloisonnement » interprofessionnel vient selon eux de l'absence de « culture » et de « formation communes », jouant fortement en défaveur d'une amélioration de la coordination des soins. Enfin, ils parlent « d'inadaptation » et d'inadéquation entre l'offre sanitaire, sociale et médico-sociale et les besoins de la population (26). Il est intéressant de noter la redondance des thématiques abordées entre le groupe de travail de l'EHESP et le dossier de presse du Gouvernement : cloisonnement structurel, manque d'évaluation sanitaire territoriale, inégalités territoriales, carence de professionnels de santé, manque de communication avec les patients et leurs aidants, cloisonnement des formations...

#### **1.1.2.3.2. Des disparités**

Le manque de coordination du système de santé est global. Une étude menée par la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) montre que l'exercice isolé concerne plus d'un tiers des généralistes libéraux en 2019. Nous pouvons cependant noter, que « l'exercice en groupe a progressé ces dernières années : il concernait 54 % des médecins généralistes fin 2010 [,] 57 % début 2014 [et 61 % début 2019] » (27). De plus, l'exercice de groupe concerne « 81 % des moins de 50 ans » (27), ce qui semble encourageant pour l'avenir, bien que cet exercice de

groupe concerne dans « 57 % » des cas (27) que des associations monodisciplinaires de médecins généralistes, et plutôt pour des considérations économiques ou de confort de vie et non d'amélioration de la coordination des soins.

Selon le Gouvernement l'« exercice isolé » (20) est encore trop fréquent, estimant que le caractère isolé des professionnels de santé les éloigne de l'exercice coordonné, ce qui n'est pas forcément la réalité des faits. De même que l'exercice de groupe ne signifie pas forcément exercice coordonné.

La structuration de l'activité des professionnels de santé n'est pas forcément en corrélation avec leur volonté de se coordonner. En effet, les professionnels de santé n'ont attendu ni des structures ni des outils pour mettre en place le cahier de liaison.

Sur le site du ministère de la Santé, nous trouvons d'ailleurs une précision sur ce qu'entend le Gouvernement par exercice coordonné dans sa présentation de loi. Il s'agit d'un exercice « pluriprofessionnel [qui] permet une prise en charge globale du patient » (28). Les patients définissent d'ailleurs l'exercice coordonné sous cet aspect pluriprofessionnel. Cela a été mis en évidence par le Docteur VUILLERMET qui, pour sa thèse, a réalisé une enquête qualitative avec des entretiens individuels semi-directifs. Durant ces entretiens, elle arrive à la conclusion que les patients « fondent l'exercice coordonné sur la communication interprofessionnelle et l'apprécient comme un enrichissement des pratiques [grâce auquel les soignants] mettraient au profit du patient la complémentarité de leurs professions [...]. La coordination des soins est considérée comme créant un lien entre des professionnels qui formeraient ainsi une équipe » (29).

Ainsi si nous retournons aux chiffres de la DREES, le pourcentage de médecins généralistes travaillant dans des structures facilitant la coordination des soins, selon le Gouvernement et les patients, est seulement d'environ 26,2% début 2019. À noter cependant que l'article de la DREES ne précise pas le type de regroupement, ni si elle

tient compte des regroupements indépendants d'une structure (ESP et CPTS notamment).

#### **1.1.2.3.3. Un constat ancien et redondant**

Le dernier élément à prendre en compte concernant le constat de cloisonnement du système de santé est qu'il s'agit d'un constat à la fois ancien et redondant. Dans un rapport d'information déposé en 2005 par le sénateur Jean-Jacques JEGOU, celui-ci met en avant d'importants problèmes de communication entre la ville et l'hôpital. Il propose déjà à cette époque de s'appuyer sur des outils numériques afin d'améliorer la situation (11). Plus récemment, en 2017, soit un an avant le dossier de presse, le sénateur Jean-Marie VANLERENBERGHE pose un constat similaire. Il propose d'ailleurs de « décloisonner les acteurs, pour favoriser la démarche de transmission et de partage de l'information »(30), en s'appuyant sur un renforcement de la communication entre soignants entre la ville et l'hôpital à travers « la lettre de liaison ville hôpital », et de manière générale à l'aide du « déploiement des messageries sécurisées de santé »(30). De plus, il fixe comme objectif un usage généralisé du DMP en associant les professionnels de santé à son développement, son test et son déploiement. Donc de 2005 à 2018, la même problématique est soulevée de manière récurrente et des solutions issues de la même thématique sont proposées.

#### **1.1.2.3.4. Les causes du cloisonnement**

Les causes du cloisonnement sont multifactorielles : au-delà des problèmes organisationnels ou du manque d'outils adaptés qui sont évidents, il faut également citer une troisième cause, qui est abordée par le Gouvernement dans « Ma Santé pour 2022 ». Il s'agit de la formation aux métiers de la santé qui présente un manque de passerelles et de formations communes entre les différents cursus. Cela empêche de



connaître le métier des autres acteurs du système de santé et de promouvoir la coopération et la communication (20).

Maintenant que nous avons vu qu'il existe un cloisonnement global, ancien et multifactoriel du système de santé. Nous allons voir quelles en sont les conséquences, et donc en quoi il s'agit d'un enjeu majeur d'amélioration du système de santé. Pour chacune de ces conséquences, nous verrons également comment les outils numériques permettent déjà ou permettraient d'améliorer la situation.

#### **1.1.2.4. La coordination des soins : un enjeu majeur d'amélioration du système de santé**

Les conséquences du cloisonnement sont à la fois organisationnelles, sociales et économiques. Au niveau organisationnel, ce cloisonnement aggrave la problématique d'accès aux soins, entraîne un manque de pertinence des prises en charge, favorise les mauvaises transitions lors du passage d'un secteur de prise en charge à un autre, accroît les difficultés de gestion des parcours de soins complexes, rend difficile le maintien à domicile des patients âgés, fragiles ou polyopathologiques et dessert les politiques de prévention et d'éducation. Au niveau social, ce cloisonnement, à travers la perte d'information et les redondances éventuelles, aggrave la problématique de l'accès aux soins et impose que le patient organise lui-même sa santé, ce qui peut poser problème (insuffisance des connaissances, précarité, dépendance). Au niveau économique, le manque de pertinence des actes, les mauvaises transitions, la mauvaise gestion des parcours de soins complexes et le manque de prévention et d'éducation thérapeutique sont sources d'iatrogénie, surhospitalisation et réhospitalisation précoce, elles-mêmes responsables de dépenses de santé inutiles.

Comme il existe une importante intrication entre ces trois aspects, nous allons réaliser une analyse par thématique, relevant de l'un ou plusieurs de ces aspects.

## **1.2. L'accès aux soins**

### **1.2.1. Une vaste problématique**

L'accès aux soins est une vaste problématique regroupant plusieurs éléments allant de la gestion des soins non programmés à l'accès aux soins de proximité, notamment médecin traitant, médecin spécialiste, examens complémentaires et structures hospitalières de premier recours. Nous n'aborderons pas ici les inégalités territoriales d'accès aux soins en lien avec les déserts médicaux où les outils numériques n'ont que peu d'impact si ce n'est la libération de temps pour les soignants par l'amélioration de l'efficacité. Les propositions récentes, de s'appuyer sur la télémédecine pour résoudre cette problématique, nous semblent illusoire, et cela pour deux raisons : tout d'abord, parce que même en dehors des déserts médicaux les professionnels de santé sont débordés et épuisés ; il est donc impossible pour eux d'assurer en plus de l'activité régulière, des téléconsultations pour pallier le manque de professionnels dans les zones sous dotées. Mais également parce qu'en l'état actuel de la technologie, la télémédecine apparaît comme un mode dégradé de médecine et cela d'autant plus pour des patients jamais examinés physiquement ou peu connus.

#### **1.2.1.1. Les soins non programmés**

Une étude menée par la DREES en 2019 définit les soins non programmés comme étant les « demandes de consultation, quel qu'en soit le motif, pour le jour même ou le lendemain, adressées aux médecins généralistes pendant les horaires d'ouverture de leurs cabinets. Ceux-ci peuvent y répondre en proposant une consultation dans cet intervalle, qu'elle soit avec ou sans rendez-vous ». D'après cette étude, ces soins « représentent plus de 30 % de l'activité d'une semaine ordinaire pour 4 médecins généralistes sur 10. » Cela n'est pas sans conséquence, car 80% des médecins généralistes interrogés déclarent organiser le fonctionnement de leur cabinet pour

répondre à ces demandes cela notamment grâce à « des plages de consultation sans rendez-vous » (31).

Si environ 30% des médecins généralistes prennent en charge la totalité des demandes de soins non programmés qui leur sont adressés, il est cependant important de noter que les médecins privilégient les patients dont ils sont les médecins traitants (réactivité sur l'accueil des patients). Par ailleurs, parmi les 70% des médecins généralistes qui ne prennent pas en charge la totalité des demandes de soins non programmés, environ 25 % d'entre eux les orientent vers les services d'accueil d'urgences (SAU) ou les services d'aide médicale urgente (SAMU), contribuant ainsi en partie à la saturation des SAU ainsi qu'au délai inapproprié pour prendre en charge les patients (31).

Cette saturation des SAU par des soins non programmés pouvant relever d'une prise en charge ambulatoire a d'ailleurs été constatée par le Docteur BENAMU dans sa thèse réalisée sur les soins non programmés aux urgences de Brignoles. Il a constaté que parmi les passages au SAU ayant abouti à un retour à domicile (près de 75%) une très large majorité a eu lieu hors des horaires de permanence des soins (près de 70%). Par ailleurs, parmi ces passages dits « ambulatoires », ayant lieu en dehors des horaires de permanence des soins, une part importante n'a pas nécessité d'acte diagnostique ou thérapeutique (26%). Ainsi, près de 13 % des actes auraient pu être gérés par un médecin généraliste sans même demander d'examen complémentaire. Le Docteur BENAMU va plus loin dans une étude complémentaire où il expose « que 47% [des] passages de patients valides ambulatoires auraient pu être pris en charge par une consultation de [soins non programmés] ouverte en journée et fonctionnant sur le modèle de l'actuelle maison médicale de garde ». Ces dernières ont pour « vocation [d'] accueillir en toute sécurité les patients dont l'état de santé ne nécessite qu'une simple consultation doublée, le cas échéant, d'actes techniques ne nécessitant

pas d'équipement lourd » (32). Cette étude démontre bien qu'une part importante des passages aux urgences pourrait être réalisée par les médecins de ville, et ce d'autant plus s'ils ont accès rapidement aux examens complémentaires de première nécessité, ce que nous aborderons plus loin.

Cette problématique de la gestion des soins non programmés avec un recours excessif aux SAU a plusieurs origines, qui ont d'ailleurs été abordées dans le rapport du député Thomas MESNIER. Parmi toutes les raisons énoncées (5 au total), 3 relèvent d'une offre de soins de proximité insuffisante : « l'impossibilité à trouver une réponse en médecine de ville », « un déclin important des visites à domicile » et « une insuffisante médicalisation des EHPAD » (33).

#### **1.2.1.2. L'accès au médecin traitant**

Un article dans la revue EGORA a été fait à ce sujet en se basant notamment sur les déclarations de Marguerite CAZENEUVE (directrice déléguée à la gestion et à l'organisation des soins de la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM)) et les chiffres de la DREES.

Ainsi, même si le nombre de patients par médecin généraliste est passé de 907 à 941 (+ 3,7%), nous observons une augmentation du nombre de patients sans médecin traitant qui passe de « 9,8% en 2017 à 11% en 2021 [et nous observons par ailleurs qu'il y a près de] 620 000 » (34) patients souffrant d'affection de longue durée (ALD) qui n'ont pas de médecin traitant.

Nous verrons plus loin les causes de ce phénomène ayant forcément des conséquences sur le suivi des patients. D'après les chiffres de l'assurance maladie, les patients avec médecin traitant consultent 4,2 fois par an contre 2 fois par an pour ceux sans médecin traitant (34).

Cette préoccupation concernant l'offre en médecine générale est d'ailleurs partagée par les médecins eux-mêmes. En effet, d'après une étude réalisée par la DREES en 2019, « 22% des médecins généralistes estiment que l'offre de soin est insuffisante sur leur territoire » (ce chiffre monte à 42% en zone sous-dense). Les conséquences de ce manque de médecins traitants sont les suivantes : un allongement des journées de travail (73%), une réduction du temps de formation (47%), un refus de prise en charge de nouveau patient en tant que médecin traitant (53%) ou occasionnellement (45%), une augmentation des délais de rendez-vous (54%), une réduction de la fréquence de suivi des patients (40%), une réduction de la durée des consultations (28%) et une délégation de certaines tâches (23%). Parmi les solutions que proposent les médecins généralistes, notons que les pistes proposées par le Gouvernement (rejoindre/ créer une structure d'exercice coordonnée et recourir à un assistant médical) n'arrivent respectivement qu'en 3<sup>e</sup> position (37%) et 4<sup>e</sup> position (32%) loin derrière l'autonomisation des patients (68%) et le recul du départ à la retraite (49%) (35).

### **1.2.1.3. L'accès aux examens complémentaires et aux médecins spécialistes**

Une enquête a été réalisée en juin 2013 au niveau national par la DREES et ses chiffres ont été repris dans le rapport du député Thomas MESNIER ; elle concerne les urgences hospitalières. Cette enquête révèle que parmi les motivations qui poussent les patients à aller aux urgences, nous retrouvons la possibilité de réaliser des examens complémentaires (« 23% ») et celle de consulter un spécialiste (« 12% »). Ces deux éléments ont d'ailleurs été confirmés par la thèse du Docteur DUBOIS-ROQUETTE. Il précise que 29% des consultations au SAU sont motivées par l'accès à un spécialiste et 25% par l'accès à des examens complémentaires (36).

Par ailleurs, l'enquête de la DREES révèle également que « 6% » des patients se rendent aux urgences du fait de l'absence du médecin traitant et « 5% » du fait de l'impossibilité à trouver rapidement un rendez-vous pour des examens complémentaires.

Enfin l'analyse des chiffres révèle que « 42,9 % des patients pourraient être pris en charge par un médecin généraliste ou spécialiste le jour même ou le lendemain à condition que le médecin ait la possibilité de faire pratiquer des examens complémentaires ». Ces chiffres sont en adéquation avec ceux que nous avons cités du Docteur BENAMU (33,37,38).

Pour ce qui est de l'accès aux médecins spécialistes, notamment ceux de l'hôpital, nous allons voir que celui-ci est jugé comme étant de qualité très moyenne. En effet, dans le cadre de sa thèse, le Docteur Valérie PERNOSSI analyse de manière générique le lien ville-hôpital, à l'aide d'un questionnaire envoyé à « 279 médecins généralistes libéraux du bassin sanitaire du Centre Hospitalier Métropole Savoie ». Si le taux global de satisfaction est de 66%, l'évaluation de l'accès aux soins est la deuxième note la plus basse (52/100), principalement à cause d'un délai trop long de prise en charge des patients en cas de demande de consultations urgentes auprès des spécialistes. En effet, cet item obtient la quatrième note la plus basse (43,5/100 ) parmi les dix-neuf items jugés (39) (Annexe 1).

Nous allons maintenant voir qu'elles sont les principales causes de cette problématique d'accès aux soins.

## **1.2.2. Les causes du problème**

### **1.2.2.1. Évolution démographique de la population française**

En 2010, la population française était de 64,6 millions. En 2019, elle était de 66,9 millions, soit une augmentation de 3,5 % (40). Au-delà de ces chiffres, ce qu'il faut

prendre en considération, c'est l'augmentation du rapport de dépendance démographique qui passera de 37 en 2021 à 51 en 2040 (41). Ce rapport, correspondant au nombre de personnes de plus de 65 ans pour 100 personnes âgées de 20 à 64 ans, est à mettre en corrélation avec l'espérance de vie sans incapacité qui est en France de 65,9 ans pour les femmes et de 64,4 ans pour les hommes (42). L'augmentation de ce chiffre correspond à une augmentation du rapport personne dépendante sur personne aidante.

Cette évolution est à mettre en parallèle avec celle de la population médicale. Ainsi, si entre janvier 2010 et janvier 2019, le nombre de médecins inscrit à l'Ordre des médecins a augmenté de 15,5% passant de 261378 à 301842, le nombre de médecins en activité régulière a lui diminué de 11%, passant de 200045 (76,5% de l'effectif total) à 197695 (65,5% de l'effectif total). Cela s'est fait au profit principalement de 2 catégories, les retraités sans activité qui passent de 15,1% de l'effectif total en 2010 à 22,1% de l'effectif total en 2019, et les retraités ayant conservé une activité qui passe de 2,1% de l'effectif total en 2010 à 5,9% de l'effectif total en 2019. Cette diminution de la démographie médicale est liée directement à la diminution du numérus clausus et au mécanisme d'incitation à la cessation d'activité. Ces décisions ont été prises dans un objectif de diminution des coûts pour l'assurance maladie, sans efficacité réelle et avec pour conséquence une dégradation de la couverture sanitaire.

Ce qu'il faut également noter, c'est que nous observons une féminisation de la profession qui ne va pas cesser d'augmenter dans les prochaines années, car « il existe un lien statistique tout à fait significatif, inversement proportionnel, entre le taux de féminisation de la population des médecins actifs et l'âge moyen de ces médecins à l'échelle des départements » (43).

Ainsi, en valeur absolue, le nombre de médecins en activité régulière baisse légèrement (1,2% entre 2010 et 2019), la profession tend à se féminiser et l'âge moyen des médecins inscrits augmente (43).

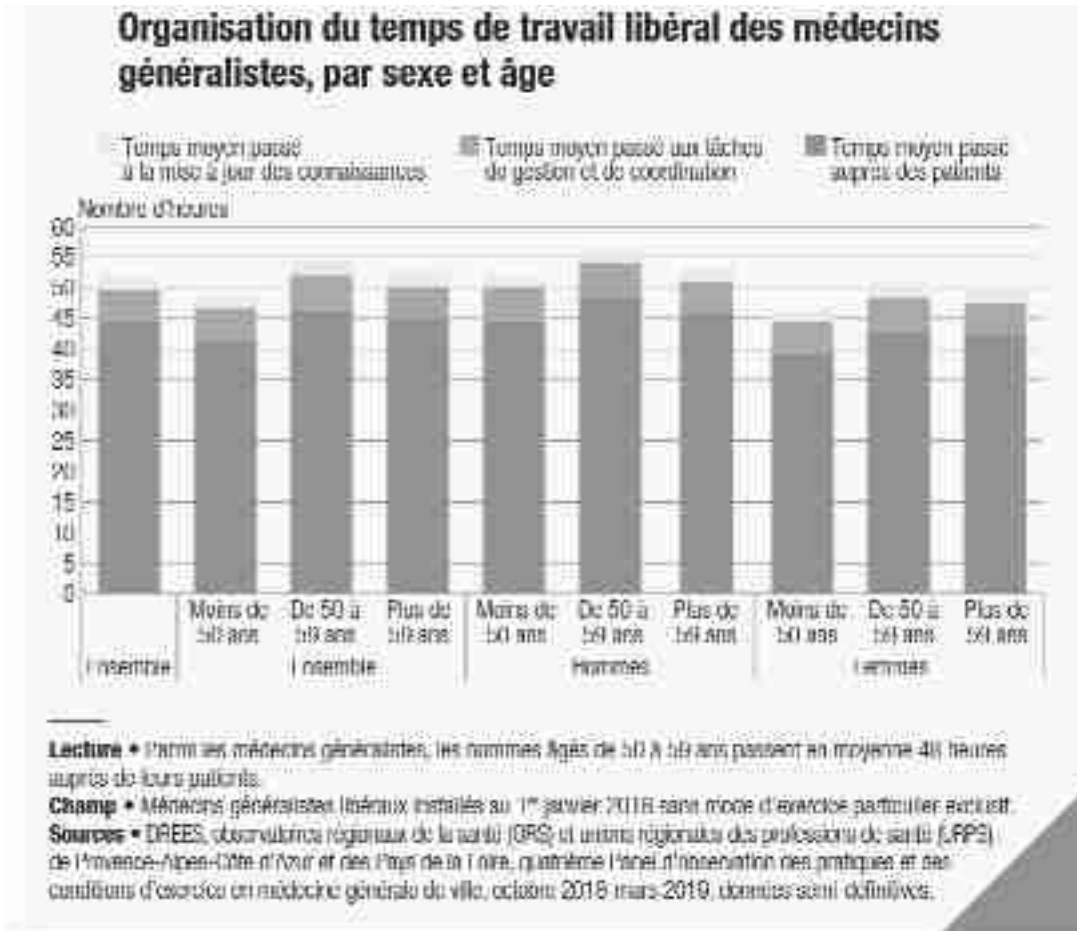
### **1.2.2.2. Réduction du temps de travail**

En 2007, une étude de la DREES permettait d'estimer le temps de travail hebdomadaire des médecins généralistes entre 55 et 59 heures avec une forte disparité selon l'âge et le genre. Pour un âge de référence de 40 ans et moins, nous observons une augmentation comprise entre 5,4 % et 7,5 % du temps de travail dans les tranches d'âge supérieures. La différence entre les femmes et les hommes est de l'ordre de 10,6 % au profit des hommes (44) (Annexe 2).

En 2019, une nouvelle étude sur le temps de travail des médecins généralistes libéraux a été réalisée. Le temps de travail moyen hebdomadaire est alors de 54 heures avec à nouveau une disparité selon l'âge (les plus jeunes travaillant moins) et le sexe (les femmes travaillant moins) (45) (Illustration 1). Cette étude révèle que le temps de travail des jeunes médecins et des femmes médecins est un peu moindre. Elle révèle aussi une augmentation de l'activité salariée et mixte. Ces observations sont à mettre en parallèle avec les observations faites plus haut, à savoir l'approche du départ à la retraite des médecins « de l'ancienne génération » et la féminisation de la profession. Elles posent aussi la question des différences de temps de travail et de nombre de patients pris en charge entre médecins salariés et médecins libéraux.



### Illustration 1 : Organisation du temps de travail libéral des médecins généralistes, par sexe et âge (45)



D'après Chaput H. et al (<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er1113.pdf>)

#### 1.2.2.3. Allongement du temps des consultations

L'allongement du temps des consultations s'explique du fait du vieillissement de la population et de la complexité croissante de la médecine (patients polyopathologiques, évolution permanente...). Une étude, réalisée entre 1997 et 1998, indique qu'une durée moyenne de consultation était de 14 minutes et 24 secondes (12 min et 50 secondes, si elle était informatisée) (46), alors que l'étude ECOGEN, pour « étude des Éléments de la CONsultation en médecine GENérale », réalisée entre 2011 et 2012 indique une durée moyenne de 16,7 minutes (47). En prenant en compte une augmentation du taux d'informatisation des cabinets médicaux, la durée moyenne de consultation s'est donc allongée entre 16% et 30,1% en 14 ans.

#### **1.2.2.4. Inadéquation des horaires**

Enfin, les plages horaires d'ouverture des cabinets médicaux en France sont en inadéquation avec ce qui est prévu par la loi HPST 2009. Cette dernière prévoyait en effet que la continuité et la permanence des soins non programmés soient gérées par les structures de soins ambulatoires en semaine de 8h à 20h et le samedi de 8h à 12h, soit un total de 64 heures sur la semaine. Or, dans le cadre de sa thèse passée en 2018, le Docteur GEORGE rapporte que sur 64 heures prévues, « les cabinets médicaux sont en moyenne fermés à la patientèle 28,32 heures par semaine ». Ce chiffre est à nuancer, car ces 28,32 heures incluent le temps de visites à domicile. Il note également que les périodes de la semaine qui sont le moins bien couvertes sont [le soir après 18h, le mercredi après-midi et le samedi matin] (48).

#### **1.2.3. Perspectives pour l'avenir et la solution des outils numériques**

Ainsi, au regard de l'ensemble de ces éléments, nous constatons une diminution de ce que nous appelons la « densité standardisée de l'offre de soins », correspondant au nombre d'équivalents temps pleins pour mille habitants. Si la décision d'augmenter le numérus clausus est un bon levier à long terme, elle n'a aucun impact à court et moyen terme. D'après une étude menée par la DREES en mars 2021, « le modèle de projection des effectifs de médecins montre une stagnation des effectifs jusqu'en 2030, avant une hausse assez importante des effectifs de médecins jusqu'en 2050 (+1,5 % de croissance annuelle moyenne des effectifs entre 2030 et 2050) »(49). Une autre analyse, datant de mai 2017, collige l'ensemble des éléments (effectifs médicaux, modification du type d'activité, féminisation de la profession et croissance de la population). Elle conclut à « une baisse de la densité standardisée [de l'offre de soins] de 9 % (entre 2016 et 2023). Cette dernière ne retrouverait son niveau actuel que vers 2035 » (50) (Illustration 2).

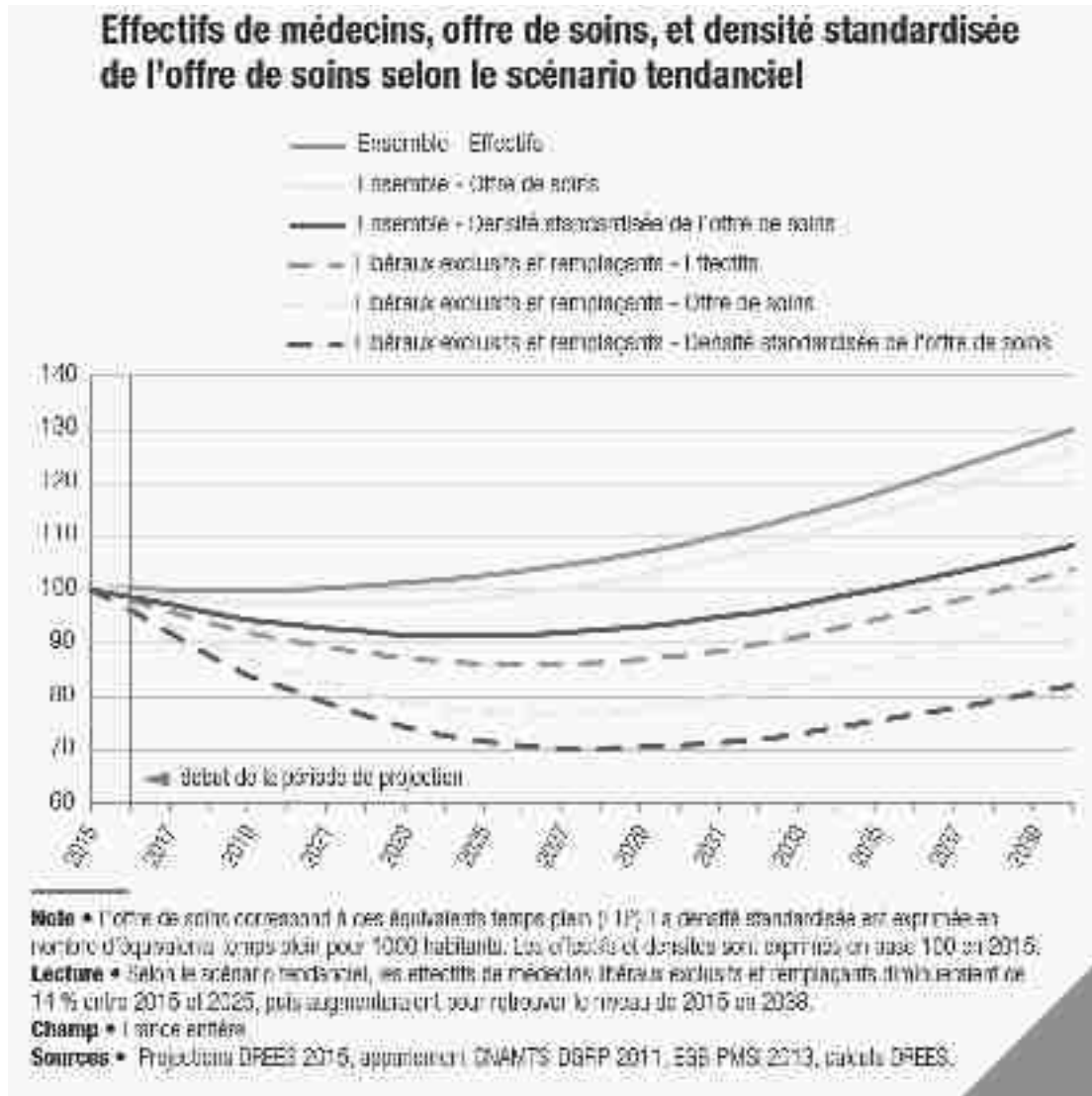
Si l'amélioration de la coordination des soins à travers l'usage d'outils numériques n'a pas d'impact sur les éléments démographiques ou la durée de travail des médecins, cette piste peut toutefois avoir un impact positif sur l'accès aux soins.

Concernant la gestion des soins non programmés, l'exemple type est le projet « un médecin 116 117 » développé dans le Bas-Rhin par l'ARS et l'union régionale des professionnels de santé – médecins libéraux (URPS-ML). Ce projet s'appuie sur l'application Entr'actes afin de mettre en relation les patients nécessitants, demandeurs de soins non programmés, et des médecins ayant la capacité de répondre à cette demande. C'est le principe du partage de tâches selon la disponibilité des acteurs. Cette expérimentation doit s'achever courant 2022. Pour aller plus loin, la gestion des soins non programmés par les CPTS combinée à la fluidification de la communication, à l'aide d'un outil numérique de coordination des soins, semble également une solution pertinente. Elle permettrait lors d'un épisode de soin aigu ne pouvant être pris en charge par le médecin traitant d'identifier rapidement un autre médecin disponible pour gérer la situation.

Par ailleurs, un outil numérique, facilitant le partage de l'information au sein d'une équipe de prise en charge, permet de réduire la redondance des actes et des prises en charge et ainsi de libérer du temps de soignants.

Ces deux éléments font d'ailleurs partie des « conditions de succès » mises en avant dans le rapport du député Thomas MESNIER, dans lequel il parle du « partage de tâches » et d' « utiliser les potentialités du numérique » (33).

## Illustration 2 : Densité standardisée de l'offre de soins évolution et scénario tendanciel (50)



D'après Bachelet M. et Anguis M. (<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-08/er1011.pdf>)

## 1.3. Le manque de pertinence des soins

### 1.3.1. Définitions

La pertinence a été définie à l'échelle internationale par la RAND corporation (États-Unis d'Amérique) en 1986, par le National Health Service (Royaume-Uni) en 1993 et à plusieurs reprises par l'Organisation mondiale de la santé (OMS).

D'après la première, un soin est pertinent si « le bénéfice escompté pour la santé [...] est supérieur aux conséquences négatives attendues [...] d'une façon suffisante pour estimer qu'il est valable d'entreprendre la procédure, indépendamment de son coût »

(30,51). Les limites de cette définition sont l'absence de prise en compte de la qualité (autrement dit, s'agit-il du meilleur soin pour traiter ce problème ?), des considérations économiques et des désirs du patient.

D'après le deuxième, « pertinent, pour un soin, signifie qu'il a été choisi parmi l'ensemble des interventions disponibles qui ont démontré leur efficacité pour une affection, comme étant le plus vraisemblablement à même de produire les résultats attendus pour un patient donné. Une intervention ne peut être pertinente que si certaines conditions sont satisfaites. Les compétences techniques et les autres ressources nécessaires à l'intervention doivent être disponibles, de sorte qu'elle puisse être dispensée selon les bons standards. L'intervention doit être réalisée d'une manière telle qu'elle soit acceptable pour le patient. Les patients doivent recevoir une information adéquate au sujet de toutes les interventions potentiellement efficaces. Leurs préférences sont centrales dans la détermination de l'intervention parmi celles dont l'efficacité est connue » (30,52). Si dans cette définition les désirs du patient et la notion de qualité sont pris en compte, les considérations économiques ne le sont toujours pas.

La dernière, qui à la notion de pertinence préfère la notion de qualité, définit qu'un soin est de qualité s'il est [efficace, sûr, centré sur la personne, dispensé en temps utile, équitable, intégré et efficient] (53). Cette définition, concise et simple, semble recouvrir toutes les notions d'un soin pertinent. C'est d'ailleurs de cette façon que cela a été défini par Madame BUZYN : comme étant « le bon soin, au bon moment, au bon endroit, au bon patient » (54).

Les analyses de la pertinence des soins sont nombreuses tant concernant les examens complémentaires que les soins prescrits. Le manque de pertinence dans les soins a un impact non seulement économique évident, mais également sur la qualité des soins. Le manque de pertinence peut être lié à la fois à un excès ou à un défaut

dans les soins, cette double notion étant abordée par la Haute Autorité de Santé (HAS) dans sa revue datant de 2017 (55). Il peut également être lié à un choix inapproprié, le soin choisi n'étant alors pas le plus adapté.

### **1.3.2. Lien entre pertinence et coordination des soins. Quelles améliorations les outils numériques peuvent-ils apporter ?**

En quoi cette notion de pertinence est-elle liée à la coordination des soins ? Tout d'abord, si la notion d'efficacité dépend avant tout de l'actualisation des connaissances médicales, elle dépend également de la bonne communication entre les soignants, afin d'aboutir à la bonne décision. Concernant l'efficience, la coordination joue un rôle prépondérant afin d'éviter les soins redondants et inutiles. Concernant la dispensation en temps utile, comme vu plus haut, elle dépend de l'accès aux soins. Concernant la sûreté, la coordination, en offrant un meilleur partage de l'information et en évitant les soins inutiles, permet forcément de l'améliorer. Enfin, concernant le caractère centré sur le patient, elle relève d'une coordination des soins qui implique le patient, ce qui fait d'ailleurs partie des objectifs du Gouvernement qui parle de « replacer le patient au cœur du soin » (20).

#### **1.3.2.1. Pertinence des prescriptions médicamenteuses**

Les résultats de la thèse du Docteur MARS laissent supposer qu'il existe un stockage important des médicaments par les patients, notamment ceux prescrits occasionnellement. Cela expose au risque de mésusage et à des dépenses de santé inutiles. L'une des principales causes de ces prescriptions non pertinentes est « l'informatisation » des prescriptions. En effet, lors du renouvellement d'un traitement chronique, les médecins ne retirent pas forcément sur les prescriptions préétablies les traitements pris de manière occasionnelle, ce qui n'est pas le cas lors d'une prescription manuscrite (56). Des estimations séquentielles du coût du mésusage des

médicaments et de leur prescription non pertinente ont d'ailleurs été réalisées aux États-Unis : il était d'environ 300 millions de dollars par an en 1986 (57), d'environ 100 milliards en 1993 (58) et 290 milliards en 2009, soit 13 % des dépenses de santé totale (59). Ces chiffres ne font que croître au fil des années. Il faut cependant, tenir compte que le libre accès à certains médicaments dans les drug-stores aux États-Unis peut biaiser la comparaison avec la France.

Parmi les pistes d'amélioration, en plus de la hiérarchisation déjà présente sur certains logiciels entre traitement ponctuel et occasionnel, l'ajout d'une alerte lors du renouvellement des traitements occasionnels peut aider à réduire ce coût. Une piste complémentaire est l'introduction, dans un logiciel de coordination, d'une fonctionnalité permettant aux infirmières de tracer et notifier au médecin uniquement les traitements manquants ou proches de manquer.

#### **1.3.2.2. Pertinence des prescriptions d'examens complémentaires**

Prenons l'exemple des examens biologiques de routine : en 2017 leur coût est estimé à « 4,5 milliards d'euros par an » (60), en 2004, ils sont prescrits dans plus de 14% des consultations et représentent « plus de la moitié des actes prescrits et décisions d'orientation » (61).

Une double thèse a été réalisée en 2017 au sujet de la pertinence de ces bilans biologiques. Elle traite de la pertinence de la prescription de certaines analyses de « routine » chez des patients asymptomatiques de 18 à 45 ans. Cette double thèse conclut que, mis à part la NFS chez les femmes en âge de procréer, aucune autre analyse n'est pertinente en routine en l'absence de facteurs de risque ou de signe clinique évocateur (62,63).

Parmi les pistes d'amélioration trouvées dans la littérature, le Docteur HEROUART propose tout d'abord « la création d'un outil regroupant les facteurs de risque

susceptibles d'influencer la prescription d'examens biologiques » (60), ensuite une étude néerlandaise propose, comme c'est le cas pour les médicaments, « un affichage des prix des examens de laboratoires » (64). Ce point semble d'autant plus pertinent que la thèse réalisée en 2018 par le Docteur HASCOET montre une « méconnaissance du prix des examens biologiques » (65) par les internes et les médecins généralistes. Une autre piste d'amélioration possible est le référencement, dans un logiciel de coordination, de la biologie de référence et des examens d'intérêt, afin de pouvoir y accéder rapidement et facilement, et, en cas de nécessité, un lien de connexion rapide au DMP du patient.

### **1.3.3. La notion de qualité des soins**

Afin d'aller plus loin dans la pertinence des soins, il semble nécessaire d'insuffler des notions de qualité aux structures coordonnées ambulatoires. L'importance de la qualité des soins, désormais très présente dans les structures hospitalières, doit maintenant s'étendre aux structures de ville, à défaut de quoi nous risquons de retomber dans les mêmes travers. Une thèse a d'ailleurs été réalisée sur ce sujet en 2017. Elle propose la mise en place d'une certification qualité des structures de villes regroupant des professionnels de santé libéraux au niveau local (ESP, MSP, centre de santé (CS)) et territorial (CPTS). L'objectif est de promouvoir la qualité des soins en s'appuyant notamment sur des indicateurs d'évaluation de la coordination des soins. Ce développement passe tout d'abord par la formation à la démarche qualité puis par l'intégration de cette certification dans les nouveaux modes de rémunération (66).

Le Sénat aborde d'ailleurs cette notion de qualité dans son rapport de 2017. D'après lui, deux des leviers à actionner afin de rendre les soins plus pertinents sont d'une part de développer un « financement à l'épisode de soins » et d'autre part d'inciter à « une régulation par la qualité » (30).



Pour conclure sur le volet économique de la pertinence des soins, une revue systématique de la littérature, réalisée en 2017 dans les pays faisant partie de l'organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), montre que les dépenses de santé inutiles sont de l'ordre de 30% (67). Ce taux d'environ un tiers est retrouvé dans une autre étude réalisée en 2007 aux États-Unis. Elle estime que sur les 2300 milliards de dépenses de santé près de 33% peuvent être supprimés sans pour autant réduire la qualité des soins (68).

Notons que, « le modèle économique des coordinations repose sur le fait que les dépenses mises en œuvre dans le cadre de ces organisations sont inférieures aux hospitalisations évitées ou prolongées, aux actes redondants, aux pertes de chance évitées par la mise en place de réponses adaptées » (12).

#### **1.4. Mauvaises transitions lors du changement de secteur de prise en charge**

Les mauvaises transitions, lors du passage des patients d'un secteur de prise en charge à un autre, peuvent avoir plusieurs conséquences néfastes, allant de l'erreur thérapeutique (pas de poursuite du traitement, pas de prise en compte des modifications thérapeutiques, méconnaissance des allergies et autres contre-indications...) au problème de suivi (examen de contrôle non prescrit, rendez-vous de suivi ratés...).

Ces mauvaises transitions peuvent s'observer au sein d'une même structure : ce sont les transferts interservices, comme entre la ville et l'hôpital. Dans ce second cas, l'amélioration de la transition, tout comme les politiques de prévention et d'éducation, peut faire partie d'une politique territoriale impliquant les différents acteurs de santé d'un territoire, afin de promouvoir la santé de la population dont ils sont en charge. Cela peut impliquer notamment les CPTS et les groupements hospitaliers de territoire

(GHT) qui, en lien avec l'ARS, sont responsables de la santé de la population d'un territoire donné.

Les études sur la transition sont nombreuses et recouvrent plusieurs thématiques. L'une d'elles prédomine cependant : il s'agit de la conciliation des traitements médicamenteux, traitée dans un premier temps. Les autres thématiques seront vues dans un second temps. Les analyses faites ensuite auront comme objectif de faire un état des lieux de la situation et voir si des améliorations peuvent y être apportées grâce à la coordination des soins et l'aide d'outils numériques. Tout comme l'amélioration de la pertinence des soins, l'amélioration de la conciliation médicamenteuse a un intérêt tant pour la qualité des soins, que sur le plan économique, à travers la réduction du risque de complication et de réhospitalisations précoces.

### **1.4.1 La conciliation des traitements médicamenteux**

#### **1.4.1.1. Définition. Un exercice de coordination des soins**

Suite à l'expérience Med'Rec, une définition de la conciliation des traitements médicamenteux (CTM) a été donnée en mars 2015 par le collège de la Haute Autorité de Santé. Il s'agit « d'un processus formalisé qui prend en compte, lors d'une nouvelle prescription, tous les médicaments pris et à prendre par le patient. Elle associe le patient et repose sur le partage d'informations et sur une coordination pluriprofessionnelle. Elle prévient ou corrige les erreurs médicamenteuses en favorisant la transmission d'informations complètes et exactes sur les médicaments du patient, entre professionnels de santé aux points de transition que sont l'admission, la sortie et les transferts » (69). Il apparaît clairement que cette conciliation médicamenteuse est un exercice de coordination des soins impliquant plusieurs professionnels et visant à optimiser les traitements médicamenteux des patients de façon personnalisée, afin de réduire le risque de iatrogénie médicamenteuse et

d'améliorer la continuité des soins. Actuellement, elle s'appuie sur un guide HAS datant de 2018 (70) et sur une fiche mémo de la société française de pharmacie clinique (SFPC) datant de 2015 (71). Cette conciliation médicamenteuse vient compléter un autre dispositif déjà présent depuis 2007, le dossier pharmaceutique, qui consigne l'ensemble des traitements d'un patient et dont il est prévu qu'il puisse être partagé entre les soignants. La limite de ce dernier est qu'il ne propose pas d'analyse de risque que ce soit sur les interactions ou par rapport aux données du patient (poids, fonction rénale...), mais également qu'il ne prend pas en compte l'automédication. La conciliation médicamenteuse, si elle est effectuée suivant les recommandations, permet de faire cela. Toute cette démarche autour des médicaments fait d'ailleurs l'objet de sept critères pour la certification des établissements de santé (HAS-version 2021) (72).

#### **1.4.1.2. État des lieux**

L'analyse de la littérature sur la conciliation médicamenteuse à l'admission (CMA) aux urgences, réalisée par le Docteur FARHAT en 2021, montre un taux de divergence non intentionnelle (DNI) communément appelée erreur médicamenteuse (EM) (différence entre le bilan médicamenteux et la prescription en cours) allant de 36% à 78%. Cette importante variabilité peut s'expliquer par la différence des populations étudiées. Lors de son travail à l'Hôpital d'Instruction des Armées Laveran, ciblé sur les patients admis à l'UHCD de plus de 65 ans ou identifiés par le médecin urgentiste, il trouve que lorsque la CMA est rétroactive près de 70% des prescriptions ont au moins une DNI. Les DNI les plus fréquentes sont les omissions thérapeutiques, puis les erreurs de posologie (73). Lors de la conciliation médicamenteuse de sortie (CMS), les DNI les plus fréquentes sont l'absence de prescription du traitement de fond, puis les omissions thérapeutiques. Cela pose un réel problème de continuité des soins,

d'autant plus quand il s'agit de médicaments qui ne sont pas forcément disponibles en stock à la pharmacie de ville ou qui nécessitent une rétrocession hospitalière (74).

Concernant l'intégration de ce procédé dans la pratique courante, la thèse du Docteur SEUROT réalisée en 2018 révèle que sur les 34 pharmacies interrogées (75 % des pharmacies de la ville de Rouen et de ses alentours), 70% d'entre elles n'ont jamais reçu de bilan médicamenteux de sortie (75). Ce chiffre est assez élevé, quand nous savons que la France a rejoint le projet High 5S en 2009 (projet international visant à réduire les accidents à l'hôpital à l'aide de solutions standardisées). Ce projet recouvre plusieurs thématiques, dont la « conciliation des traitements médicamenteux » (69). Afin d'expérimenter cela, la France a mis en place le projet Med'Rec, coordonné par la HAS, entre 2010 et 2015. Malgré cinq années d'expérimentation et trois années de diffusion, la conciliation médicamenteuse ne semble toujours pas s'être généralisée. Il faut tout de même noter qu'une étude datant de 2020 dans un autre secteur retrouve une méconnaissance de la CTM chez uniquement 22% des pharmaciens d'officine (76). Nous pouvons en conclure qu'il existe soit une disparité géographique, soit une amélioration récente. Des études récentes et à plus grande échelle sont nécessaires, afin d'avoir une meilleure représentativité.

L'autre intérêt de la CTM, en plus d'éviter les erreurs sur les phases de transition, est de permettre à l'équipe médicale hospitalière de faire une réévaluation complète du traitement de fond, afin de l'adapter au mieux au profil du patient. Une des questions est donc de savoir si ces aménagements thérapeutiques sont poursuivis au-delà de l'hospitalisation. La thèse du Docteur FARBOS montre ainsi que « sur les 1168 modifications réalisées durant l'hospitalisation, 767 sont maintenues lors de notre recueil à un mois, soit un taux de maintien de 65,8% ». Ce résultat est à nuancer, car parmi les modifications non maintenues nous retrouvons notamment les médicaments anti-infectieux, qui ont une courte durée de traitement. En excluant cette classe, « le

taux de maintien passe à 75,8% », ce qui montre que les recommandations hospitalières sont globalement bien suivies et acceptées. Une amélioration de la communication doit cependant pouvoir encore d'optimiser ce constat (77). Cette hypothèse a d'ailleurs été vérifiée par deux thèses. La première, celle du Docteur COUTELIER, montre que « les modifications signalées dans les comptes-rendus d'hospitalisation ont eu un taux de maintien significativement plus élevé que les autres ( $p < 0.0001$ ) » (78). La seconde, celle du Docteur ALBERT-PERL, évalue l'intérêt de l'adjonction d'un paragraphe sur les modifications thérapeutiques dans le compte-rendu d'hospitalisation. Son étude retrouve un taux de maintien des modifications de 96,5% et un intérêt de ce paragraphe pour 80,6% des médecins généralistes interrogés. Ce paragraphe permet, grâce à ses explications et ses justifications, « de limiter les erreurs d'interprétation ». Il permet aussi de gagner du temps en réduisant le taux d'appel téléphonique au service. De plus, il permet « aux médecins généralistes d'apprendre, de se former et de se tenir à jour » et ainsi « d'anticiper et éventuellement d'adapter les traitements pour d'autres malades ». Enfin, ce paragraphe « permet d'expliquer aux patients les modifications effectuées et donc d'en favoriser l'observance » (79). Tout ceci est d'autant plus important, que, comme nous le verrons plus loin, une bonne continuité des soins, quels que soient les moyens d'y parvenir, est le principal facteur permettant d'éviter les événements indésirables lors des transitions et de réduire les réhospitalisations précoces (80,81).

#### **1.4.1.3. Pistes d'amélioration et outils numériques**

Voici la liste des pistes d'amélioration de la conciliation médicamenteuse les plus fréquemment retrouvées (74,75,77,82) :

- L'usage d'outils numériques (messagerie sécurisée, logiciel métier adapté, dossier pharmaceutique, dossier médical partagé, e-prescription...) afin

d'informatiser tout le circuit du médicament et ainsi partager plus facilement, plus rapidement et de manière sécurisée les informations. L'importance de la vitesse de partage de l'information avec le médecin traitant est d'ailleurs essentielle, car de nombreuses recommandations proposent une consultation précoce post-hospitalisation.

- L'intégration du bilan médicamenteux à la lettre de liaison ainsi qu'au logiciel pharmaceutique.
- L'adjonction au guide HAS d'une classification des médicaments selon le risque clinique encouru (un oubli d'une statine n'ayant pas les mêmes conséquences que l'oubli d'un anticoagulant).
- L'absence de stockage et de gestion autonome des traitements par les patients à l'hôpital en l'absence de notification médicale.
- Une meilleure gestion des médicaments manquants, lors de l'hospitalisation et à la sortie d'hospitalisation, grâce à un travail pluridisciplinaire et plus d'anticipation lorsque cela est possible.
- La mise en place de Comités de Retour d'expérience (CREX), permettant de faire une analyse a posteriori des DNI, et ce afin de mettre en place « des actions correctrices et préventives ».
- La possibilité d'identifier et contacter facilement l'ensemble de professionnels de santé faisant partie de l'équipe de soin du patient.
- Plus d'inclusion du pharmacien d'officine dans son rôle d'éducation et de conseil.

Ainsi la plupart de ces améliorations impliquent directement ou indirectement les outils numériques, car ceux-ci permettent d'établir un lien rapide, sûr et efficace entre les différents acteurs de l'équipe de prise en charge. D'ailleurs, concernant leur usage en particulier, nous pouvons nous intéresser à la thèse du Docteur DUBUISSON, qui

évalue l'intérêt de l'utilisation d'une messagerie sécurisée pour communiquer afin de réaliser la conciliation des traitements médicamenteux. Il observe une augmentation de l'usage de la messagerie sécurisée de 45%, passant de 11,1% des CMA en début d'étude à 16,1% en fin d'étude. Cependant, le moyen privilégié reste le fax, avec 60,4% des CMA réalisées grâce à lui, ce qui peut poser problème, notamment dans le cadre du règlement général de protection des données (RGPD), d'autant plus qu'il s'agit de données sensibles. Les limites correspondent donc aux freins techniques et organisationnels, les avantages à la sécurisation de l'information, son transfert instantané et son stockage (82).

#### **1.4.1.4. Les limites**

Il s'agit tout d'abord d'un exercice chronophage ; afin d'en retirer tous les bénéfices, elle nécessite une coordination importante de tous les acteurs du système de santé. En effet, si elle est réalisée, mais non partagée ou consultée, une part importante de ce travail n'aura servi à rien.

Concernant l'aspect chronophage, la thèse du Docteur MENDJEL montre que la conciliation des traitements médicamenteux de 133 patients sur 5 mois a nécessité 0,75 équivalent temps plein de pharmacien, malgré le développement et l'utilisation d'un outil informatique permettant de la raccourcir. Cet outil, nommé PACESS (pour Programme d'aide à la Conciliation de l'Entrée à la Sortie du Séjour hospitaliser), a permis de réduire de plus de moitié la CMA « (5,3 min versus 11,5 min,  $p < 0,01$ ) » et la CMS « (2,2 min versus 5 min,  $p < 0,01$ ) » (83). Pour aller plus loin, une intervention pharmaceutique, selon son degré d'exhaustivité, peut prendre jusqu'à 2 heures par patient (incluant la CTM, la rédaction des protocoles, la communication avec les autres PS et le suivi téléphonique) (84).

La CTM met donc en avant le rôle essentiel de la pharmacie clinique, en collaboration avec l'ensemble des acteurs de santé. Ce rôle fait écho au niveau ambulatoire à l'entretien pharmaceutique et à l'éducation thérapeutique du patient. Ils impliquent un entretien entre le pharmacien d'officine et le patient, afin d'explicitier le traitement, favoriser l'observance et analyser le traitement avec un possible retour au médecin traitant. Ils ont été respectivement inscrits dans la loi en 2012 et 2019 (85,86). Il faut noter concernant cette mise en miroir du rôle du pharmacien clinique et celui du pharmacien d'officine, que le travail de l'un facilite fortement le travail de l'autre. Il existe donc un binôme essentiel à la CTM : pharmacien hospitalier et pharmacien d'officine (87,88), sous réserve bien sûr de partage de l'information.

Pour conclure cette partie concernant la conciliation des traitements médicamenteux, il apparaît nécessaire de la généraliser, en incluant notamment les acteurs ambulatoires, et de la rendre plus efficiente grâce aux outils numériques. Lorsqu'elle est réalisée correctement, elle semble remplir ses objectifs de réduction des complications sur les phases de transition et de réduction de la iatrogénie de manière générale. En attendant de pouvoir l'étendre à l'ensemble des patients hospitalisés, il est nécessaire de la cibler sur les patients âgés, polymédiqués ou dépendants.

#### **1.4.2. Autres éléments concernant les phases de transition des patients**

Nous allons maintenant analyser rapidement les autres éléments considérés comme critiques lors des phases de transition.

##### **1.4.2.1. Le transfert des patients en provenance des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)**

C'est une phase de transition critique en raison de l'état de santé, notamment cognitif, des patients concernés. Si cette transition n'est pas correctement préparée, cela expose plus fortement au risque d'une perte d'information ou de mauvaise



transmission d'informations. Dans sa thèse, le Docteur JACQUOT étudie le transfert aux urgences des patients en provenance des EHPAD et met en avant l'importance d'un dossier de transfert complet. Dans son étude, 43% des patients ont un dossier de liaison d'urgence (DLU) standardisé, 56,3% un autre type de dossier et 0,7% n'ont aucun dossier. Les informations essentielles manquantes dans plus de 50% des cas sont les suivantes : la personne de confiance, le GIR, les médecins spécialistes, les allergies, les changements récents de traitement, la biologie de référence, les soins de confort, les directives et prescriptions anticipées et la notion de soins palliatifs. L'absence de ces trois derniers items, présents dans moins de 10% des cas, expose au risque d'acharnement thérapeutique au SAU (89).

La personne à prévenir en cas d'urgence n'est indiquée que dans 56,3% des dossiers (89). Au moment du transfert des patients, il n'y avait pas de médecin dans 73% des cas, mais il y avait une infirmière dans 71% des cas ou une aide-soignante sur place. La présence de personnel qualifié (médecin ou infirmière) au moment du transfert permet une meilleure prise de décisions et évite les hospitalisations inutiles (89).

Pour ce qui est des directives et prescriptions anticipées ainsi que de la notion de soins palliatifs, une étude, réalisée au Canada en 2018, montre qu'environ 33% des patients en fin de vie admis aux urgences n'ont pas de directives anticipées. Indépendamment de la présence de directives anticipées, parmi les patients en fin de vie se présentant aux urgences, près de 78% ont des besoins en soins palliatifs qui ne sont pas satisfaits (90).

L'étude du Docteur JACQUOT montre que même si un dossier de transfert est présent dans la majorité des cas, il reste très perfectible en raison des informations manquantes. Selon la HAS, ce DLU doit contenir un document de liaison d'urgence complet et régulièrement mis à jour, ainsi qu'une fiche de liaison d'urgence comprenant une partie à remplir par l'EHPAD et une autre par le SAU (91). Pour

conclure, les objectifs visés par la mise en place de ces documents de transfert standardisés sont de maintenir la continuité des soins lors des phases de transition et de réduire les hospitalisations inutiles, comme nous le verrons plus loin. Un dossier incomplet impacte négativement tant la qualité des soins que l'efficacité des soins.

Pour les cas de transfert aux urgences des patients en situation de fragilité, un outil numérique de coordination des soins avec une fonction dite de « brise-glace » permettant d'accéder aux données lors des situations d'urgence pourrait être un réel atout. Cela impose cependant un certain nombre de mesures pour sécuriser l'information et une justification du soignant utilisant cette fonction. Pour autant, ce type d'outil ne doit pas faire négliger le DLU à moins qu'il ne soit question d'intégrer celui-ci à l'outil en question.

Par ailleurs, la présence de messageries instantanées sécurisées dans les outils numériques de coordination des soins permet d'avoir accès et d'informer plus facilement les personnels soignants qualifiés, et donc de réduire les hospitalisations inutiles et ainsi d'améliorer la prise en charge.

#### **1.4.2.2. La lettre de liaison de sortie (LLS)**

La LLS remplace le compte-rendu d'hospitalisation depuis 2017. Elle est l'un des points clés de la transmission de l'information lors du retour à domicile des patients. Dans sa thèse, le Docteur NICOLAS-NELSON (92) a fait une étude de la qualité de celle-ci. Parmi les points d'amélioration, il y a en premier lieu la vitesse de réception. En effet, seuls 8% des médecins généralistes la reçoivent en moins de 8 jours, alors qu'ils sont 62% à désirer la recevoir dans ce délai. C'est d'autant plus problématique que parmi les médecins ayant vu leur patient la première semaine (10,4%), seuls 25% d'entre eux disposent de la LLS. À ce sujet, le décret n° 2016-995 du 20 juillet 2016 impose que la LLS soit remise au patient dès sa sortie d'hospitalisation et que sa

version complète soit ensuite transmise aux professionnels de santé le prenant en charge sous 8 jours maximum.

Un autre point d'amélioration identifié est la transmission multimodale de la LLS, afin d'augmenter les chances qu'elle parvienne avant la consultation post-sortie. L'association ayant la plus grande prévalence (18,2%) est la messagerie sécurisée, combinée à la remise en main propre par le patient, avec comme recommandation de voir le médecin traitant dans les 48h suivant la sortie d'hospitalisation. De plus, parmi les médecins interrogés, en excluant le bilan de sortie paramédical, près de 65% d'entre eux jugent la LLS trop longue. Pour la présentation du traitement habituel et de sortie, il y a une préférence pour la conciliation médicamenteuse de sortie (46%) versus la rédaction classique (35%), 18% des médecins étant favorables aux deux présentations.

Par ailleurs, cette étude met aussi en avant un manque de communication et de coopération entre médecins hospitaliers et médecins traitants, avec notamment le désir d'être informés de l'hospitalisation et de la sortie du patient si possible de manière anticipée, afin de préparer son retour à domicile (75% des médecins traitants n'étant informés ni de l'un ni de l'autre). Les médecins traitants souhaitent aussi être davantage associés au projet thérapeutique et être informés en cas de survenue de complications. Cette communication doit se faire si possible via un appel téléphonique (65,38%) ou un courrier électronique (42,31%), les autres modalités convenant à moins de 5% des médecins. Dans une optique de coordination des soins, il serait intéressant, avec l'accord du patient, que le bilan de sortie paramédical et le bilan social soient transmis aux professionnels de santé libéraux prenant en charge le patient, en plus du médecin traitant. Cela peut se faire grâce aux messageries sécurisées et être joint aux ordonnances. Pour aller plus loin, le Docteur NICOLAS-

NELSON propose également de mettre en place une « lettre de liaison pharmaceutique » à partir de la CTM (92).

Ici aussi, un outil numérique de coordination des soins a toute sa place afin d'améliorer les points discutés. La possibilité de déposer la LLS dans le dossier du patient au sein d'une application de coordination des soins la rend accessible à tous les professionnels de santé, de manière très rapide. L'existence d'une messagerie instantanée sécurisée, avec des fils de discussions individuels ou collectifs de l'équipe de prise en charge, permet de partager les informations essentielles rapidement et de façon globale (entrée, sortie d'hospitalisation par exemple). Celle-ci permet également de discuter facilement avec le médecin traitant, afin de l'inclure plus facilement dans le projet thérapeutique, sans perturber les consultations par un appel téléphonique et de garder une trace écrite des échanges, avec davantage de flexibilité qu'un courriel. En ce sens, un outil numérique de coordination des soins est un outil pertinent d'échange de l'information ; il est à la fois efficace et efficient d'un point de vue temporel.

#### **1.4.2.3. Les réhospitalisations précoces**

Les réhospitalisations précoces, c'est-à-dire sous 30 jours, sont un bon marqueur des problèmes de transition entre hôpital et ville. Cette partie se superpose partiellement avec l'analyse du maintien à domicile des personnes âgées, la plus grande partie des études de réhospitalisation précoce ayant été faite chez des personnes de plus de 65 ans. Selon une étude menée entre 2013 et 2014, les réhospitalisations précoces sont évitables dans 61% des cas (93). Il faut noter que ce chiffre ne correspond pas avec les données de la HAS qui en compte moins de 25% en s'appuyant sur une méta-analyse réalisée en 2011 (94). Dans ces études, l'âge moyen des patients varie de 74

à 82,58 ans et les principaux motifs de réhospitalisation sont les motifs cardiaques, l'accompagnement palliatif, l'infection pulmonaire et la chute.

Parmi les principaux facteurs favorisant les réhospitalisations, il faut distinguer ceux liés à la prise en charge et ceux liés à l'état des patients. Concernant ceux liés à l'état des patients, nous retrouvons la polymédication, la polypathologie, la grabatisation, la vulnérabilité et l'isolement social (95). Concernant ceux liés à la prise en charge, nous retrouvons l'erreur diagnostique, la prise en charge thérapeutique inadaptée, la sortie prématurée, la mauvaise transmission des documents de sortie et l'absence de consultation précoce (sous 7 jours) chez le médecin traitant à la sortie d'hospitalisation. Ainsi, il semble clair que les facteurs favorisants peuvent être liés directement ou indirectement à des problèmes de coordination, notamment, parmi ceux déjà cités, un défaut de la CTM et l'absence de prise en charge pluridisciplinaire. La consultation précoce chez le médecin traitant permet de diminuer le risque de réhospitalisation précoce de 12% à 24% (96). En analysant des facteurs favorisant les réhospitalisations précoces, nous remarquons que certains relèvent plus de la qualité intrinsèque des soins lors de l'hospitalisation (incluant la coordination au sein de l'établissement), alors que d'autres relèvent plutôt de la liaison entre ville et hôpital. Une des études a mis en avant que les réhospitalisations sous 7 jours concernent davantage les pathologies aiguës et donc la qualité des soins intrinsèques à l'hôpital, alors que les réhospitalisations entre le septième et le trentième jour concernent davantage les pathologies chroniques, et donc la qualité du lien entre ville et hôpital (97).

Un autre élément important permettant de réduire les réhospitalisations précoces est l'évaluation gériatrique. En effet, le score de dépistage des personnes fragiles (ISAR pour identification of senior at risk) est un bon marqueur prédictif du risque de réhospitalisation ; lorsqu'il est supérieur à 2, il impose une évaluation gériatrique (98).

Outre cette conclusion, la revue systématique de la littérature faite par C.E. Graf et al, semble aussi mettre en évidence le faible taux de dépistage aux urgences de personnes fragiles et d'évaluations gériatriques. Parmi une présélection de 134 articles sur la prise en charge de personnes âgées aux urgences, 83 articles (66%) ne parlent ni de l'un, ni de l'autre. Pourtant un dépistage à l'aide de l'échelle ISAR peut être réalisé rapidement (2 minutes), permettant ensuite de préconiser de manière ciblée des évaluations gériatriques plus longues. Ces dernières ont démontré leur efficacité en matière de « réduction du déclin fonctionnel [et] de réadmissions aux urgences » (98).

Au total, l'identification des patients fragiles, l'éducation thérapeutique et enfin l'amélioration des conditions de sortie (sortie anticipée, LLS, consultation précoce, continuité des soins, suivi téléphonique) sont les trois éléments essentiels pour réduire le risque de réhospitalisation précoce. Ils résument à eux trois les points clés proposés par la HAS afin de « réduire le risque de réhospitalisations évitables des personnes âgées » (81,99). Enfin, l'HAS préconise que la période de suivi post-hospitalisation des patients à risque passe à 90 jours après l'hospitalisation, au lieu de 30.

Comme nous avons pu le voir plus haut, une meilleure circulation de l'information grâce à un outil numérique de coordination des soins permettrait d'améliorer l'identification des patients fragiles et d'améliorer leurs conditions de sortie. L'amélioration de l'éducation thérapeutique, bien que pouvant également relever d'outils numériques spécifiques, est surtout liée au dispositif d'action de santé libérale en équipe (ASALEE).

Pour conclure cette partie, nous allons nous appuyer une nouvelle fois sur la thèse du Docteur PERNOSSI qui évalue le lien entre ville et hôpital en interrogeant des médecins généralistes. Cette évaluation donne la note la plus basse (41 et 42/100) à la sortie d'hospitalisation, principalement à cause de la mauvaise planification de celle-ci (29/100) et de l'absence de participation au projet thérapeutique (34/100). La LLS

obtient la deuxième note la plus basse (52 et 54/100), notamment à cause de l'absence d'information sur la date de sortie (39/100) et des délais de réception (48/100).

Ainsi qu'il s'agisse de la thèse du Docteur PERNOSSI ou de celle du Docteur NICOLAS-NELSON, le même constat est posé (39).

## **1.5 Problématique de la gestion des parcours de soins complexes**

### **1.5.1. Que recouvre la notion de parcours de soins complexes ?**

D'après la loi sanitaire de 2016, un parcours de soins est dit complexe lorsqu'il nécessite « l'intervention de plusieurs catégories de professionnels de santé, sociaux ou médico-sociaux » (19). Comme vu plus haut, il existe d'une part une complexification des soins avec des prises en charge de plus en plus spécialisées associées à un vieillissement de la population, entraînant de facto une augmentation du nombre de patients souffrant de polyopathologies et de handicaps. D'autre part, nous constatons une complexité sociale croissante, avec des situations de plus en plus précaires. Ces deux éléments associés aboutissent à des prises en charge pluridisciplinaires médicales, sociales et médico-sociales, nécessitant des besoins de coordination croissants.

Dans la loi sanitaire « Ma Santé pour 2022 », le Gouvernement a décidé de cibler en priorité certains parcours de soins en raison de leur impact sanitaire et économique : surpoids et obésité, ostéoporose, maladie rénale chronique de l'adulte, syndrome coronarien chronique (anciennement maladie coronarienne stable), bronchopneumopathie chronique obstructive, maladie de Parkinson, accident vasculaire cérébral, diabète (100). Il existe d'autres parcours ciblant des populations de patients, des pathologies ou des situations spécifiques, qui ont été développés ces dernières années : les personnes âgées avec le parcours de santé des personnes

âgées à risque de perte d'autonomie (PAERPA), les pathologies oncologiques avec les plans cancer, les sorties d'hospitalisation des patients identifiés comme fragiles (cf. supra), les pathologies neurodégénératives.

D'un point de vue sanitaire, si nous nous référons au rapport de l'institut national de la statistique et des études économiques (INSEE), les principales causes de décès en France en 2017 sont : les tumeurs, les maladies de l'appareil circulatoire, celles de l'appareil respiratoire et celles du système nerveux (101). D'un point de vue économique, à partir des recherches menées pour sa thèse, le Docteur THOMAS conclut que les soins complexes concernent entre 5% et 25% de la patientèle en soins primaires, alors que leur coût représente 50% à 80% des dépenses du système de santé (102).

### **1.5.2. La réalité du terrain**

Si la définition législative du parcours de soins complexe est claire, lorsque la question est posée à des médecins généralistes (103–105), il en ressort plusieurs éléments. Tout d'abord, ils sont incertains quant à la définition, la notion de complexité correspondant, pour eux, à une personne dépendante. Si certains mettent en avant des éléments médicaux avec les pathologies complexes et la polypathologie, ils sont tous d'accord pour dire « qu'un parcours de soins complexe est déterminé par une multiplicité des intervenants ». Parmi les autres éléments qu'ils rattachent au parcours de soins complexes, il y a les sollicitations en dehors de leur champ de compétence, l'entourage, qu'il soit absent ou au contraire délétère, et l'existence de problèmes sociaux. Concernant la fréquence des soins complexes, elle serait selon les médecins d'environ une fois par semaine (103,106). Par ailleurs, si la multiplicité des intervenants est l'essence même du parcours de soins complexe, elle n'est pas forcément l'unique cause des problématiques rencontrées dans ces situations



complexes. Cela peut aboutir à une différence entre la complexité objective et celle ressentie par les acteurs du terrain, cette distinction étant bien illustrée par la pyramide de gestion des maladies chroniques selon Kaiser Permanente (Illustration 3).

Afin de trouver des solutions pour la gestion de ces parcours de soins complexes, il faut donc se poser deux questions : quelles sont les principales problématiques rencontrées et quels sont les facteurs qui rendent le parcours complexe. Plusieurs travaux de thèse ont été réalisés à ces sujets. C'est le cas de celle du docteur VANGAEVEREN (106), qui aborde cela dans son questionnaire adressé à 94 professionnels travaillant dans le secteur médical ou le secteur social. Cette thèse est intéressante du fait du nombre de participants et de leur pluridisciplinarité. Dans les deux prochaines parties, nous faisons une synthèse des principales problématiques (« situations complexes ») et de leurs facteurs favorisants, tels que mis en évidence par le docteur VANGAEVEREN (106).

## Illustration 3 : Pyramide de Kaiser



Chiffres et définitions d'après la thèse de Thomas Etienne (102) et Lemardeley R. et Durieux T. (107)

### 1.5.2.1. Les principales problématiques rencontrées

L'une des questions est d'identifier les problématiques qu'ils ont rencontrées dans la gestion des situations qu'ils définissent comme complexes. Pour des raisons de lisibilité, nous ne citerons que celles qui ont été citées dans au moins 15% des situations, et donc rencontrées les plus régulièrement (106).

- Les problématiques médicales (88%) : le suivi des maladies chroniques, la polyopathie, la recherche d'un médecin traitant, l'inobservance des patients et la prise en charge des maladies rares.
- Les problématiques sociales (82 %) : les délais de prise en charge trop longs, la difficulté à identifier l'intervenant à solliciter et la méconnaissance du champ d'action sociale.
- Les problématiques concernant l'entourage des patients (80%) : l'épuisement des aidants, l'absence d'entourage, l'incompréhension de l'entourage, les problèmes de santé des aidants et l'opposition des aidants à la prise en charge.
- La précarité (76%) : la précarité financière, les logements inadaptés et le cumul de plusieurs précarités.
- Les problématiques administratives (65%) : les délais administratifs trop longs, l'excès de tâches administratives dans la pratique quotidienne et un cadre administratif trop strict.
- Les personnes âgées (65%) : l'isolement de la personne âgée, la présence de troubles cognitifs, la précarité et les difficultés pour l'institutionnalisation.
- Les patients souffrant de pathologies psychiatriques (63%) : le refus de soins, les difficultés d'orientation des patients et le problème des prises en charge psychogériatriques.

- Le manque de médecins disponibles (62%) : le manque de médecins généralistes (plus de 63% des cas) et des autres spécialités (citées tout au plus dans 5% des cas).
- La relation ville-hôpital (61%) : les sorties d'hôpital, le manque de communication (notamment l'absence de courrier ou l'impossibilité à joindre les médecins hospitaliers), le manque de connaissance des rôles de chacun et les difficultés d'admissions.
- Le champ du handicap (53%) : la difficulté à trouver les bonnes aides, l'association avec des troubles cognitifs et la difficulté d'organisation des soins.
- Le manque de moyen de transport (49%) : le manque de moyen de transport personnel (des patients), le coût et les communes mal desservies.
- La relation patient/soignant (44%) : accorder les souhaits du patient et ceux du soignant et s'adapter au rythme du patient.
- L'accompagnement en fin de vie (37%) : les difficultés pour solliciter les équipes et services de soins palliatifs.
- Les problèmes de maltraitance (34%) : les difficultés à repérer les situations de maltraitance et le manque de communication entre les différents services impliqués.
- La présence d'une majoration de la complexité lors du recours aux réseaux (33%) : la méconnaissance des différents réseaux, le manque de communication entre les réseaux et la présence de trop d'interlocuteurs différents.
- Les problèmes de hiérarchisation (20%) : l'intrication des différents champs, l'existence de situations semi-urgentes, les difficultés à prioriser les actions selon les attentes, le manque de formation et de communication et la méconnaissance des différents intervenants.

### **1.5.2.2. Les principaux facteurs rendant la situation complexe**

Toujours selon la thèse du Docteur VANGAEVEREN (106), les facteurs favorisant la complexité sont les délais de réactivité trop longs (83%), la difficulté à trouver le correspondant adéquat (81%), le manque de communication entre les différents acteurs (78%), la difficulté à coordonner les différents acteurs (74%), le manque de temps pour prévenir ces situations (72%), la nécessité de faire appel à des champs en-dehors de notre sphère de compétence (70%), le refus de prise en charge par le patient (64%), l'absence de considération du caractère prioritaire des soins par le patient (62%), le nombre insuffisant de passages à domicile (59%) et la difficulté à faire intervenir des professionnels dans un EHPAD (55%). Ces facteurs favorisant peuvent bien sûr se cumuler, ce qui majore la complexité et expose à plus de problématiques.

### **1.5.2.3. Un constat partagé**

Les autres thèses réalisées à ce sujet (103–105,108) partagent le même constat. Certaines problématiques ne sont pas directement citées dans le travail du Docteur VANGAEVEREN, même si elles y apparaissent en filigrane. Il y a tout d'abord le manque de temps, thématique récurrente et prépondérante (103–105). Il s'agit d'ailleurs d'une des principales raisons poussant les médecins à faire appel à une structure d'appui à la coordination, afin de « diminuer la tâche administrative de leur activité et de déléguer une part de la coordination qui leur est attribuée, sans pour autant la délaissier totalement » (103). Il y a également la présence de troubles addictifs qui s'entremêlent aux troubles psychiatriques (103–105,108). Les situations impliquant les enfants sont aussi régulièrement citées, en raison de leur dépendance à un tiers ou de la présence de troubles du développement et psychiatriques (103–

105). Enfin, le maintien à domicile difficile est cité (108) : il est surtout la conséquence des autres problématiques et fera l'objet d'une partie entière distincte.

#### **1.5.2.4. Classification par champ d'implication**

Pour résumer simplement l'ensemble des problématiques et facteurs favorisant nous pouvons raisonner par champ d'implications dans les parcours de soins complexes.

- Le champ médical avec les polyopathologies, les pathologies complexes, rares ou cognitives, le handicap, la dépendance (pathologique ou liée à l'âge), les troubles psychiatriques et les soins palliatifs.
- Le champ social avec sa méconnaissance par les acteurs sanitaires (problèmes d'identification des acteurs et des bonnes aides), les délais excessifs de prise en charge et la précarité.
- Le champ administratif par l'excès de ses tâches, sa rigidité et son manque de réactivité.
- Le champ du patient avec l'inobservance, le refus de soins et l'inadéquation entre les souhaits et le rythme du patient et ceux des soignants.
- Le champ de l'entourage avec l'isolement des patients et les effets délétères qui peuvent être bidirectionnels (maltraitance des uns, épuisement des autres...).
- Le champ de la transition avec les difficultés de maintien à domicile, les erreurs lors des phases de transition, les difficultés d'admission et les problèmes de transport.
- Le champ des acteurs avec les problèmes démographiques, l'épuisement et la sensation de courir toujours après le temps.

- Le champ de la coordination avec le manque de connaissances des différents acteurs, les difficultés d'échanges entre les différents acteurs et l'insuffisance des supports existants.

Cette classification ni exhaustive ni parfaite, avec notamment le chevauchement entre les différents champs, résume et clarifie le diagnostic de situation, permettant ainsi d'identifier plus facilement les bonnes solutions.

Si l'ensemble de ces problématiques et de ces facteurs favorisant la complexité ne peut être amélioré par un outil numérique de coordination des soins (par exemple les problèmes de démographie ou les caractéristiques intrinsèques des patients), il en existe tout de même un certain nombre qui le permet.

Avant de les étudier, il semble important d'évoquer deux éléments : l'importance de la prévention, abordée dans la prochaine partie, et le rôle central de tronc commun de formation initiale, afin d'appréhender au mieux le travail des autres professionnels, et donc de faciliter le travail en équipe. C'est d'ailleurs ce que propose le Gouvernement dans la loi « Ma Santé pour 2022 ». Aux vues des difficultés identifiées, des rencontres, ainsi qu'une initiation dans le champ du social, semblent nécessaires, notamment pour les internes en médecine générale.

### **1.5.3. Apports possibles d'un outil numérique de coordination pour les soins complexes**

La dernière partie du questionnaire de thèse du Docteur VANGAEVEREN (106) demande aux professionnels de se prononcer sur les missions qu'ils souhaitent que la PTA accomplisse. Plusieurs des missions citées relèvent d'un outil de coordination des soins. Tout d'abord, l'amélioration des relations (96%), du travail en commun (95%) et de la coordination (97%), grâce au partage de l'information avec un dossier patient de coordination et avec une messagerie instantanée favorisant également

l'accessibilité. Il y a également l'amélioration du parcours de santé en le fluidifiant (94%) et en améliorant l'orientation (95%), grâce à un annuaire territorial partagé des acteurs du parcours (94%) et à un agenda numérique partagé des rendez-vous des patients. De plus, un outil numérique de coordination permet également d'améliorer le lien ville-hôpital (95%), en incluant les acteurs hospitaliers pour faciliter la communication et le transfert d'information, mais également pour gérer les situations d'urgences (cf. supra). Enfin, en plus de faciliter et sécuriser la communication et le transfert d'information, l'objectif d'un outil numérique est de faire gagner du temps (91%) aux professionnels en colligeant et simplifiant le partage de l'information, tout en étant accessible en permanence. Certains travaux de thèse (103,105) abordent d'ailleurs l'utilisation d'un outil informatique et proposent une solution supplémentaire qui nous semble intéressante : « l'utilisation de logiciels communs entre professionnels médicaux et paramédicaux ». Si le monde libéral ne semble pas être compatible avec ce type de contrainte, la notion de compatibilité interlogicielle semble faire son chemin. Elle est même imposée par la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) dans certains cas pour bénéficier du forfait structure.

#### **1.5.4. Les dispositifs d'appui à la coordination (DAC)**

Pour conclure cette partie sur les parcours de soins complexes, il nous semble important de mentionner un élément mis en avant par l'ensemble des travaux de thèses sur le sujet et qui semble avoir été pris en compte par les récentes lois sanitaires. Les acteurs du terrain souhaitent qu'il y ait un regroupement des différentes structures et services d'appuis à la coordination, avec un guichet et un numéro unique. Plusieurs tentatives ont été faites au fil des dernières années, avec un regroupement plus ou moins important des dispositifs de coordination. Pourtant les différents constats, y compris celui des pouvoirs publics (109), montre que cette organisation reste « peu lisible ». Pour répondre à ce problème les pouvoirs publics ont mis en

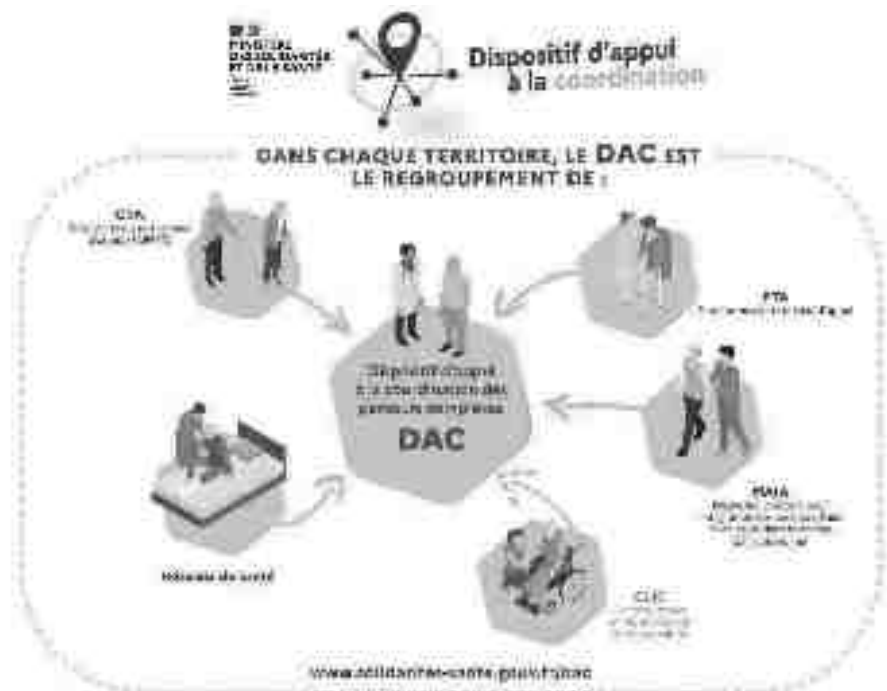


place, récemment, les DAC afin de tenter de répondre à cette demande de simplification et de regroupement. Ils ont vocation à fusionner l'ensemble des dispositifs existants (Illustration 4) : les PTA, les CTA, les réseaux de santé, les MAIA, les PAERPA, voire les CLIC. L'ensemble de ces structures sont décrites dans la partie Glossaire.

Du fait de ce mécanisme de regroupement, les DAC servent d'appui aux professionnels, quel que soit leur secteur d'activité, pour l'ensemble des situations complexes rencontrées, indépendamment de l'âge du patient, du type de pathologie ou du degré de complexité des situations. Ces DAC sont également un guichet unique pour répondre aux besoins des patients et de leur aidant surtout lorsqu'elles intègrent un CLIC préexistant (109). Ainsi, elles ont un objectif triple : « assurer la réponse globale aux demandes d'appui des professionnels pour les parcours de santé complexes », « contribuer de façon coordonnée à la réponse aux besoins des personnes » et « participer à la coordination territoriale au service de la structuration des parcours de santé » (110).

Pour répondre à ces objectifs, les DAC fournissent aux professionnels, aux patients et à leurs aidants une information sur les ressources territoriales disponibles, un support dans l'organisation des parcours complexes et une aide à la coordination dans les situations les plus complexes, mais aussi du soutien, une écoute... Spécifiquement pour les patients et leurs aidants, elles facilitent, après une évaluation initiale, les interactions avec les différents professionnels de santé du territoire en initiant l'orientation, le premier contact et le suivi. Elles favorisent également le maintien à domicile par l'accès à certaines aides. Enfin, elles participent à l'élaboration du plan personnalisé de santé (PPS) (Illustration 5) (109).

### Illustration 4 : Le Dispositif d'Appui à la Coordination un regroupement des dispositifs existants



D'après le Ministère de la santé et de la prévention (<https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/structures-de-soins/les-dispositifs-d-appui-a-la-coordination-dac/article/tout-comprendre-des-dispositifs-d-appui-a-la-coordination>)

### Illustration 5 : Le Dispositif d'Appui à la Coordination un interlocuteur unique



D'après le Ministère de la santé et de la prévention (<https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/structures-de-soins/les-dispositifs-d-appui-a-la-coordination-dac/article/tout-comprendre-des-dispositifs-d-appui-a-la-coordination>)

## **1.6. Insuffisance des politiques de prévention au niveau territorial**

### **1.6.1. La prévention**

Ces dernières années, les politiques de prévention se sont multipliées. Réalisées correctement, elles permettent de répondre efficacement à des enjeux de santé publique. Cependant, leur effet est souvent décalé dans le temps et leur maintien s'avère nécessaire. Un exemple parlant est la recrudescence transitoire des cas de rougeole liée à une baisse de la couverture vaccinale (111). De plus, lorsqu'elles imposent de changer notre mode de vie (pollution atmosphérique, alimentation...), elles nécessitent un investissement considérable en matière d'éducation. Enfin se pose la question du nombre de messages de prévention que peut intégrer et appliquer la population sur une période donnée. L'idée derrière ces différents constats n'est pas de se soustraire à la prévention, mais plutôt de la cibler plus efficacement, d'où la notion de territorialité. En effet, dans la loi « Ma Santé pour 2022 », le constat posé par le Gouvernement est que nous manquons de politiques de prévention territoriales. Le mot territorial a ici toute son importance, une politique territoriale étant souvent mieux ciblée et acceptée par la population, d'autant plus si elle est réalisée par des acteurs connus des patients (médecin traitant, pharmacien, infirmière...).

Afin d'introduire la portée sanitaire et économique de la prévention, nous pouvons reprendre deux citations. La première est de Patrick Louis RICHARD : « la prévention est une sage précaution qui préserve de l'incertitude de la guérison » (112). La seconde est de Nanaka AKASSIMANDOU : « si vous trouvez la prévention trop chère, attendez de connaître le prix des traitements des maladies » (112). Selon le discours de politique générale de la Première Ministre Elisabeth BORNE, la meilleure solution

pour améliorer la santé des Français, c'est la prévention : « prévenir les maladies, c'est agir sur la qualité de l'air, sur l'habitat, sur les conditions de vie » (113).

D'après la HAS (114), « la prévention consiste à éviter l'apparition, le développement ou l'aggravation de maladies ou d'incapacités ». Nous identifions ici trois degrés distincts : la prévention primaire qui intervient avant l'apparition de la maladie, par exemple grâce à la vaccination ou en agissant sur les facteurs de risque, la prévention secondaire qui intervient au stade initial d'évolution de la maladie, par exemple grâce au dépistage, et la prévention tertiaire qui vise à limiter les complications et les récurrences.

### **1.6.2. Littérature universitaire et politiques de prévention**

Dans la littérature universitaire, il y a de nombreuses publications sur la prévention, mais elles ont tendance à être ciblées sur une thématique et ne font pas un état des lieux général de la prévention. Cet état des lieux a été réalisé récemment par la Cour des comptes comme nous allons le voir plus loin. Il est intéressant de vérifier si les sujets abordés dans la littérature universitaire coïncident avec la politique de santé publique en matière de prévention pour deux raisons : tout d'abord, ces travaux ont tendance à se baser sur des enquêtes locales, dont nous manquons, et s'ancrent donc à la réalité du terrain. Par ailleurs, ils s'appuient souvent sur les acteurs du système de santé, ce qui permet de mieux intégrer la prévention dans leur pratique courante.

Dans cette optique, nous avons réalisé une recherche sur la base de données du Dépôt Universitaire de Mémoires Après Soutenance (DUMAS) en utilisant la mesh « état des lieux et prévention ». Cette recherche aboutit à 316 résultats. Voici une liste des thématiques les plus citées sachant qu'un même article peut introduire une entrée dans plusieurs thématiques et que chaque sous-thématique peut se retrouver dans plusieurs thématiques génériques :

- La prévention gynéco-obstétricale, retrouvée à 76 reprises, avec comme sous-thématiques prédominantes les risques toxiques et infectieux pendant la grossesse, les pathologies périnéales, la contraception et l'allo-immunisation maternelle fœtale.
- La prévention autour des enfants, retrouvée à 68 reprises, avec comme sous-thématiques prédominantes les troubles du langage et de l'oralité, la mort subite du nourrisson, la souffrance psychique et le risque suicidaire chez l'adolescent, le surpoids et l'obésité, la sexualité et la contraception, l'exposition aux écrans et le syndrome du bébé secoué.
- La prévention des pathologies infectieuses, retrouvée à 54 reprises, avec comme sous-thématiques prédominantes les maladies sexuellement transmissibles (principalement le virus de l'immunodéficience humaine), la vaccination, l'antibiorésistance, les infections nosocomiales et la maladie à coronavirus 19 (COVID-19).
- La prévention cardiovasculaire, retrouvée à 42 reprises, avec comme sous-thématiques prédominantes le surpoids et l'obésité, le tabagisme, la sédentarité et le diabète.
- La prévention concernant l'exposition aux toxiques (volontaire ou involontaire), retrouvée à 36 reprises, avec comme sous-thématique prédominante la consommation d'alcool et de tabac.
- La prévention autour des médicaments, retrouvée à 27 reprises, avec comme sous-thématiques prédominantes les effets indésirables des médicaments, l'antibiorésistance et la conciliation médicamenteuse.
- La prévention des pathologies psychiatriques, retrouvée à 23 reprises, avec comme sous-thématiques prédominantes la souffrance psychologique et le risque suicidaire.

- La prévention autour des personnes âgées, retrouvée à 13 reprises, avec comme sous-thématique prédominante les chutes.
- Les préventions des cancers, des pathologies musculosquelettiques et des pathologies dentaires, retrouvées à 8 reprises.
- La prévention des risques professionnels, retrouvée à 7 reprises.

Pour analyser ces données, il faut prendre en compte les éventuels biais et brèches. Tout d'abord la surreprésentation des pathologies gynéco-obstétricales, au croisement de plusieurs professions : médecin, sage-femme, masseur-kinésithérapeute... Il y a ensuite la sous-représentation des pathologies oncologiques. Celle-ci reste cependant relative, car d'une part les sous-thématiques du tabac, de l'alcool, de la vaccination, du surpoids, de la sédentarité et des pathologies professionnelles sont liées en partie à la prévention oncologique, et d'autre part il faut prendre en considération la non-inclusion du mot « dépistage », ce qui réduit fortement le périmètre des travaux sur la prévention oncologique. À titre d'exemple, la mesh « dépistage et cancer » permet de retrouver à elle seule 259 occurrences. Enfin, nous trouvons assez peu de travaux sur l'impact de la qualité de l'air ou sur l'impact des additifs et des conservateurs, ces éléments étant pourtant à l'origine de décès et handicaps. Une fois ces points pris en compte, le reste des résultats montre une bonne adéquation entre les travaux universitaires et les politiques de santé publique en matière de prévention. La place de l'enfant y est essentielle, car c'est là que la prévention est la plus efficace. C'est également en partie grâce à la prévention que les maladies infectieuses ne sont plus l'une des principales causes de mortalité en France. La pandémie de COVID-19 est à ce sujet un bon exemple de l'impact de ces maladies infectieuses et du rôle essentiel de la prévention qu'il s'agisse de la vaccination, des gestes barrières ou des confinements.

### **1.6.3. Rapport de la Cour des comptes (2021) (115)**

Maintenant que nous avons vu qu'il existe une relativement bonne superposition entre les travaux universitaires et les politiques de santé publique en matière de prévention, nous allons étudier le rapport de la Cour des comptes, publié en novembre 2021 (115). Ce rapport base son analyse sur un état des lieux de la prévention fait pour trois grandes familles de pathologies : les cancers, les maladies neuro-cardiovasculaires et le diabète. Il y est tout d'abord fait le bilan de la prévention, puis des limites persistantes et enfin des solutions proposées. Les parties qui suivent en sont une synthèse.

#### **1.6.3.1. Bilan de la prévention et ses limites**

L'évaluation de la politique de prévention est faite sur ces trois familles de pathologies, en raison de leur impact sanitaire (plus de 3 millions de malades chacune) et économique (un quart des dépenses annuelles de l'Assurance Maladie), mais également, parce qu'elles disposent de mesures de prévention clairement identifiées et protocolisées. Il faut retenir du bilan effectué que les « résultats [sont] médiocres malgré un effort financier comparable à celui des pays voisins ». Les dépenses de prévention sont de 15 milliards d'euros par an, soit environ 7,5% des dépenses de santé annuelles et 0,63% du produit intérieur brut (PIB), ce qui est proche de l'investissement des États-Unis, de l'Allemagne ou du Royaume-Uni dans ce domaine. Pourtant, l'efficacité est plus faible que dans ces pays et les objectifs ne sont pas atteints.

La pertinence des programmes de prévention n'est pas à remettre en question, mais l'adhésion et le déploiement sont largement insuffisants. Ce constat est global qu'il s'agisse de la prévention primaire et secondaire, avec des insuffisances concernant la vaccination anti-HPV, le dépistage des cancers, le diagnostic du diabète de type 2, le diagnostic d'éthylisme chronique et l'aide au sevrage tabagique, ou de la prévention

tertiaire, avec le programme d'accompagnement du retour à domicile (PRADO) ou le service d'accompagnement des malades chroniques de l'Assurance Maladie pour l'asthme et le diabète (SOPHIA) qui ne touchent respectivement que 1,2% et 30% de leurs cibles.

La Cour des comptes identifie des limites à la pertinence et à l'utilité de la politique de prévention, tant sur sa « déclinaison [...] au niveau national et local et [que sur] l'organisation des soins primaires ». Suite à la loi de modernisation du système de santé de 2016, une « stratégie nationale de santé » (SNS) a été mise en place avec des objectifs resserrés (50 versus 100) comparativement à la précédente stratégie datant de 2011. Son évaluation est sous la dépendance de la DREES. Cette stratégie est à la fois pertinente et progressiste en raison des axes choisis et de son approche globale. Elle aboutit au « Plan National de santé Publique - Priorité Prévention » (PNSP) avec 25 mesures phares ciblant des priorités de santé publique. Cependant, cette SNS présente des limites. Tout d'abord, il n'existe pas d'évaluation globale de ce PNSP, celle-ci dépendant de l'évaluation des autres plans, avec un manque de cohérence sur les indicateurs et la temporalité. Ce n'est pas le cas dans les pays voisins, plus efficaces en matière de prévention. De plus, il n'existe pas de coordination entre ce PNSP et les autres plans déjà existants, entraînant un manque d'efficacité et d'efficience. Enfin, ce PNSP manque d'organisation dans son déploiement au niveau national et ne prévoit pas de déploiement concret au niveau territorial. Cela témoigne d'une incohérence avec le rôle essentiel des ARS dans la prévention. Le constat du Gouvernement en 2017 est d'ailleurs le même que celui de la Cour des comptes en 2021, si ce n'est que le Gouvernement estime que nous manquons de politiques de prévention au niveau territorial, alors que pour la Cour des comptes les politiques de prévention nationales sont mal déployées au niveau territorial. La Cour des comptes fait une analyse approfondie de ce sujet.



La « déclinaison [...] territoriale » de la stratégie de prévention nécessite la mise en place d'objectifs régionaux de prévention. Ceux-ci se situent quelque part au croisement des plans nationaux et de la réalité du terrain qui varie fortement entre les différents territoires. Or, l'une des limites qu'identifie la Cour des comptes est que ces données territoriales sont très souvent manquantes. Les ARS ont du mal à organiser la prévention au niveau territorial, notamment car il existe une dichotomie entre leurs missions et leurs moyens d'action. La majeure partie des leviers de régulation des professionnels de santé sont en effet nationaux. La réorganisation sous forme de grandes régions n'a fait que complexifier encore la situation. Par ailleurs, les actions d'information en matière de prévention sont réalisées par des instances régionales, voire nationales, ce qui augmente le risque d'échec au niveau local, notamment par manque de pertinence. Enfin, les dépistages organisés sont complexes à mettre en place et ont de faibles taux de participation. Leur action nécessite la mise en place d'une filière professionnalisante. Ces différents éléments plaident en faveur d'évaluations, puis de réformes en profondeur.

Finalement, la Cour des comptes identifie une limite concernant « l'organisation [...] et le mode de rémunération [...] des soins primaires ». D'après elle, l'exercice isolé et le paiement à l'acte desserviraient une approche préventive de la médecine dans notre système de santé, la rémunération sur objectif de santé publique (ROSP) ayant pour enjeu de corriger cela. Cependant, son influence économique est encore trop limitée et elle cible aussi d'autres objectifs, ce qui dilue la place de la prévention. De nouvelles modalités d'exercices, qui s'appuient notamment sur plus de coordination, ont une influence positive sur le développement de la prévention. À titre d'exemple, il y a les CPTS et les MSP. D'autres expérimentations, impliquant les pharmaciens ou des rémunérations forfaitaires, sont en cours de déploiement ou à l'étude. Au-delà de ces éléments, une meilleure étude territoriale est nécessaire pour mieux cibler non

seulement les thématiques de la prévention, mais également le public, une prévention ciblant les populations les plus précaires permettant de réduire la distribution des inégalités sociales. Concernant l'organisation des soins primaires, la médecine du travail, qui pèse pourtant pour 30% des dépenses en matière de prévention, participe à peine à l'action de prévention globale et systématique. Ce point serait amélioré avec un meilleur partage de l'information grâce à l'espace numérique en santé intitulé Mon Espace Santé (intégrant dans ses fonctions le DMP). Enfin, comme nous l'avons vu plus haut, la Cour des comptes constate un réel cloisonnement entre les équipes de soins primaires et les établissements de santé. Ces derniers ont pourtant un rôle important en matière de prévention, directement grâce à leur action de soins primaires (urgences, centre de santé...), par des consultations externes dédiées à la prévention (vaccination, éducation thérapeutique...) ou encore lors de courts séjours dans certaines circonstances (sevrages complexes), mais aussi indirectement à travers notamment la recherche et la formation. Le manque de communication entre la ville et les établissements de santé impacte donc négativement la prévention. De plus, comme c'est le cas pour la médecine de ville, les financements de leurs missions de prévention « sont souvent mal définis, précaires, disparates et inadaptés ».

#### **1.6.3.2. Pistes d'amélioration proposées**

La Cour des comptes propose quatre axes d'amélioration. Le premier axe a pour objectif de « renforcer globalement l'efficacité de la politique de prévention et sa déclinaison opérationnelle ». Pour cela, elle propose quatre cibles : le contenu des plans de prévention, la déclinaison territoriale de la prévention, la prévention médicalisée et les actions de promotions de la santé. Elle propose également de mettre en place une évaluation de la politique de prévention, en particulier de l'efficacité de celle-ci, organisée par région et par catégorie de prévention. Il s'agit tout d'abord de coordonner les plans de prévention correctement entre eux, d'y associer

des indicateurs chiffrés de suivi, des objectifs communs et de mieux organiser leur déploiement. La Cour des comptes propose d'appuyer la déclinaison territoriale grâce à une coordination et une gestion de la prévention au niveau départemental. Une conférence départementale des politiques de prévention dirigée par l'ARS et réunissant tous les acteurs du terrain permettrait d'organiser cela. La coordination entre le niveau national et le niveau territorial se développerait ensuite autour d'un référentiel national de la prévention, dont le contenu pourrait être adapté, appliqué et rétrocontrôlé selon les évaluations locales issues du terrain. La prévention médicalisée et les actions de promotion de la santé, enfin, pourraient voir leurs taux de participation s'améliorer en les simplifiant et en les mettant à jour, grâce à un travail commun de la CNAM et de l'institut national du cancer (INCA).

Le deuxième axe a pour objectif de « lutter résolument contre les facteurs de risques ». La Cour des comptes reprend à ce sujet les trois principaux facteurs de risques, l'alcool, le tabac et l'obésité, pour lesquels elle avait émis des recommandations en 2011 et qui n'ont été que partiellement appliquées. Cet axe ne relevant pas de la coordination des soins dans le rapport de la Cour des comptes, il ne sera pas développé ici.

Le troisième axe a pour objectif de « transformer les approches de prévention dans les pratiques professionnelles [en les augmentant et les systématisant] ». Il va s'agir ici d'augmenter l'exposition des Français aux messages de prévention afin d'améliorer le taux d'adhésion. Pour cela, la Cour des comptes propose de s'appuyer sur le médecin généraliste, d'augmenter le nombre de professionnels ayant des missions de prévention et de mieux organiser le message de prévention transmis. La Cour des comptes constate un défaut de formation, de sensibilisation et d'incitation des médecins généralistes en matière de prévention, ainsi qu'un manque d'information des patients qui consultent quasi exclusivement les médecins généralistes pour des

raisons curatives. Afin de remédier à cela, en plus d'actions sur la formation (cf infra), elle propose d'augmenter la part de rémunération sur les ROSP en privilégiant notamment la prévention. En complément, elle propose d'augmenter le nombre d'acteurs de la prévention en s'appuyant plus sur les médecins du travail, sur les professionnels paramédicaux et par la création de la fonction d'assistants médicaux, afin de soutenir les médecins généralistes dans leur mission de prévention. Cependant, ce changement de paradigme impose de « renforcer la formation initiale et continue à la santé publique et à la prévention ». Enfin, la Cour des comptes reprend le constat du Haut Conseil de la Santé Publique datant de 2009 sur l'absence d'efficience d'une consultation périodique dédiée à la prévention. Elle propose en alternative que les CHU travaillent sur un référentiel récapitulant les actions de prévention à proposer au patient, en fonction de son profil et tout au long de sa vie. Ce référentiel doit être réactualisé chaque année selon les données épidémiologiques et être utilisé après une adaptation aux données locales. Il doit bénéficier d'une promotion auprès des acteurs de santé et du public.

Finalement, le quatrième axe a pour objectif d'utiliser les données de santé pour faire évoluer la pratique des politiques de prévention et favoriser leur évaluation, cela en s'appuyant sur des outils numériques. D'un point de vue législatif, cela pourra passer par une actualisation de la feuille de route « Accélérer le virage numérique en santé ». Les outils numériques peuvent permettre d'augmenter le volume de données sanitaires recueillies et les hiérarchiser en les organisant sous forme de bases de données. Ce dispositif peut ainsi permettre de mieux définir les besoins territoriaux, en obtenant une représentation infradépartementale. Il s'agit donc d'une collecte et d'un tri des données sanitaires devant permettre d'adapter et de mieux cibler la stratégie de prévention à la réalité du terrain. En plus de mieux cibler l'action de prévention, les outils numériques permettent également de mieux cibler le public

de cette action : c'est-à-dire de mettre en place la bonne prévention pour le bon patient, en personnalisant celle-ci en fonction des risques individuels grâce à un meilleur [recueil, chainage et appariement] de l'information. Les outils numériques peuvent également permettre d'améliorer le taux de participation aux actions de prévention en facilitant leur diffusion dans la population. Nous constatons que la pandémie de COVID-19 a permis de réelles avancées, tant sur le recueil et l'organisation de la donnée sanitaire, que sur la diffusion des actions de prévention au grand public. Cependant, d'autres travaux sont nécessaires en matière de recherche et d'évaluation en santé publique, une stratégie devant être mise en place par le Comité interministériel pour la santé (CIS). Il faudra rester vigilant sur la sécurisation et l'utilisation de ces données, ainsi que sur la faisabilité d'un tel projet, un débat public pouvant s'avérer nécessaire sur cette thématique sensible. Lorsqu'ils sont utilisés dans l'automesure de paramètres de santé, les outils numériques peuvent permettre de sensibiliser les patients, tout en sécurisant et améliorant le recueil des données de santé.

Avant d'identifier la place éventuelle des outils numériques de coordination des soins dans la politique de prévention, il est nécessaire de s'interroger vis-à-vis du rapport de la Cour des comptes et notamment en ce qui concerne les ROSP. Au-delà du défaut de prévention, la remise en question de la qualité des soins dans leur globalité semble assez évidente. Or, si la tarification à l'acte risque de se faire au détriment de la qualité des soins, les ROSP ne semblent pas être pour autant la solution. Tout d'abord, un nombre important de médecins libéraux y semblent opposés (116,117). Également, comme le signale la Cour des comptes, son fonctionnement nécessite d'augmenter significativement la part de rémunération qui y est liée, cela s'apparentant alors à du salariat déguisé. L'autre solution serait de basculer le modèle de soins ambulatoires de manière exclusive sur le principe du salariat, avec

des objectifs de qualité des soins, et donc de prévention, clairement définis. La généralisation de ce système à tous les médecins de premier recours ne semble pas viable. En effet, cela aggraverait le problème d'accès aux soins déjà majeur : un médecin salarié travaillant 39 heures ne pouvant a priori pas prendre en charge autant de patients qu'un médecin libéral. Surtout, le coût des médecins salariés pour les collectivités serait alors bien plus élevé (118). Ainsi, cette équation, aggravée par le manque de professionnels de santé, est complexe. Outre les outils numériques, la réduction des tâches administratives et le développement de la profession d'assistants médicaux, un changement de paradigme est peut-être à explorer pour maintenir, voire améliorer, la qualité et l'accès des soins. Il s'agirait par exemple de basculer d'un modèle de tarification à l'acte à un modèle de tarification au temps passé et selon le type de soins, sous couvert d'une régulation selon des critères de qualité et de durée moyenne de prise en charge. Cela permettrait à la fois de conserver un modèle libéral, tout en incitant à plus de qualité dans les soins. Ce modèle est d'ailleurs expérimenté pour les infirmiers diplômés d'état (IDE) dans le projet « Équilibres » (119), dont nous parlerons dans la partie sur le maintien à domicile et qui est en place dans certains pays de l'OCDE.

Concernant la place d'un outil numérique de coordination, elle n'est pas directement mise en avant dans ce rapport qui cible la coordination d'un côté et les outils numériques de l'autre. En effet, comme nous le verrons dans le rapport du Sénat sur le numérique pendant la pandémie de COVID-19, ces outils, pour peu qu'ils soient utilisés correctement, peuvent être d'une très grande efficacité. Cependant, dans un objectif d'améliorer la prévention, il existe tout de même une place pour les outils numériques de coordination, il s'agit d'une stratégie bien connue du monde marketing : la stratégie d'exposition. Ainsi, à l'échelle d'un individu, la probabilité de le faire adhérer à une politique de prévention augmentera proportionnellement à son

exposition à cette politique. Or, un outil numérique de coordination des soins aurait tout à fait vocation à contenir des fiches de prévention ciblées selon la pathologie des patients (comme cela a d'ailleurs été proposé dans l'outil que nous avons développé cf. infra). Ainsi, chaque professionnel intervenant au domicile aurait un rappel supplémentaire pour réaliser de la prévention et à chaque fois qu'il le ferait il pourrait en informer les autres professionnels favorisant ainsi la mise en place d'un « cercle vertueux » de prévention. Cet outil pouvant en plus avoir une fonction d'alerte (comme un dossier médical) lorsque des actions de prévention ciblées sont nécessaires à date régulière (surveillance du diabète, suivi de coloscopie...).

## **1.7. Politique de maintien à domicile insuffisante et inadaptée**

### **1.7.1. Généralités**

Le maintien à domicile est aujourd'hui un enjeu de société majeur, sur lequel la coordination des soins et les outils numériques de coordination des soins ont un rôle capital.

#### **1.7.1.1. Le maintien à domicile : un problème sanitaire, social et économique**

La problématique du maintien à domicile concerne des patients relevant de parcours de santé complexes. Il s'agit avant tout de patients âgés, fragiles, souffrant de polyopathologies ou de pathologies complexes, avec une nette prédominance de patients en perte d'autonomie en raison de leur âge, d'un handicap ou d'une démence, mais également de patients en fin de vie dans le cadre de soins palliatifs. L'insuffisance de notre système dans sa capacité à maintenir les patients à leur domicile pose un problème sanitaire et économique, car les allers-retours aux urgences, ainsi que les hospitalisations non justifiées sont à la fois coûteux et délétères. C'est également un

problème social, car nous nous trouvons confrontés à l'impossibilité de respecter le souhait du patient et de ses proches. Selon le baromètre de la DREES de 2017, « deux tiers des Français ne trouvent pas envisageable de vivre eux-mêmes dans un établissement pour personnes âgées à l'avenir » et « moins d'un sur cinq placerait son parent dépendant dans une institution spécialisée » (120). Ce souhait n'est pas récent et justifie le fait que depuis 2005 les politiques publiques ont plus investi dans le maintien à domicile que pour les institutions. Cependant, ce choix n'a fait qu'accroître l'écart entre les deux types de prises en charge, et donc le rejet des Français face à l'institutionnalisation. Cette question du souhait se retrouve très bien dans la thèse du Docteur CARRERE (121) qui « interroge ainsi la justice sociale du recours ou du non-recours à l'institution : s'agit-il d'une véritable décision individuelle ou d'un choix contraint par des ressources économiques, culturelles, matérielles (aides techniques et aménagements du logement) ou humaines (aide informelle, aide formelle) insuffisantes ou inadaptées aux besoins spécifiques de prise en charge pour rester à domicile ou pour entrer en institution ? »

#### **1.7.1.2. La notion de perte d'autonomie**

Avant d'aborder les problématiques existantes du maintien à domicile, il est important d'aborder quelques notions en matière de perte d'autonomie, première cause d'institutionnalisation. En premier lieu, il faut distinguer la notion de perte d'autonomie et de dépendance. La population en perte d'autonomie englobe à la fois la population dépendante et la population dite en voie de dépendance, c'est-à-dire celle dont les fonctions déclinent, mais qui reste autonome pour les activités de la vie quotidienne. D'après l'INSEE (122), en 2015, le taux de seniors de 60 ans et plus en perte d'autonomie est de « 15,3% » soit « 2,5 millions de seniors ». D'après le ministère de la Santé et de la Prévention (123), si seulement 8% des personnes de plus de 60 ans sont dépendantes, à 85 ans le taux de dépendance est de 20% avec un âge moyen



de perte d'autonomie de 83 ans. Une étude réalisée par l'INSEE en 2016 (124) montre qu'avant 80 ans le taux d'institutionnalisation est inférieur à 5%. Puis il s'élève entre 7 et 12% à 85 ans et entre 15 et 25% à 90 ans selon le sexe, avec une dépendance toujours plus marquée chez les femmes. Cette institutionnalisation est essentiellement à mettre en relation avec une situation de dépendance. En institution, le pourcentage de groupe isoressources (GIR) 1 ou 2 est compris entre 53% et 61% selon l'âge, alors qu'à domicile le pourcentage de GIR 1 ou 2 est compris entre 14% et 29% selon l'âge. Ce pourcentage s'élève à 38% si nous ne prenons en compte que les patients pris en charge par un service de soins infirmiers à domicile (SSIAD). Les chiffres avancés par l'INSEE et le ministère de la Santé et de la Prévention sont cohérents et montrent bien qu'il existe le plus souvent une évolution progressive vers la dépendance, avec une volonté de maintien à domicile des aînés, y compris en situation de dépendance. En 2010, le coût pour l'État de l'autonomie s'élevait à « 24 milliards d'euros » (123). Cette problématique du maintien de l'autonomie est telle qu'un parcours entier lui est dédié en France, il s'agit du parcours personnes âgées en risque de perte d'autonomie (PAERPA), déployé partout en France depuis 2016. Il a pour but de préserver l'autonomie, d'améliorer la coordination des différents acteurs, d'aider au maintien à domicile, d'éviter les surhospitalisations, de faciliter les transitions lorsqu'elles s'avèrent nécessaires et de réduire la iatrogénie (4).

Selon les projections pour le futur du ministère de la Santé et de la Prévention (123), l'espérance de vie doit grimper d'environ 7,6 ans pour les hommes et 6,3 ans pour les femmes d'ici à 2060. En raison de cet allongement de l'espérance de vie, le nombre de personnes âgées de 60 ans et plus va augmenter de 5 millions d'ici à 2030 et de 4 millions supplémentaires d'ici à 2060, avec une augmentation du nombre de personnes de plus de 85 ans de 3,6 millions à 5 millions en 2060. Il faut noter que l'une des conséquences de cet allongement est une augmentation parallèle de la durée des

aides mises en place. L'INSEE a également réalisé une projection du taux de perte d'autonomie chez les seniors en 2050 (122) : il serait de 16,4%, soit « 4 millions de seniors en perte d'autonomie », cette augmentation étant à mettre en lien avec l'accroissement des maladies chroniques, notamment neurodégénératives et neurovasculaires. L'association de ces deux phénomènes, allongement de l'espérance de vie et prédominance des maladies chroniques, à celui de la baisse de la natalité a pour conséquence l'augmentation du rapport de dépendance démographique. Comme nous l'avons vu plus haut, cette augmentation va se poursuivre dans les prochaines années (41). Afin de maintenir un taux identique de seniors en EHPAD, il faudrait que le nombre de places « augmente de 20 % d'ici à 2030 et de plus de 50 % à l'horizon 2050 », posant un réel défi pour l'avenir. Ce phénomène risque d'entrer en conflit avec la volonté pourtant louable de l'État de favoriser le maintien à domicile, et donc de limiter les places en EHPAD. Une alternative est d'accroître le nombre de places en résidences autonomie, constituant alors un entre deux. C'est d'ailleurs une des solutions proposées par la DREES (125). Au total la Cour des comptes estime que le surplus de dépenses à venir dans le champ de l'autonomie (institutionnalisation et services à domicile) sera d'environ 4,5 milliards d'euros d'ici à 2030 (126).

### **1.7.2. Les problématiques du maintien à domicile**

Maintenant que nous avons vu ces quelques données chiffrées sur la perte d'autonomie et l'institutionnalisation, nous allons aborder plus largement les problématiques du maintien à domicile et en quoi la coordination des soins et les outils numériques de coordination des soins y ont un rôle à jouer.

### 1.7.2.1. Vue d'ensemble

Par définition, les patients en perte d'autonomie relèvent d'un parcours de soins complexes, tel que le parcours PAERPA, déjà cité. Par conséquent, l'ensemble des problématiques déjà énoncées à ce sujet peuvent les concerner. Cependant, il existe quelques particularités qu'il nous semble important de détailler. Tout d'abord, de manière évidente, le maintien à domicile s'appuie à la fois sur des acteurs sanitaires et sociaux et recouvre le champ du soin, mais également de l'aide. Plusieurs travaux ont été réalisés pour identifier les carences du système en matière de maintien à domicile. Un élément est commun à l'ensemble des travaux parcourus : la seule condition sine qua non à respecter, lorsqu'il est question de maintien à domicile, est que la sécurité des patients soit assurée (126–130).

Ensuite, avant d'aborder spécifiquement les autres particularités du maintien à domicile, il est intéressant d'en avoir une vue globale. Nous allons faire cela en nous appuyant sur le rapport de la Cour des comptes de 2021 (126). De manière générale, il existe une insuffisance des services d'aides et de soins à domicile en France. En effet, si le développement de l'offre de soins à domicile est avéré, celle-ci reste insuffisante. Comparativement aux autres pays de l'OCDE, dans le cadre des soins de longue durée, l'accompagnement à domicile concerne « 59% » des patients en France versus « 68% pour la moyenne des pays de l'OCDE », avec une nette avance des pays nordiques et des Pays-Bas. Du côté des dépenses, les soins à domicile représentent 18% de la dépense en matière de soins en France versus 35% pour la moyenne des pays de l'Union européenne. Comme le fait remarquer la Cour des comptes, la variabilité de la définition « des soins », ainsi que la variabilité de la distribution des dépenses liées à l'âge d'un pays à l'autre imposent des précautions quant à l'interprétation de ces résultats. Au niveau des politiques publiques, les plans nationaux ont permis un rééquilibrage en faveur des prises en charge à domicile avec

par exemple une majoration des places de SSIAD de près de 50% entre 2006 et 2019 ou la création de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) en 2001. Cela reste insuffisant, le taux de service de soins à domicile ou intermédiaire (accueil de jour...) étant seulement de 20% pour les personnes âgées, 34% pour les enfants handicapés et 19% pour les adultes handicapés. De plus, ces plans arrivant à échéance, nous observons depuis 2015 une nette réduction de la création de places de soins à domicile. Enfin, la Cour des comptes constate que malgré une diminution, les inégalités de l'offre de soins à domicile entre les départements persistent.

#### **1.7.2.2. L'accès aux soins**

Le maintien à domicile fait intervenir des acteurs du champ sanitaire et du champ social. Leur insuffisance, voire leur absence, précarise les situations de maintien à domicile par manque de prévention, d'évaluation et d'anticipation. Ce manque d'acteurs sanitaires a déjà été détaillé dans les parties précédentes. Concernant l'aide à domicile plus particulièrement, selon la Cour des comptes, il est nécessaire de « recruter environ 82 000 ETP d'ici à 2030 » (126) et cela uniquement pour maintenir l'offre en l'état actuel sachant que celle-ci est insuffisante. En effet, pour le grand-âge (incluant prise en charge à domicile et en EHPAD), le rapport El Khomri (127) identifie qu'entre 2020 et 2024, il faudrait à la fois former « 260 000 professionnels » pour pourvoir les postes vacants et créer « 93 000 postes » pour répondre à l'évolution de la démographie et améliorer les prises en charge. Ces métiers sont très peu attractifs pour trois raisons. Premièrement, à cause d'une rémunération basse avec « 17,5% de ménages pauvres parmi les intervenants à domicile contre 6,5% en moyenne pour l'ensemble des salariés », des salaires de base situés au niveau, voire en dessous du salaire minimum de croissance (SMIC) et des perspectives d'évolution très faible (1,56 SMIC en fin de carrière) (126,127). Deuxièmement, comme nous le verrons plus loin, à cause de la pénibilité de ces métiers. Troisièmement, il existe une déconsidération

des jeunes vis-à-vis de ces métiers qui n'est que le « reflet du regard contemporain porté sur nos aînés et, de manière générale, sur les plus fragiles dans notre société » (127). Pour le secteur du handicap, l'équation est encore plus complexe, car les carences se situent essentiellement au niveau des professionnels médicaux et paramédicaux qualifiés. Or, en plus des éléments suscités, également présents, il y a un manque de compétitivité du secteur salarial par rapport au secteur libéral. L'ensemble de ces éléments est à l'origine d'un mauvais maillage territorial, lui-même responsable d'inégalités d'accès. Ces inégalités peuvent être exacerbées en raison de la gestion de l'autonomie, celle-ci se faisant principalement au niveau départemental et non national. Il s'agit d'ailleurs de l'un des constats du Docteur CARRERE dans sa thèse (121) « De par leurs tailles différentes, leurs ressources différentes, leurs objectifs en matière de politiques sociales hétérogènes, les conseils départementaux apportent des réponses disparates qui peuvent s'avérer inéquitables ». Une étude récente, commanditée par l'Union nationale de l'aide, des soins et des services au domicile (131), vient confirmer ces difficultés de recrutements. Elle montre qu'il existe une dégradation de la situation en 2020 pour 79% des directeurs de structure. Cette dégradation est quasi exclusivement liée au manque de personnel avec « 1 poste sur 3 non pourvu », ce chiffre étant en forte hausse par rapport à 2019 (22%). Ce manque de personnel est lié à deux des phénomènes que nous avons identifiés : dans 97% des cas des rémunérations très faibles et dans 80% une plus grande pénibilité. Les annonces du Ségur de la santé en 2020 n'ont fait qu'aggraver la fuite des salariés des services de prises en charge à domicile vers les EHPAD et les structures hospitalières. Les conséquences de ce constat quant à l'accès aux prises en charge ont également été chiffrées dans cette étude. En effet, pour 26% des structures, il y a eu un refus de prise en charge en raison du manque de personnel. L'enquête de la Cour des comptes (126) vient confirmer ces chiffres, de

même que la possible apparition d'une « concurrence conjoncturelle » entre les différents établissements et services. Enfin, comme déjà souligné, les problèmes d'accès sont en partie liés au manque de formation, à la méconnaissance des ressources réellement disponibles, ainsi qu'à la complexité de leur identification et de leur mise en place (126,132) et cela, quel que soit le type de ressources : humaines, économiques... À titre d'exemple dans sa thèse, le Docteur STINGIC (133) met en évidence que seulement 46,6% des patients hospitalisés pour maintien à domicile difficile bénéficient de l'APA et que les aides mises en place nécessitent une réévaluation dans 90% des cas. Pour en revenir à la notion de complexité, plusieurs organismes de coordination ont été mis en place au fil des années, afin d'aider les patients et les soignants dans la gestion de ces parcours complexes. Leur multiplicité, leur complexité et leur maillage très aléatoire les rendent cependant inefficients. Ce constat que nous retrouvons dans la littérature est également retrouvé dans la thèse du Docteur CURTET (128), où seuls 3% des patients ont reçu l'appui d'un organisme coordinateur. Cette thèse permet d'identifier l'impact de cette complexité et du manque d'offre du côté des patients et des aidants. Dans son travail, elle expose que « 82,54 % (52) des aidants ont déclaré avoir eu des difficultés à mettre en place [une aide à domicile] » et que « seuls 55,56% » ont réussi à la mettre en place en moins d'un mois. Elle identifie les origines de ces difficultés. Ainsi, la complexité administrative est incriminée dans 57,14% des cas et le manque d'offre dans 15,87% des cas. Les autres problématiques seront détaillées plus en avant. Toujours d'après cette thèse, la mise en place de séances de kinésithérapie à domicile semble plus facile, bien que le manque de disponibilité des masseurs kinésithérapeutes diplômés d'état (MKDE) est incriminé dans 33,33% des cas. La mise en place des soins infirmiers à domicile est ce qui semble le plus aisé. La présence d'acteurs travaillant en libéral est le principal facteur facilitateur pour ces deux professions. Bien qu'il soit essentiel, le passage d'un

ergothérapeute s'avère très complexe en raison de son coût et du faible développement de cette pratique en France.

Plus spécifiquement, le manque d'accès aux soins primaires favorise, comme nous l'avons vu, le risque de passage aux urgences pour la prise en charge d'épisodes aigus qui relèvent de l'ambulatoire. Ces allers-retours des patients en perte d'autonomie peuvent facilement entraîner des décompensations, rendent d'autant plus compliqué le retour ou le maintien à domicile.

Le manque de soins spécialisés, par saturation ou par absence, complexifie le maintien à domicile, quelle que soit la spécialité. Pour autant, deux d'entre elles sont plus particulièrement concernées : la gériatrie et les soins palliatifs. Qu'il s'agisse d'équipes mobiles ou de services, les avis et évaluations qu'ils fournissent permettent de réduire le risque d'hospitalisation et une meilleure prise en charge en cas d'hospitalisation. Un maillage territorial suffisant de ces équipes spécialisées est un appui fondamental aux équipes de soins primaires dans l'optique de promouvoir le maintien à domicile ; cela n'est pas le cas aujourd'hui. Par exemple, concernant les soins palliatifs, le rapport de la Cour des comptes (126) conclut à la présence d'importantes disparités dans le maillage territorial des équipes mobiles de soins palliatifs (EMSP), ainsi qu'à une prédominance des conventions entre ces équipes et les EHPAD par rapport aux conventions avec les services de soins à domicile. Cela impacte le maintien à domicile des patients en fin de vie. La revue de la littérature que fait le Docteur MARIAGE dans sa thèse (134) lui permet d'identifier que les patients suivis par une EMSP sont plus satisfaits, passent moins souvent par les urgences et sont moins souvent hospitalisés. Ainsi, « l'intérêt de contacter les EMSP réside donc dans le souhait de maintenir les patients chez eux ». Parmi les limites de ces EMSP, nous retrouvons leur insuffisance quantitative et leur mise en place trop tardive. Son étude confirme ce dernier chiffre avec près de 20% des patients pour qui le suivi a été

initié dans la semaine précédant leur décès. Afin d'évaluer les conséquences de l'absence de services de gériatrie, nous allons nous appuyer sur la thèse du Docteur El Amine HASSINI (135) qui évalue l'impact de la fermeture d'un service de gériatrie sur le maintien à domicile. Il observe une augmentation de la durée d'hospitalisation de près de 50% (15,4 jours sans service versus 10,6 jours avec). Or, plusieurs travaux ont montré qu'il existe une perte iatrogène d'autonomie liée à l'hospitalisation et que celle-ci s'accroît logiquement avec l'allongement de la durée d'hospitalisation (136,137). Il retrouve également une augmentation du nombre de passages aux urgences pour maintien à domicile difficile. Cela peut être lié au manque d'avis spécialisés qui sont des supports au maintien à domicile ou à la réduction des hospitalisations en direct dans un service de gériatrie. Dans les deux cas, c'est délétère au niveau de l'autonomie des patients. De plus, il constate une altération de la qualité des prises en charge pendant l'hospitalisation qui impactent également cette autonomie. Il observe d'ailleurs une majoration du taux d'institutionnalisation à la sortie de l'hospitalisation. Enfin, il constate qu'à de nombreuses reprises, l'hospitalisation aurait pu être évitée notamment grâce à un avis spécialisé ou en s'appuyant sur un hébergement temporaire avec des soins paramédicaux.

### **1.7.2.3. Les phases de transition**

Concernant les phases de transition, nous ne reviendrons pas sur l'importance de la continuité des soins et de l'accès à l'information afin d'éviter les hospitalisations inutiles et itératives. La partie précédente nous a déjà permis d'illustrer l'importance de l'identification des patients fragiles, de la lettre de liaison d'urgence, de la lettre de liaison de sortie, de la conciliation médicamenteuse ou encore l'importance d'anticiper et de coordonner la sortie. Ce dernier point doit se faire en lien non seulement avec les équipes de soins primaires, mais aussi avec les établissements et services médico-sociaux (ESMS), et ceci pour deux raisons. D'une part, car les patients et leur famille



ont du mal à mettre en place les aides et soins nécessaires (cf. supra). D'autre part la non-préparation des sorties d'hospitalisation augmente le risque de réhospitalisation précoce (cf. supra). L'association de Gériatrie de l'Est parisien a constaté que ce risque s'élève à 40% (138). Outre l'importance de l'intégration des ESMS, les solutions en termes d'outils numériques de coordination des soins ne diffèrent pas de celles que nous avons identifiées et ne feront donc pas l'objet d'une nouvelle partie.

#### **1.7.2.4. Les particularités médicales du maintien à domicile**

D'un point de vue médical, plusieurs éléments sont à prendre en compte dans le cadre du maintien à domicile. Il y a les facteurs d'hospitalisation, les facteurs qui limitent le retour à domicile, les limites médicales au maintien à domicile et enfin quelques situations plus spécifiques du maintien à domicile.

Pour le premier point, qui ne relève pas de l'objet de cette thèse, nous soulignerons juste que le principal facteur d'hospitalisation est de très loin les chutes (126). Il en va de même pour le second point, concernant les limites au retour à domicile, qui ont été identifiées par le Docteur CALTABELLOTA (139) dans sa thèse : la présence de troubles cognitifs, un score Activity Daily Life (ADL, qui évalue la dépendance) bas et un faible indice de masse corporelle (IMC) ; ces résultats coïncidant avec la revue de la littérature qu'il a faite à propos des facteurs d'institutionnalisation.

##### **1.7.2.4.1. Les limites médicales au maintien à domicile**

Elles sont au nombre de trois. La première limite est le manque de dépistage et d'évaluation de la perte d'autonomie, conduisant à un défaut d'identification des patients fragiles qui nécessitent des aides au maintien à domicile (133). Cela entraîne des difficultés à réévaluer, voire à mettre en place, les aides nécessaires. En effet, la plupart des aides nécessitent que soient renseignés au préalable des scores fonctionnels afin d'évaluer la sévérité de l'atteinte et le degré de dépendance (133).

Ce dépistage et ces évaluations passent par des grilles et des tests pourtant bien connus des médecins : par exemple les grilles IADL et AGGIR pour l'atteinte physique ou le MMS, le test de l'horloge et des cinq mots de Dubois pour l'atteinte cognitive. Il faut veiller à interroger l'entourage et à répéter les évaluations pour confirmer le diagnostic.

La seconde limite est qu'une fois que le diagnostic de perte d'autonomie ou de dépendance est posé, il est nécessaire de mettre en place des mesures de prévention, afin de conserver les fonctions restantes et ainsi ralentir la dégradation de l'autonomie. Si cela est essentiel pour tous les patients, c'est d'autant plus le cas lorsqu'ils ne sont pas encore complètement dépendants. Malheureusement, la place de la prévention n'est pas assez mise en avant en France, comme nous l'avons vu dans la partie précédente.

La troisième limite est le manque de prise en compte du degré de dépendance des patients, qui impacte pourtant le maintien à domicile. Selon les ressources sanitaires, sociales et économiques disponibles, il est possible de suppléer à un degré de dépendance plus ou moins important. D'après la thèse du Docteur GÉRAY(129), un degré de dépendance trop important est l'une des deux principales causes de maintien à domicile impossible. De manière plus précise, ce sont « les situations de cumul de limitations fonctionnelles physiques et cognitives qui contribuent le plus fortement au recours à l'institution », suivi par les atteintes cognitives et les limitations des activités de la vie quotidienne (121). Ce constat tient au fait que les capacités de suppléances et de surveillances au domicile ne peuvent se faire que jusqu'à un certain point. Mais également, parce qu'un degré de dépendance trop important peut entraîner des refus de prise en charge : près de 15% des refus de prise en charge par les SSIAD seraient liés à une dépendance trop importante, que ce soit en raison de la charge de travail engendrée, ou, parce que leur taille ne leur permet pas de mutualiser suffisamment

les ressources afin de suppléer correctement à la dépendance de certains patients (126). En effet, les SSIAD bénéficient d'une dotation par personne prise en charge, sans prise en compte du degré de dépendance ou de complexité. La Cour des comptes avait déjà souligné en 2016 (140) une variation du coût des prises en charge allant de 0,1 à 3,5 fois le montant de la dotation moyenne. Ce type de fonctionnement expose au risque de sélection des patients, afin d'adapter la patientèle au financement, ou au contraire de réduire l'activité pour s'occuper des cas les plus lourds, entraînant un défaut de couverture et donc d'accès (126). Ainsi, tout comme les inégalités d'accès aux soins influent sur le recours aux urgences et à l'hospitalisation, les inégalités des ressources sanitaires, sociales et économiques influent sur la capacité à maintenir les patients à domicile et même, dans certaines circonstances, conduit à les placer en institution. Ce dernier point amène d'ailleurs à un questionnement moral. Comment prendre en charge les patients, dont la dépendance ne peut être suppléée ni à domicile ni en institution, que ce soit pour des raisons humaines, techniques ou financières ? Cette situation est fréquemment rencontrée, ne serait-ce que transitoirement par manque de disponibilité, mais parfois de manière prolongée en cas de précarité. Si initialement les institutions ont été mises en place pour une population relativement précaire, ce n'est plus le cas de nos jours, où les places en institutions ont un coût relativement élevé (121), conduisant à ce qu'elles soient essentiellement occupées par les catégories sociales intermédiaires (121).

#### **1.7.2.4.2. Deux situations médicales spécifiques au maintien à domicile**

Nous allons maintenant aborder deux situations médicales particulières qui sont fréquentes et peuvent poser des problèmes lors du maintien à domicile des patients.

Tout d'abord, il y a la fin de vie. Si c'est un lieu commun de déclarer que les Français souhaitent en majorité mourir à domicile (43 à 95% selon les études (134)), cette

situation impose des moyens considérables. Afin d'étudier cela, nous nous sommes appuyés sur la thèse du Docteur MARIAGE (134). La prise en charge de patients en fin de vie nécessite une réactivité suffisante pour assurer le confort des patients. Celui-ci est régulièrement altéré suite à des épisodes aigus fréquents qui concernent presque tous les patients (95%) au moins une fois. De plus, les hospitalisations restent fréquentes (55% des patients) et se déroulent parfois dans l'urgence (20%). Or ces passages par les urgences sont souvent délétères, car les soins prodigués peuvent souvent l'être à domicile dans une situation plus confortable. Mais également parce que des soins intensifs inadaptés sont prodigués dans près de 33% des cas et cela notamment par manque de transmission de l'information au personnel des urgences. Ces points montrent que la période de la fin de vie nécessite une surveillance rapprochée, ainsi que la nécessité de réduire au maximum une transition par les urgences. Ces deux aspects ne peuvent être obtenus que sous réserve d'une coordination des soins efficace. Si la transition par les urgences s'avère nécessaire, celle-ci doit également être coordonnée correctement. Les patients en fin de vie peuvent nécessiter des soins lourds ou une surveillance continue. Le prérequis à cela est une implication importante des acteurs de la prise en charge à domicile, l'intervention d'une EMSP lorsqu'elle est disponible, et parfois (33% des cas) l'intervention d'une hospitalisation à domicile (HAD). Le bénéfice est cependant réel. Dans sa revue de la littérature, le Docteur MARIAGE constate « que le nombre de visites à domicile du médecin traitant était inversement proportionnel au nombre de passage aux urgences ». Le maintien à domicile nécessite une implication importante de l'entourage de près de 8h par jour, soit deux fois plus qu'en cas de prise en charge en établissement médico-social. Cette implication nécessite souvent (66% des cas) une formation aux soins de confort et à la prise en charge des situations aiguës. L'ensemble de ces points explique pourquoi le taux d'épuisement des aidants est

particulièrement élevé (75%) dans les prises en charge palliatives à domicile. Cet épuisement, lorsqu'il n'est pas anticipé et pris en charge, peut conduire à des hospitalisations non programmées avec une transition par les urgences. Enfin, si des aides financières existent pour gérer ces situations de fin de vie, le reste à charge est important, ce qui entraîne des inégalités d'accès. Au total, face à cette situation de fin de vie, il faut se poser deux questions : est-ce que le souhait du patient est respecté et est-ce que le confort du patient est maintenu au mieux ?

Une seconde situation médicale à prendre en compte est le refus de prise en charge. S'il n'est pas spécifique aux patients dépendants, ce problème de refus est cependant très fréquent chez eux. Le premier élément à retenir est que ce refus est un droit et qu'il faut le respecter (141). Il est incriminé dans 44,44% des difficultés à la mise en place des aides à domicile (128). Ce refus est moins marqué pour les interventions d'IDE ou de MKDE (128). Afin d'identifier les principales causes de ce refus, nous nous sommes appuyés sur plusieurs travaux de thèse, celle du Docteur LELLOUCHE et celle des Docteurs BUCHMANN et ERB (132,142). Tout d'abord, accepter la prise en charge, c'est en quelque sorte accepter la dépendance et la fin de vie, ce qui in fine peut aboutir à une réaction de détachement par rapport à la situation ou de rejet par peur de l'institutionnalisation. Ce refus est également lié à la sensation d'intrusion que peut ressentir le patient lorsque le lieu de vie devient le lieu de soin. Ce refus peut également trouver son origine dans un manque de confiance ou un manque de qualité de la relation aidant-aidé ; la multiplicité des intervenants ne fait que renforcer ces deux phénomènes. Il peut aussi provenir d'une peur de déranger. Par ailleurs, ce refus peut être lié à un déni de la maladie, suite à un choc, ou suite à des troubles cognitifs... Ce déni de l'état de dépendance peut venir du patient et/ou de son entourage et il est, selon la thèse du Docteur GÉRAY(129), la troisième cause la plus fréquente de maintien à domicile impossible. Enfin, ce refus peut être lié à la contrainte financière,

avec un reste à charge potentiellement élevé malgré les aides. C'est d'autant plus vrai que comme nous l'avons vu ces aides ne sont pas toujours actionnées. Il existe un phénomène de « U » inversé des ressources » avec une fréquence de maintien à domicile plus élevée aux deux extrémités du spectre social (121).

#### **1.7.2.5. La notion de suppléance**

Nous distinguons les « aides informelles » ou « aides naturelles » provenant de l'entourage de la personne dépendante, des « aides formelles » provenant de professionnels formés à cet effet. Il faut également prendre en compte le domicile. Ces trois éléments ne se substituent pas les uns aux autres et bien au contraire ils se complètent et dépendent les uns des autres (128). De facto l'absence de l'un rend très précaire le maintien au domicile.

Tout d'abord, concernant les aidants informels, en 2020, leur nombre s'élève à 11 millions dont 76% sont associés à des aides formelles (129). Leur rôle varie, selon qu'ils sont seuls ou assistés, d'une suppléance complète des tâches et actes essentiels de la vie quotidienne à une coordination des interventions. L'absence de ces aidants informels et donc l'isolement des personnes dépendantes ainsi que les effets délétères bidirectionnels peuvent fortement compromettre le maintien à domicile des patients. Il faut noter que l'isolement des patients dépendants est d'autant plus dommageable qu'il existe une phase de transition ou une décompensation aiguë (126). Dans sa thèse, le Docteur CARRERE (121) met en avant que l'isolement des personnes dépendantes ne va faire que s'accroître dans les années à venir. Les raisons sont multiples : l'augmentation du taux brut de divorce (nombre de divorces annuels pour 1000 habitants), la baisse de fécondité qui majore l'augmentation du rapport de dépendance, le décalage du premier enfant, l'augmentation du travail des femmes et le recul de l'âge légal du départ à la retraite. Il y aura donc moins d'aidants

et ils seront moins disponibles. Par ailleurs, même lorsqu'ils sont présents initialement, les aidants peuvent rapidement être épuisés physiquement et psychologiquement. D'après la thèse du Docteur GERAY (129), ils sont 45% à déclarer constater un impact négatif sur leur vie sociale et 53% un impact négatif sur leur santé aboutissant à un épuisement chez 62% d'entre eux. Cela peut être d'autant plus fréquent s'ils sont eux-mêmes isolés, s'ils vivent avec la personne dépendante, si le degré de dépendance est élevé ou lorsque la personne dépendante présente des troubles cognitifs. D'ailleurs, « l'épuisement ou la perte de l'aidant principal » fait partie des deux principales causes d'un maintien à domicile impossible (129). En plus de l'isolement, l'absence d'aide informelle peut avoir un impact sur la mise en place des aides formelles. La présence d'un aidant est par moment une condition à la prise en charge d'un patient par le SSIAD (126), la prise en charge de personnes isolées étant qualifiée de « cas lourds ».

Les difficultés à la mise en place des « aides formelles » ont été détaillées dans la thèse du Docteur CURTET et nous en avons déjà abordé certaines (accès, complexité et refus). Parmi les autres causes, la problématique financière est mise en avant dans 38,10% des cas et les difficultés avec les acteurs de l'aide formelle sont citées dans 34,92% des cas. Ces dernières recouvrent plusieurs thématiques, notamment les « horaires de passage inadaptés », les « changements fréquents de personnel » ou encore le « manque de qualification ». Elles sont en lien avec les particularités du travail à domicile et avec la concentration des besoins d'assistance au moment du lever et du coucher, mais aussi du fait du manque d'acteurs avec le transfert des missions vers des acteurs moins qualifiés (128), et le risque d'une dégradation possible de la qualité des prises en charges.

Enfin, à propos du domicile, son caractère précaire ou inadapté est en soi une cause d'incapacité à maintenir un patient à domicile (121,126,129,140), que ce soit

transitoirement, lorsqu'il existe les ressources financières ou sociales permettant des travaux, ou de manière permanente, lorsque ces ressources sont insuffisantes. Dans la thèse du Docteur GERAY (129), un « domicile non adapté ou non adaptable » est impliqué dans 26,4% des situations de maintien à domicile difficile.

#### **1.7.2.6. La coordination inter-champs**

Comme nous l'avons détaillé jusqu'ici, la coordination des soins en France est insuffisante et son amélioration est un enjeu pour la qualité des soins de manière globale. Dans le contexte du maintien à domicile, cette amélioration de la coordination est d'autant plus importante qu'il s'agit de situations complexes. D'une part, ces situations imposent de nombreuses interactions entre le patient, les acteurs du système sanitaire de la ville et de l'hôpital, mais également avec les acteurs sociaux et les aidants. D'autre part, du fait de leur parcours, il peut exister de nombreuses phases de transition : épisode aigu, placement temporaire pour soulagement des familles, changement de structure de prise en charge, notamment pour les enfants... Ainsi, cette coordination a la particularité de ne pas concerner uniquement le champ du soin et son importance est exacerbée, car elle implique des patients dépendants. Nous pourrions la qualifier de « coordination inter-champs ». Pour la Cour des comptes, l'origine de ce défaut de coordination inter-champs est qu'en France, contrairement à d'autres pays, il existe une dualité de gouvernance entre État et autorité locale ainsi qu'une « séparation des secteurs sanitaire et social » (126). L'exemple type est la coexistence pour un même patient d'une prise en charge par un SSIAD et un service d'aide à domicile (SAAD). Cette coexistence crée des départs de compétence interprofessionnels avec une perte d'efficacité et souvent un moins bon suivi du patient, en raison du manque de coordination. Au-delà des conséquences en matière de qualité des soins, ce manque de coordination a un enjeu économique. La Cour des comptes (126) constate qu'il existe une redondance des actes entre



professionnels libéraux et services de prise en charge à domicile occasionnant des dépenses de santé inutiles et pouvant majorer le risque d'événement indésirable. Il existe donc un défaut de la coordination inter-champs, entre les services et les professionnels libéraux, mais également entre les services et les établissements de santé. Près de 26% des SSIAD ne sont pas partenaires d'un réseau de santé et lorsqu'ils le sont, ils ne sont que très rarement mentionnés dans le projet médical partagé (PMP), sauf dans une exception qui sera vue plus loin. Les origines de ce manque de coordination inter-champs sont multifactorielles. Pour les acteurs salariés comme libéraux, la principale cause est le manque de valorisation du temps de coordination. Pour les premiers, cela tient au fait qu'il n'existe pas de temps alloué à cette coordination (126). Pour les seconds, cela tient au manque de rémunération de ce temps de coordination (130). Enfin, le maintien à domicile impose d'élargir la boucle de communication aux aidants et aux ESMS. Cet élargissement peut rendre la communication plus difficile et délicate. Il faudra en particulier veiller à rester vigilants par rapport au secret médical. Par ailleurs, la communication avec les ESMS n'est pas aussi aisée qu'avec un interlocuteur unique identifiable. L'objectif sera donc de fluidifier la communication entre les acteurs, sans oublier les usagers.

#### **1.7.2.7. La notion de qualité**

Cette importance de la communication et du transfert de l'information va d'ailleurs au-delà de la coordination, elle s'intègre également dans une démarche qualité. Comme nous l'avons vu plus haut, il est essentiel que les acteurs de santé de la ville l'intègrent dans leur pratique ; ils y sont d'ailleurs sensibilisés. Ce n'est pas forcément le cas des structures sociales ou médico-sociales. Selon le rapport de la Cour des comptes, moins de 70% des services d'accompagnement médico-social pour adulte handicapé (SAMSAH) et des services d'éducation spécialisée et de soins à domicile (SESSAD) disposent d'un recueil de la satisfaction des usages et moins de 30% des SESSAD

disposent d'une procédure de déclaration et de gestion des événements indésirables, a contrario des SSIAD qui en disposent quasiment tous (126). Cette démarche qualifiée est pourtant essentielle pour adapter, anticiper et corriger son action.

### **1.7.2.8. Les particularités du travail à domicile**

Afin d'être complet, il est important d'aborder la singularité que représente la prise en charge à domicile. Elle est singulière, car elle nécessite de réaliser les prises en charge dans le lieu de vie des patients, et peut être dommageable pour plusieurs raisons.

#### **1.7.2.8.1. Refus ou limitation des prises en charge**

En premier lieu, parce que certains acteurs et services refusent ou limitent les déplacements à domicile à une certaine fréquence ou à certaines plages horaires. Ce refus concerne à la fois les acteurs libéraux (médecins généralistes et MKDE notamment) (128), mais également les services. Par exemple, pour les médecins généralistes, ce refus est à mettre en corrélation avec la diminution du nombre de visites. D'après l'IRDES, entre 1996 et 2010, le nombre de visites n'a fait que stagner ou diminuer avec une évolution moyenne d'environ -5,8% par an (143). Même si elle ralentit, cette diminution se poursuit (144). En 2016, les visites à domicile représentent 9,6% de l'activité des médecins généralistes, pour un nombre de visites d'un peu plus de 23 millions (145). En 2020, elles ne représentent plus que 8,3% de l'activité des médecins généralistes, pour un nombre de visites d'un peu moins de 18 millions (146). D'un point de vue pratique, le Docteur CURTET expose dans sa thèse qu'environ 11% des médecins refusent de réaliser des visites à domicile (128). La principale cause de leur réticence ou de leur refus est le caractère chronophage et peu rentable de ces visites. Plusieurs travaux de thèses viennent confirmer ce constat (128,130,132,144,147). Leur durée est comprise entre 15 et 60 minutes, avec une durée moyenne de 30 à 41 minutes, versus 18 minutes pour une consultation au

cabinet (128,130,144,147). Aujourd'hui, nous demandons aux médecins de réaliser plus de visites à domicile, notamment pour assurer le maintien à domicile des patients en perte d'autonomie, et des incitations financières sont mises en place dans ce sens (extension des visites longues, introduction des visites post-hospitalisations ou pour cas complexes...). Ces incitations sont cependant considérées comme insuffisantes (128,130). Ce constat est intéressant, car l'arrêté du 28 juin 2002 (148) et l'accord national de bon usage des soins (AcBUS) d'août 2002 (149) ont au contraire pour but de réduire le nombre de visites à domicile, en contrepartie d'une majoration de cet acte. L'objectif est alors d'améliorer la qualité des soins, ainsi que le nombre de patients pris en charge chaque jour. Cette législation efficace a eu comme « contre-effet » de changer complètement le paradigme sur les visites, d'un excès il y a 20 ans, à un manque aujourd'hui. Cette limitation ou ce refus concerne également les services de prise en charge à domicile. À titre d'exemple, 15% des SSIAD récusent certaines prises en charge à cause d'une nécessité de passage trop fréquente et 32% à cause de leur couverture horaire (126). Sur ce point, ce n'est pas tant une couverture nocturne qui est nécessaire, celle-ci relevant plus de mesures de prévention ou de la permanence des soins, que des couchers tardifs et une couverture nécessaire les week-ends. Cette dichotomie entre couverture horaire et nécessités du terrain peut d'ailleurs avoir d'autres conséquences que les refus de prise en charge. Par exemple, les SESSAD qui assurent leur prise en charge essentiellement sur le temps scolaire, contribuent à réduire le temps d'acquisition des connaissances pour des enfants déjà en difficultés. La Cour des comptes relève d'ailleurs que seulement « 6% de l'ensemble des élèves en situation de handicap ont fait un parcours de la sixième à la première générale ou technologique sans redoublement, contre 39 % pour l'ensemble des élèves » (126). L'autre conséquence néfaste de ce fonctionnement est de réduire, voire d'empêcher complètement, le travail de l'un des deux parents. C'est d'autant plus

préjudiciable que la fréquence de monoparentalité est plus élevée dans ces ménages. La conséquence est un abaissement de 272 euros, soit environ 15%, du niveau de vie mensuel moyen des parents d'enfant handicapé (150). Si le fonctionnement des SESSAD n'est pas à lui seul responsable de l'ensemble de cette baisse, il y contribue. Cette constatation de l'impact du maintien à domicile sur le travail des aidants s'étend également aux autres champs du maintien à domicile, mais de façon plus variable.

#### **1.7.2.8.2. Le travail en « mode dégradé »**

Pour certains acteurs libéraux (notamment les médecins et les MKDE), ces visites se font souvent en « mode dégradé », à cause du manque de matériel, de l'absence de dossier informatisé, du manque de confidentialité, des questions d'hygiène (130,147). C'est dommageable aussi bien pour le patient que pour le soignant. C'est essentiellement lié au manque de matériel pour les MKDE : table de massage, ballons, outils de stimulation électrique, de sismo et de cryothérapie... Pour les médecins généralistes, nous nous sommes appuyés sur la thèse du Docteur TEKAYA afin d'identifier les causes de ce constat. Le principal problème pour eux est le manque d'accès au dossier médical, qui concerne près d'un généraliste sur deux (43,6 à 54,4% des médecins selon les études) (130). À défaut, ceux-ci s'appuient sur le cahier de transmission infirmier. Ce manque est dommageable pour le patient, car il entraîne un manque d'informations au moment de la consultation, et pour les médecins, car compléter le dossier médical a posteriori est chronophage. Si cette tâche de retranscription est réalisée par environ 20% des médecins, 12% ne laissent aucune trace, ni au domicile du patient ni au cabinet (130), bien que la tenue du dossier médical soit une obligation. De manière générale, les médecins jugent que les visites à domicile sont « délétères pour la qualité des soins » à cause de leur pénibilité, de leur mode dégradé, de la perturbation du planning qu'elles entraînent et des tensions qu'elles peuvent engendrer sur la relation médecin-patient (130,144). Les jeunes

médecins semblent plus impactés que les médecins expérimentés par ces conditions particulières du travail à domicile (130). D'autres travaux de thèses aboutissent aux mêmes conclusions pour « ce mode dégradé » et cet aspect « délétère [...] pour la qualité des soins » des visites à domicile (144). Elles sont toutefois nombreuses à affirmer leur caractère indispensable et informatif (144).

#### **1.7.2.8.3. Le travail à domicile facteur de manque d'attractivité et de pénibilité**

Les besoins des patients se situent essentiellement aux levers et aux couchers ; par conséquent l'activité est souvent discontinuée et de faible amplitude horaire. Pour pallier cette problématique, la Cour des comptes identifie l'existence de certains « comportements de doubles-emplois » (126), pouvant majorer la pénibilité du travail et altérer la qualité des prises en charge. Cette pénibilité n'est pas que liée aux horaires, mais aussi aux mauvaises conditions et à la charge de travail excessive. Elle est à l'origine d'un manque d'attractivité, point que nous avons déjà abordé, mais également d'une importante sinistralité, donc d'un fort absentéisme. D'après le rapport EL KHOMRI, le « nombre d'accidents du travail et de maladies professionnelles [est] trois fois supérieur à la moyenne nationale » (127). D'après le recueil national de données en ESMS mené par l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (151), le taux d'absentéisme, qui englobe aussi la maladie, se situe à 12% dans les SSIAD. À titre de comparaison, le taux d'absentéisme médian dans les structures hospitalières est de 3,7% pour le personnel médical et de 8,6% pour le personnel non médical (152). En moyenne pour les salariés tous secteurs confondus, il se situe entre 4,52 et 5,62 % sur les quatre dernières années (153). Ce problème d'absentéisme a d'ailleurs un impact financier important qu'il soit lié aux pertes de recettes, aux surcoûts des remplacements ou aux taux élevés de cotisations prévoyance (127). Un autre facteur de manque d'attractivité est la part importante des déplacements. Ceux-ci sont

considérés comme pénibles, sources d'accidents de travail et de frais importants. Seuls 30% des départements garantissent leur couverture conformément à la convention (127). De plus, même lorsqu'ils sont pris en charge, un véhicule de fonction n'est pas toujours fourni, ce qui nécessite un investissement initial important des salariés. Ces particularités du travail à domicile forment un cercle vicieux : le manque de personnel, quelle qu'en soit la cause, augmente la pénibilité et la charge de travail, qui elle-même altère l'attractivité.

### **1.7.3. Les solutions proposées**

#### **1.7.3.1. Concernant l'accès aux soins et aux aides**

Parmi les solutions proposées pour le maillage des services de maintien à domicile, la Cour des comptes (126) suggère de mettre en place une « organisation graduée des prises en charge au sein du territoire » (126). Celle-ci est similaire à l'organisation proposée par le Gouvernement pour le maillage des services de soins. Il s'agit donc de « construire des territoires de santé » de manière coordonnée, avec des structures généralistes, spécialisées et des centres d'expertises afin de couvrir l'ensemble du territoire d'un point de vue géographique et technique. Cette organisation doit également permettre d'optimiser le déploiement, afin que les structures soient proches des bassins de vie et ainsi rester cohérentes face à la mission de proximité. C'est d'autant plus important que, comme nous l'avons vu, les déplacements sont un « inducteur de coûts » (126) et de pénibilité.

Concernant le manque de professionnels, plusieurs solutions sont proposées. Notamment, le transfert de compétences et de missions vers d'autres professionnels ou encore le développement de structures d'exercices coordonnées sur lesquelles pourraient s'appuyer les ESMS (126). Si ces solutions semblent intéressantes, il faut rester très vigilant quant à la qualité des prises en charge en cas de transfert de

compétences ; le manque de qualification étant un des problèmes mis en en avant dans la thèse du Docteur CURTET (128). Plus spécifiquement pour les salariés des ESMS, le rapport El Khomri propose 5 axes d'actions avec notamment l'amélioration de l'attractivité, de la formation, de l'organisation, la réduction de la pénibilité et enfin la « mobilisation et la coordination des acteurs et des financements au niveau national et dans les territoires » (127). Ces propositions sont cohérentes avec celles que nous avons identifiées dans les parties précédentes. Cela montre qu'il existe une correspondance partielle des problématiques affectant les secteurs sanitaire et social. Ainsi il y a eu une « extension de la revalorisation, socle du « Ségur de la santé », à l'ensemble du secteur médico-social » (126). Pour les services qui dépendent de la branche de l'aide à domicile, et qui ne relèvent donc pas de cette revalorisation, un avenant a été ajouté à leur convention (131,154). Celui-ci prévoit une revalorisation des salaires de 13 à 15%. Un travail de rénovation sur la formation aux métiers des prises en charge à domicile est en cours pour « clarifier les métiers et faciliter les passerelles d'un secteur à l'autre » (126) avec pour objectif in fine d'en améliorer l'attractivité. Ces réponses restent à ce jour insuffisantes.

Pour ce qui est du manque d'accès aux structures spécialisées, il est nécessaire à la fois d'augmenter les effectifs et de réorganiser l'activité, avec une augmentation du travail en équipes mobiles. Ces équipes sont à la fois efficaces et efficientes avec également un gain en matière de coordination.

Les solutions à la méconnaissance des acteurs résident, comme nous l'avons vu, à la fois dans une meilleure coordination et formation de ces acteurs, mais aussi, dans une simplification des ESMS. Cette simplification doit aussi concerner les organismes de coordination. Si leur regroupement au sein des DAC semble intéressant, d'autres alternatives existent ; nous reviendrons d'ailleurs plus en détail sur l'une d'entre elles plus loin. Enfin, depuis 2007, la mise en place du Répertoire opérationnel des

ressources (ROR) permet d'avoir une bonne idée de la disponibilité des ressources ; afin qu'il soit efficace, son actualisation doit être plus régulière (126).

### **1.7.3.2. Concernant les situations médicales**

Concernant les facteurs qui favorisent l'hospitalisation et limitent le retour à domicile, une sensibilisation des acteurs et de la population et l'amélioration des politiques de préventions semblent être de bonnes pistes (126).

Le manque d'évaluation et de mesures de prévention nécessite également une sensibilisation des acteurs ainsi qu'une meilleure coordination, afin de mieux répartir ces tâches, tout en s'assurant que l'information diffuse correctement. La mise en place d'évaluations standardisées par les services compétents et l'appui des équipes mobiles sont aussi intéressants (133,134). Il en va de même pour les recommandations de bonnes pratiques éditées par la HAS, d'autant plus que celles-ci s'accompagnent d'un outil de dépistage et de réévaluation de la perte d'autonomie (155).

Par ailleurs, afin d'arriver à prendre en charge des patients souffrant de dépendances plus sévères, plusieurs solutions ont été avancées. Nous retrouvons notamment la mise en place de services renforcés, dont l'objectif est de s'occuper des patients les plus dépendants, ceux qui nécessitent un soutien humain et technique renforcé. Cependant, ce type de solution a un surcoût non négligeable qui s'élève selon la Cour des comptes (126) à 215 millions d'euros par an, d'où une certaine pertinence nécessaire dans le choix des patients pris en charge, par exemple afin d'éviter une hospitalisation ou une admission en EHPAD. Une autre alternative est d'intégrer une part variable au financement des services selon le degré de dépendance, de handicap et de complexité des patients pris en charge. La Cour des comptes souligne cependant qu'il ne faudrait pas « reproduire les erreurs de la dotation en soins des EHPAD dont



l'actualisation souffre de retards préjudiciables » à la qualité des soins (126). Elle propose une validation tacite des budgets, associée à un contrôle a posteriori. Nous pouvons constater que ce type de propositions associant diagnostic, déploiement et contrôle est régulièrement proposé par la Cour des comptes. La limite récurrente est que la partie contrôle nécessite des ressources humaines et financières de la part des ARS et des CPAM qui ne sont pas forcément disponibles.

Il existe plusieurs axes d'améliorations à la prise en charge de la fin de vie qui ont été détaillés dans la thèse du Docteur MARIAGE (134), à commencer par l'augmentation du nombre et une meilleure répartition des EMSP. Celles-ci s'avèrent très efficaces pour améliorer le maintien à domicile, le confort et la satisfaction des patients. Il est nécessaire de mettre en place des directives anticipées pour tous les patients, il est également nécessaire d'améliorer la coordination à l'aide de protocoles préétablis pour la gestion des phases de transition. La formation de l'entourage à la gestion des situations aiguës, en association à des prescriptions anticipées, sont également un réel plus pour la réduction du nombre de passage aux urgences et l'amélioration du confort. Enfin, il faut préserver au maximum les aidants, notamment à l'aide d'hospitalisations de répit programmées, si possible dans des structures qui sont connues des patients.

Une autre solution, de plus en plus mise en avant, est l'usage de l'HAD. Elle permet un accès à des services et des traitements réservés à l'usage hospitalier, particulièrement intéressants pour notamment passer une phase aiguë, prolonger le maintien à domicile dans certaines situations chroniques ou encore accélérer le retour à domicile de certains patients. Cela nécessite toutefois une bonne coordination des différents acteurs.

Pour répondre à la problématique de refus, la place des acteurs connus du patient et de la famille est essentielle afin de faire adhérer les patients dépendants au projet. De

plus comme le soulignent les docteurs BUCHMANN et ERB (116), il est souvent nécessaire « d'y aller progressivement » en répétant l'information plusieurs fois et de manière coordonnée par des acteurs différents.

### **1.7.3.3. Concernant la suppléance**

Plusieurs solutions existent pour soulager les aidants informels. Nous pouvons citer de manière non exhaustive, la mise en place ou la majoration des aides, les placements temporaires pour répit, l'appui sur les structures de coordination, les associations de familles... Un guide a été mis en place par l'ANESM en collaboration avec la HAS (156). Quelles qu'elles soient, ces solutions ont de multiples objectifs. En premier lieu, « d'accompagner, de soutenir ou de proposer du répit » (156) aux aidants informels. Ce droit au répit est d'ailleurs consacré dans la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement (157). Cet accompagnement d'autant plus important s'il existe une variation de l'état de santé de la personne dépendante, doit être poursuivi au-delà de son décès. Mais, il faudra également prévenir « l'altération de leur état de santé » ou leur « isolement social » (156). Afin de réaliser cela, il est nécessaire d'identifier l'impact physique, psychique et social sur les aidants, par exemple à l'aide de l'échelle de Zarit. Par ailleurs, les structures permettant un accueil temporaire pour fournir un répit aux aidants sont insuffisantes sur le territoire et selon le type de structure, leur coût peut être non négligeable. Enfin, ces solutions visent également à éviter la survenue de conflits et de tensions. Lorsque ceux-ci sont inévitables, les solutions proposées doivent permettre de trouver la voie de la médiation.

### **1.7.3.4. Concernant la coordination inter-champs**

Une des solutions proposées est mise à l'essai depuis 2004. Il s'agit de la création des services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD) qui permettent une prise en charge globale à la fois en matière de soins et d'aide dans les actes de la vie

quotidienne. Le bilan de ces structures mixtes est plutôt positif avec une meilleure coordination interne, mais aussi une meilleure coordination avec les autres acteurs, des passages plus fréquents, un meilleur respect des profils de compétences et une meilleure prise en charge globale (126). Ces services permettent de promouvoir le maintien à domicile comme alternative à l'institutionnalisation. Le même constat peut être fait dans le champ du handicap avec les SAMSAH et les SESSAD qui ont vu leurs compétences étendues, en intégrant d'autres structures, afin d'offrir une prise en charge globale et mieux coordonnée. Deux solutions intéressantes ont été testées pour le handicap et pourraient être étendues aux autres champs de la dépendance. La première est une structuration en « dispositif d'accompagnement entre service et établissements d'hébergements adaptés » (126), permettant d'adapter plus facilement le type de prise en charge (à domicile ou en institution) à l'évolution des situations des patients, tout en rendant moins délétères les phases de transition. La seconde est le regroupement et la simplification des structures de coordination, en les adossant aux ESMS sous forme de pôles de compétences et de prestations externalisées (PCPE) (126). Cette expérimentation des PCPE montre qu'ils assurent leur mission de coordination de manière efficace, en prévenant notamment la rupture de parcours soit par la mobilisation des acteurs du territoire soit en délivrant directement des prestations. Cela évite par ailleurs l'empilement de nouvelles structures qui, selon la Cour des comptes, ont des « performances discutables et [complexifient] la lisibilité de l'offre ». L'idée est donc de transférer le portage des DAC aux ESMS déjà implantées. Enfin, pour mieux intégrer les échanges avec le secteur hospitalier, il a été proposé de faire adhérer les ESMS à un groupement hospitalier de territoire (GHT). Cela pourrait permettre de rendre plus fluides les phases de transition, avec une coopération en amont de l'admission. Cependant, comme nous l'avons vu plus haut pour les SSIAD, cela ne garantit pas toujours leur intégration au PMP (cf. supra), sauf si ce GHT est

composé d'un unique établissement de santé pour faciliter et clarifier les échanges. Ce mode de fonctionnement a d'ailleurs été bénéfique pour la coordination lors de la crise du COVID-19 (126). Ces quatre solutions, regroupement des fonctions d'aides et de soins, structuration en dispositif, récupération des missions de coordination par les ESMS et leur intégration aux GHT, sont cumulables et synergiques. Les ESMS deviennent alors des plateformes ayant à la fois une fonction d'appui à la coordination, de maintien de la continuité des soins et de prises en charge globales aux domiciles des patients, tout en facilitant au besoin les transitions entre prises en charge à domicile, hospitalisation et institutionnalisation. Il persiste cependant, comme nous l'avons déjà vu, que le paiement à l'acte des professionnels de santé libéraux ne semble pas favorable aux pratiques de coordination des prises en charge (126). La majoration de la part des rémunérations forfaitaires a d'ailleurs été proposée par la Cour des comptes dans son dossier sur la prévention (115). Ce manque de prise en compte du temps de coordination concerne également les ESMS. Il s'agit notamment de « l'obstacle principal » à la généralisation des SPASAD. Si ces derniers permettent d'intégrer à la fois les aides et les soins au sein d'un même service, ils nécessitent des temps de coordination entre les intervenants à prendre en compte, ainsi qu'une meilleure organisation entre l'ARS et le département (126).

#### **1.7.3.5. Concernant les démarches qualité**

Pour faciliter leur évaluation, « la HAS a été missionnée pour élaborer un référentiel pour l'ensemble des ESMS » (126). Celui-ci a été mis en place en novembre 2021 et aucun retour n'est encore disponible. Deux limites persistent concernant la qualification et le contrôle des ESMS. Tout d'abord, le temps disponible aux ARS pour assurer le contrôle des ESMS qui, pour l'instant, restent ciblés sur certaines structures, notamment les EHPAD, et ne concernent que très rarement les services de prise en

charge à domicile (126). Mais également, l'absence d'indicateur efficace et efficient d'évaluation de l'activité de ces ESMS.

#### **1.7.3.6. Concernant les particularités du travail à domicile**

Afin de prendre en compte les récriminations sur l'aspect chronophage, la mise en place de visites coordonnées entre les acteurs, voire avec les aidants, semble pertinente. Cela permet d'éviter des redondances inutiles, d'en améliorer le bénéfice, et donc l'efficience, et de les rendre plus fluides. La présence de plusieurs acteurs ou d'aidants au moment de la visite permet à la fois un temps de coordination, mais également une aide humaine qui peut s'avérer bénéfique. Cependant, une telle visite impose une coordination des agendas, complexe, voire impossible, un outil numérique pourrait améliorer cela (cf. infra).

Un travail sur la coordination n'est probablement pas suffisant. En effet, d'après la revue de la littérature du Docteur TEKAYA, les médecins souhaitent « une revalorisation de l'acte de visite en plus d'une communication et d'explication aux patients » (130). Comme nous l'avons vu, ces insuffisances en matière de rémunération concernent également le secteur salarial (126,127) et sont, avec la pénibilité, la principale cause du manque d'attractivité du secteur.

Afin de réduire la pénibilité, un guide pratique visant à améliorer la qualité de vie au travail a été mis en place par la direction générale de la cohésion sociale (158). Sa principale limite est le manque d'outils pratiques (126). D'autres solutions sont à l'étude, notamment la « mutualisation par groupement d'employeurs médico-sociaux » (126) qui permet un partage des salariés entre plusieurs ESMS, avec pour double objectif d'améliorer le taux de temps pleins et de réduire la pénibilité du travail. Ce regroupement est en lien avec la réorganisation du maillage territorial des ESMS que nous avons abordé plus haut.

Une autre alternative pour améliorer l'attractivité est la mise en place du modèle « Buurtzorg » (126). Ce modèle provient d'une organisation homonyme créée aux Pays-Bas en 2006. Il s'appuie sur la mise en place d'équipes d'infirmiers autonomes avec des fonctions managériales intervenant dans un secteur géographique proche de leur domicile. Tout en restant salariées, les équipes sont autodirigées avec des prises de décisions collectives et consensuelles, sans notion de hiérarchie en leur sein. Elles bénéficient du support d'un système d'information intégré, qui prend en charge les « activités qui ne relèvent pas du cœur du métier » (159). Les premiers constats du côté des patients sont une amélioration de la qualité des soins, avec une récupération plus rapide et moins d'admissions aux urgences. Du côté des équipes, il est constaté une meilleure attractivité, productivité, efficacité ainsi qu'une réduction de l'absentéisme (159). Depuis 2017, il est déployé en France avec l'association « Soignons Humain ». Cette association, sans négliger le principe de l'autonomie, a surtout mis en avant le « travail en équipe [...], la construction d'une autonomie collective, dans un cadre salarié, permettant de valoriser le temps passé auprès des patients sans avoir à se préoccuper du nombre de patients et d'actes à réaliser » (160). Pour aller plus loin dans cette optique d'attractivité et de qualité des soins, l'association a poussé les pouvoirs publics à remettre en question la tarification à l'acte, avec l'expérimentation « Équilibres » (119). Celle-ci a débuté depuis 2019 et se déroule sur 5 ans ; elle vise à remplacer le paiement à l'activité par un « paiement au temps passé ». L'expérimentation s'appuie non seulement sur les équipes de « Soignons Humain », mais également sur des équipes libérales. Cette expérimentation paraît intéressante que ce soit pour la qualité des soins, mais aussi l'attractivité des métiers de la santé ; nous l'avons d'ailleurs évoquée précédemment. L'une des limites probables du système choisi, quel qu'il soit, est l'absence de prise en charge par

l'Assurance maladie de certains acteurs pourtant considérés comme essentiels au maintien à domicile, tels que les ergothérapeutes.

Enfin, pour ce qui est du « mode dégradé », l'usage de logiciels disponibles en mobilité semble être une solution assez évidente et efficace. Elle est cependant utilisée dans moins de 8% des cas, notamment pour des raisons financières, de sécurisation de l'information ou d'effet délétère sur la relation médecin-patient (130,144).

Maintenant que nous avons vu les principales problématiques du maintien à domicile, ainsi que les solutions proposées, notamment en matière de coordination des soins, nous allons étudier l'apport d'un outil numérique de coordination des soins. Avant d'aborder cela, une parenthèse sur la domotique et les objets connectés nous semble intéressante, afin d'avoir une vision globale des solutions existantes.

#### **1.7.4. Place de la domotique et des objets connectés**

Tout comme les outils numériques de coordination des soins, les objets connectés font partie de ce que nous appelons l'e-santé ; plus précisément, ils appartiennent à la catégorie de la m-santé, qui contient en plus les applications santé, les capteurs... Dans sa thèse le Docteur RAMAY s'est intéressé au sujet de « l'intérêt des objets connectés de santé pour le maintien à domicile du sujet âgé » (161). D'après ses résultats, leurs intérêts sont nombreux. Le plus important, car il conditionne tous les autres et concerne tout le monde, est le recueil d'informations sur l'environnement, un changement aigu (chute) ou au contraire insidieux (perte d'appétit, asthénie...). Ce recueil est particulièrement essentiel, car il apporte quelque chose que nous ne pouvons pas avoir autrement, à savoir son caractère continu. Il est d'autant plus intéressant qu'il peut prendre en compte plusieurs facteurs, selon le nombre et le type d'objets connectés. De cet élément central, il découle ensuite d'autres intérêts pour les soignants, car ils permettent d'améliorer et de faciliter une part importante de leurs

missions : de la prévention à la prise en charge thérapeutique, en passant par les capacités diagnostiques. De plus, selon les circonstances, ils offrent un gain d'efficience et une amélioration de l'exercice coordonné, grâce à l'accès commun aux informations. L'intérêt pour les patients est que leur présence permet d'aider au maintien à domicile et de prévenir indirectement la perte d'autonomie par l'amélioration de la qualité et de la vitesse de prise en charge, tendant ainsi à améliorer les pronostics. À titre d'exemple, une chute avec une station au sol de moins d'une heure n'aura pas le même impact qu'une chute avec une station au sol de plus de huit heures. Un dernier intérêt, qui concerne l'ensemble des acteurs, est la réassurance, qui offre plus de sérénité.

Parmi les limites pour les soignants, nous retrouvons le manque d'information sur le sujet, le manque de régulation, le surcoût engendré et la perte de temps, liée à la fois au manque de synthèse des données ainsi qu'à la présence de données non pertinentes. Les médecins généralistes interrogés soulignent que ces objets connectés ne sont pas et ne doivent pas devenir des palliatifs au manque d'effectif. Pour les patients et les aidants informels, ils posent le souci de la confidentialité, avec le cadre législatif, mais également le caractère intrusif et ses conséquences à ne pas négliger. Il y a également les cas de mésusage, qu'il s'agisse d'oubli, d'un usage inadapté ou abusif ou encore du refus d'usage « par peur de déranger ». La question du coût se pose également.

D'autres thèses ont été réalisées, étudiant différents objets connectés (162), mais nous manquons d'études comparatives afin d'évaluer leur bénéfice réel sur le nombre d'hospitalisations et la perte d'autonomie. Le prérequis à ces études est une meilleure diffusion et une meilleure acceptation de ces objets connectés.

Le sujet des objets connectés est ici abordé, car leur association à un outil numérique de coordination des soins semble synergique. En effet, les informations recueillies



peuvent venir alimenter l'outil numérique, pour en améliorer l'efficacité. Un tel projet nécessite de mettre en place une interopérabilité des capteurs entre eux, avec l'outil numérique de coordination des soins et avec le logiciel métier des soignants. Différents travaux montrent que même si la mise en place d'une « passerelle » de communication entre ces capteurs et des applications est réalisable (163), des problèmes en matière d'interopérabilité ou de sécurité de l'information persistent. La nécessité de mettre en place un cadre légal en matière d'interopérabilité et de confidentialité s'impose donc.

#### **1.7.5. Place des outils numériques de coordination des soins dans le maintien à domicile.**

Avant de détailler les avantages d'un outil numérique de coordination des soins, nous allons énoncer quelques constats afin d'appuyer nos hypothèses.

Dans la revue de la littérature qu'elle réalise dans sa thèse, le Docteur LE MANER (144) met en évidence que l'application mobile la plus attendue par les médecins est celle permettant d'avoir accès au dossier médical des patients. Plus récemment, la revue de la littérature réalisée dans la thèse du Docteur TEKAYA (130) met en évidence qu'il y a une confusion des médecins entre le dossier de liaison et le dossier médical à domicile. Ces derniers utilisant le dossier de liaison en lieu et place du dossier médical, « mais ils admettent manquer d'informations strictement médicales ». Un autre problème mis en avant est le manque d'accessibilité du dossier de liaison depuis le cabinet des médecins. Dans leur vision du futur, les médecins imaginent un logiciel médical informatisé, ergonomique, pratique, mobile, accessible et modifiable en visite, permettant d'éditer des ordonnances à domicile et de communiquer avec les autres intervenants (130). Ces dernières années, les pouvoirs publics ont poussé vers l'informatisation, l'interopérabilité, la sécurisation de l'information. Cependant, cela n'a

pas toujours été suffisant. L'échec initial du DMP en est un bon exemple. Pour autant, l'idée est bonne et semble efficiente à l'étranger, à tel point qu'il existe un engouement des GAFAM (acronyme des géants du Web : GOOGLE®, APPLE®, FACEBOOK®, AMAZON® et MICROSOFT®) pour ce sujet (164). Les projets actuels et à venir vont encore plus loin ; ils s'appuient sur l'urbanisation, l'interopérabilité et la sécurisation des systèmes d'information en santé (165). Mon Espace Santé (qui intègre le DMP), la messagerie professionnelle (MSSanté), la e-prescription et les services numériques de coordination font partie des projets socles de la doctrine du numérique en santé (165).

Concernant les ESMS, il est nécessaire de les numériser, d'autant plus s'ils deviennent le support de la coordination comme cela est proposé. En effet, d'après le tableau de bord de l'Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) réalisé en 2018, il existe une carence dans l'informatisation des ESMS intervenant à domicile comparativement aux autres secteurs (166,167). Cette carence a poussé les pouvoirs publics à mettre en place le « programme de transformation numérique des ESMS » (165). Il prévoit le déploiement d'un dossier usager informatisé (DUI), la mise en place de services numériques à destination des usagers, la mise aux normes par rapport aux référentiels et aux services socles, l'investissement dans l'innovation, l'accompagnement des acteurs et la mise en place d'outils de pilotage (165). Cela impose aux éditeurs de mettre en place des logiciels avec une meilleure interopérabilité et une meilleure sécurisation des données (126).

En nous appuyant sur l'ensemble de ces constats et sur les problématiques liées au maintien à domicile, un outil numérique de coordination des soins semble être un réel atout. Il doit permettre d'améliorer la continuité des soins et la gestion des phases de transition.

Un outil numérique va permettre aux professionnels d'améliorer le partage de l'information entre eux. En premier lieu, à l'aide d'une messagerie instantanée, qui permet un échange fluide, rapide et sécurisé. Elle est notamment intéressante en matière de continuité des soins lorsque survient un événement aigu ou pour effectuer une demande à autre acteur. En second lieu, à l'aide d'un dossier de liaison numérique, qui doit permettre d'assurer la traçabilité des informations recueillies au domicile lors des visites. Ce dossier doit également contenir des éléments essentiels, tels que l'ordonnance et la biologie de référence, les derniers comptes-rendus de spécialistes, le dernier compte-rendu d'hospitalisation, une fiche d'antécédents, le projet personnalisé de santé. Ce dossier ne doit pas pour autant remplacer le dossier patient de chaque professionnel, mais il doit permettre aux acteurs, qui ont la nécessité et l'autorisation d'y accéder, de prendre en charge les patients de manière sûre, efficace et efficiente. Son objectif n'est donc pas d'être exhaustif, comme nous pourrions l'exiger du dossier du médecin traitant ou du DMP. De plus, cet outil numérique doit permettre aux professionnels de ne pas perdre du temps et même d'en gagner. Pour cela, il doit être interopérable avec l'ensemble des logiciels métiers des différents acteurs, qu'ils travaillent en ville ou à l'hôpital, dans le secteur sanitaire ou social. Il doit donc permettre le transfert ou la récupération de données entre les logiciels.

Concernant la problématique d'accès aux soins liée à la méconnaissance des autres acteurs, un tel outil peut fournir une aide certaine à travers un annuaire des professionnels. Dans le cadre du maintien à domicile, un tel outil peut aussi améliorer la communication entre les professionnels, les patients et les aidants. En réalisant cela, il permet de fournir un meilleur soutien et une meilleure assistance, notamment dans la gestion des épisodes aigus. D'autant plus, qu'en accélérant le recueil de ces épisodes, cela peut permettre d'en améliorer la prise en charge. Cela permet

également de faciliter et de centraliser les retours, afin de les associer aux orientations choisies et ainsi prendre en compte les directives de la loi du 2 janvier 2002 relative à l'action sociale et médico-sociale (168).

Même si ce projet s'intègre in fine dans « Mon Espace Santé », un tel outil peut fournir un agenda numérique partagé, afin de mieux coordonner les passages des différents acteurs voire de mettre en place des visites coordonnées. L'objectif est ici d'assurer au mieux la surveillance des patients fragiles, mais également de mettre en place des visites coordonnées.

Par ailleurs, cet outil ne doit pas négliger la sécurisation de l'information ou le droit au respect de la vie privée des acteurs professionnels. Cette sécurisation passe notamment par des accès dont les autorisations sont limitées selon le profil de l'utilisateur.

Enfin, par essence, un tel outil doit être mobile pour l'ensemble de ses fonctions essentielles. Cela implique l'existence d'un mode hors ligne pour pouvoir également travailler dans les « zones blanches ».

En réalisant l'ensemble de ces fonctions, un outil numérique de coordination des soins permet donc de centraliser en un même lieu plusieurs éléments essentiels à une meilleure coordination, qu'il s'agisse du dossier de liaison ou de modalités efficaces de communication et d'organisation des soins, tout en étant synergique avec les outils métiers propres à chaque professionnel.

Pour conclure, nous avons détaillé un certain nombre de problématiques qui ne relèvent pas de la coordination des soins (financement, rémunération, démographie), d'abord pour être exhaustif, mais aussi, et surtout, car il nous semble qu'une part non négligeable de ces problèmes, de leurs causes et de leurs conséquences, pourrait être améliorée grâce à une meilleure coordination, et donc une meilleure organisation, des

soins. Pour nous, au-delà de l'intérêt des outils numériques, qui est l'objet de cette thèse, plusieurs pistes sont prometteuses, sans forcément nécessiter d'investissements démesurés. La première est la réorganisation des DAC et des ESMS en un dispositif unique regroupant les fonctions d'aide et de soins, à la fois au domicile et en institution ; ce dispositif ayant également une fonction de coordination. Une convention entre les DAC et certaines ESMS de leur territoire pour assurer les ruptures de continuité de soins est également une alternative possible. Ce dispositif doit être en lien d'un côté avec les acteurs du terrain, en prenant une part active aux réunions de CPTS par exemple, mais également avec les services hospitaliers, en s'intégrant aux GHT. Cela peut améliorer fortement la continuité des soins, pour réduire les transitions d'un secteur à l'autre, tout en les simplifiant lorsqu'elles s'avèrent nécessaires. Cette organisation de la coordination autour des « ESMS, [...] des établissements de santé [...] et des professionnels exerçant dans des structures d'exercice coordonné » est une proposition de la Cour des comptes (126). Elle se propose même d'en faire un des « objectifs assignés aux directeurs généraux des ARS dans le cadre des CPOM [contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens] entre l'État et les ARS » (126). Cependant, cette proposition ne tient pas compte du caractère chronophage d'un tel système dans un contexte de saturation des plannings des professionnels des systèmes sanitaires et sociaux. Défaut que ne présente pas un outil numérique de coordination des soins. De plus, une autre limite concerne à la fois les patients et les professionnels de santé : la notion de libre de choix du patient. Cette question fait d'ailleurs débat comme nous le verrons dans le questionnaire national.

L'une des alternatives à cette organisation uniquement basée sur des structures d'exercices et de soutien à la coordination est de mettre en avant un exercice coordonné « plus libre », s'appuyant sur des outils numériques favorisant, facilitant et sécurisant les interactions. Pour peu que ces outils soient efficaces, ce mode

d'exercice coordonnée n'aurait probablement rien à envier à une coordination « plus structure dépendante ». Les autres pistes intéressantes à évoquer, et qui ne sont pas forcément antinomiques avec la précédente, sont celles du modèle « Buurtzorg » (modèle salariale autonome) (126) ou de l'expérimentation « Équilibre » (modèle de tarification au temps passé) (119) qui permettent d'améliorer à la fois l'attractivité, la qualité des soins et leur efficacité. L'intérêt d'un outil numérique de coordination des soins en parallèle de ces pistes reste évident ; principalement, car il permet un partage de l'information sécurisé, efficace et efficient. C'est un réel atout afin d'améliorer la qualité des soins.

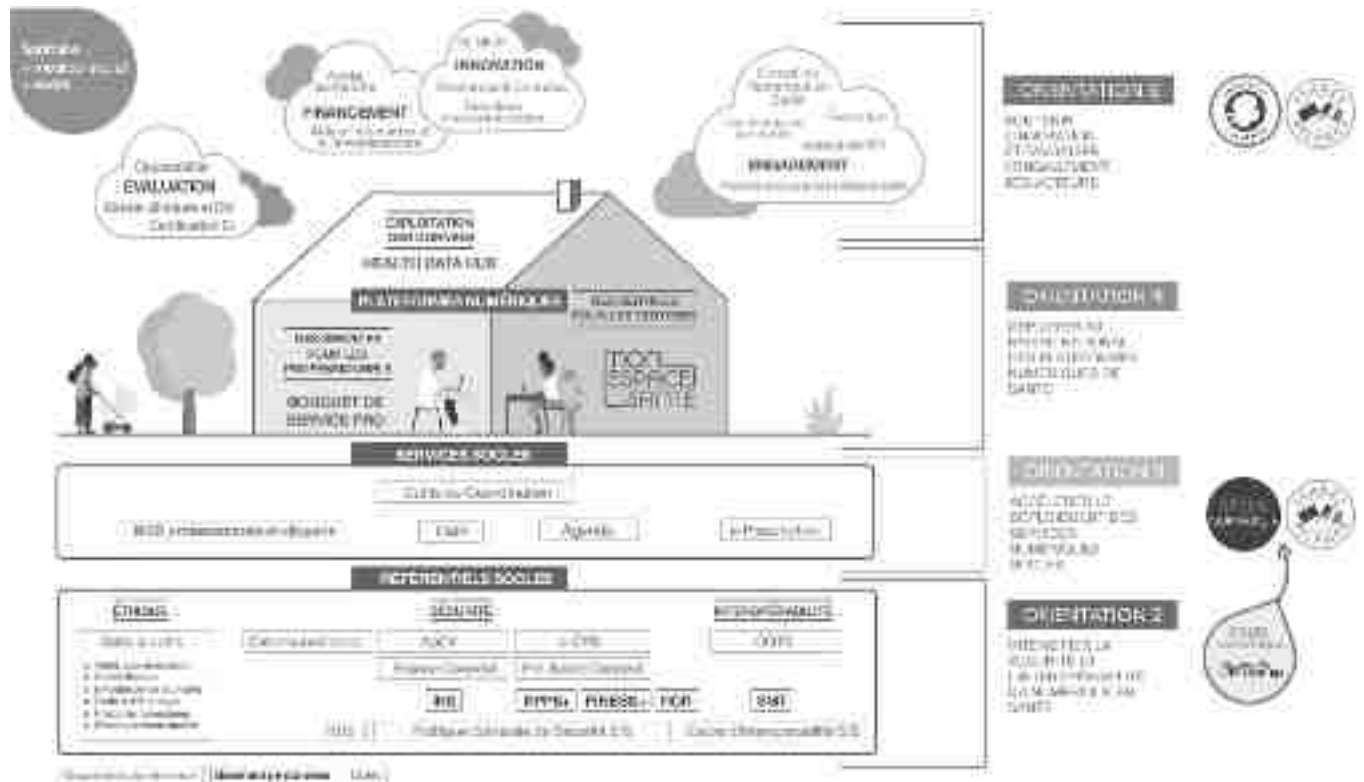
## **1.8. Présentation de la feuille de route « Accélérer le virage numérique en santé »**

Maintenant que nous avons vu les conséquences du manque de coordination de notre système de santé et en quoi l'usage d'outils numériques de coordination des soins est une solution appropriée, nous allons présenter la feuille de route du Gouvernement en matière de numérique (Illustration 6). L'objectif est de voir s'il existe une cohérence entre les problèmes de coordination, les solutions numériques mises en avant et le projet du Gouvernement sur le numérique en santé. Cette feuille de route a été esquissée le 18 septembre 2018 avec le dossier de presse « Ma Santé pour 2022 » (20), puis annoncée par la ministre chargée de la Santé le 25 avril 2019 (169), instituée le 24 juillet 2019 par la loi « Ma Santé pour 2022 » (23) et encadrée par la dernière version de la Doctrine du numérique en santé datant de janvier 2022 (165). Cette feuille de route s'appuie sur 5 grandes orientations :

- renforcer la gouvernance du numérique en santé,
- intensifier la sécurité et l'interopérabilité des systèmes d'information en santé,
- accélérer le déploiement des services numériques socles,

- déployer au niveau national les plateformes numériques de santé,
- soutenir l'innovation et favoriser l'engagement des acteurs (169).

**Illustration 6 : Feuille de route « accélérer le virage numérique en santé »**



D'après le Ministère de la santé et de la prévention et l'agence du numérique en santé (<https://esante.gouv.fr/virage-numerique/feuille-de-route>)

## 1.8.1. Les 5 axes

### 1.8.1.1. Renforcement de la gouvernance

Ce renforcement passe par la création d'une délégation ministérielle du numérique en santé qui pilote l'Agence du numérique en Santé, avec pour mission générale de mettre en œuvre la politique du numérique en santé. Cette politique s'appuie également sur une concertation avec les acteurs du système de santé à travers le Conseil du numérique en santé, ainsi que sur une réflexion éthique à travers une cellule éthique (169).

### **1.8.1.2. Intensification de la sécurité et interopérabilité des systèmes d'information**

Cette intensification passe avant tout par « l'identification numérique des acteurs de santé », qu'il s'agisse des professionnels ou des patients. Cela doit se faire à l'aide d'une authentification dématérialisée, par exemple via des outils tels que « l'appli Carte Vitale (à venir) ou la e-CPS [carte de professionnels de santé électronique] ». Cette authentification s'appuie sur des données, telles que l'identifiant national de santé (INS), le répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS), le fichier national des établissements sanitaires et sociaux (FINESS). Si la plupart de ces données sont déjà connues et utilisées pour identifier les professionnels, leur usage numérique et dématérialisé est novateur. La création de l'INS est également une nouveauté ; celui-ci s'appuie sur le numéro de sécurité sociale ou numéro d'inscription au répertoire (NIR), le nom de naissance, le prénom, le sexe, la date et le lieu de naissance. Il était initialement prévu de s'appuyer uniquement sur le NIR, ce qu'a refusé la CNIL en 2007 ; pour au final accepter en 2021 le NIR comme nouvel identifiant du DMP. La mise en œuvre de l'interopérabilité s'appuie sur le centre de gestion des terminologies de santé (CGTS) qui va tout d'abord mettre en place un « Espace de Confiance des Terminologies » au sein duquel il constitue une « base de termes de référence » (170). Il va ensuite rendre interopérables ces termes de référence en les mettant en relation à l'aide d'un Serveur Multi-Terminologies (169–172).

### **1.8.1.3. Accélération du déploiement des services numériques socles**

Cette accélération correspond au déploiement de services fondamentaux permettant la circulation efficace et sécurisée des données de santé et donc utiles à la coordination des soins. Il s'agit du DMP, qui doit permettre de stocker sur une plateforme sécurisée et accessible l'ensemble des données d'un patient, de la messagerie sécurisée de santé (MSS), qui comme son nom l'indique sécurise la



circulation des données, de la e-prescription, qui a pour fonction de faciliter et de sécuriser le circuit allant de la prescription à la dispensation des médicaments, et les services numériques territoriaux de coordination de parcours, qui sont issus du programme e-parcours que nous aborderons un peu plus loin (169).

#### **1.8.1.4. Déploiement au niveau national des plateformes numériques en santé**

Ces plateformes doivent accueillir à la fois les services numériques socles, mais également l'ensemble des applications du système de santé. Ces plateformes ont pour objectif de fournir « des espaces numériques fiables et simples d'accès. Elles sont régies par des « règles d'urbanisation, d'interopérabilité, de sécurité et d'éthique » fixées par les pouvoirs publics et sont au nombre de trois.

- L'Espace Numérique de Santé ou Mon Espace Santé, permettant aux citoyens d'accéder à des services numériques de santé de manière rapide, efficace et sécurisée et ainsi de devenir plus facilement acteurs de leur santé. Ces services comprennent :
  - Le DMP afin qu'ils puissent le consulter, ajouter ou récupérer des documents
  - Une messagerie sécurisée pour leur permettre d'échanger avec les professionnels de santé
  - Un agenda coordonné avec celui des autres professionnels de santé (à venir)
  - Un store comprenant des applications en santé validées et agréées (à venir)
- La plateforme de bouquets de services pour les professionnels qui a la même fonction, mais du côté des professionnels.

- Le Health Data Hub qui doit permettre de collecter l'ensemble des informations issues des systèmes d'information en santé de manière sécurisée et anonymisée, afin de faciliter la recherche en santé de même que les études épidémiologiques ; cela dans un intérêt collectif (169).

#### **1.8.1.5. Le soutien à l'innovation et à l'engagement des acteurs du système de santé**

Ce soutien passe par la mise en place de divers programmes, tels que HOP'EN, pour « Hôpital numérique ouvert sur son environnement », qui cible l'hôpital, et divers plans, tels que le plan ESMS numérique. En médecine de ville ambulatoire, le Ségur numérique doit permettre de systematiser et automatiser l'alimentation du DMP par les comptes-rendus des professionnels de ville, car le caractère chronophage de l'alimentation les détourne encore actuellement de ce DMP. Le soutien à l'innovation passe également par le Guichet National de l'Innovation et des usages en e-santé (G\_NIUS) qui a pour but d'aider les acteurs de l'e-santé et de favoriser leur émulation. L'objectif de l'ensemble de ces éléments est de faciliter l'innovation dans le domaine du numérique en santé (169,173).

#### **1.8.2. Le programme e-parcours (174)**

Le programme e-parcours a pour objectif d'organiser « la mise à disposition d'un bouquet de services numériques de coordination aux professionnels » pour mettre en place « la transformation numérique du parcours de santé » ; parcours de santé qui doit être coordonné, et donc décloisonné. Ce programme s'appuie sur les plateformes et services socles que nous avons vus précédemment. Il a d'ailleurs pour autre objectif d'alimenter ces plateformes en applications utiles à la gestion des parcours. Il va avoir une action parallèle au programme HOP'EN qui cible les hôpitaux : ensemble, ils vont permettre d'assurer le lien ville-hôpital et donc la continuité des soins.

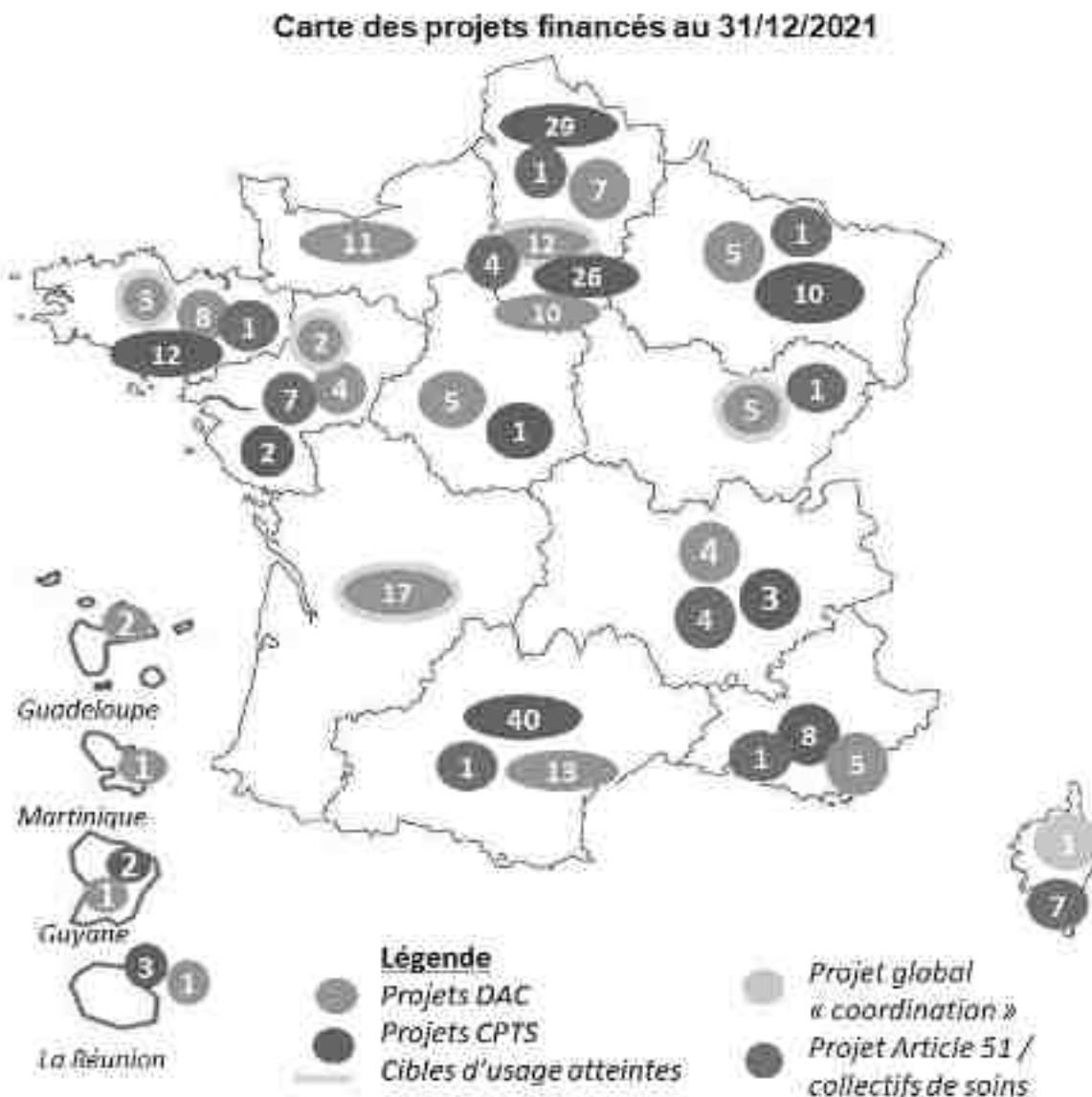
Il comprend aussi un financement « de projets organisationnels et numériques » ciblant la coordination des soins et qui seront menés par des structures coordonnées (exemple : CPTS) et assistés par les DAC (Illustration 7).

Ce financement concernera également les « services numériques déployés », à condition qu'ils atteignent les cibles correspondant aux besoins des professionnels et à la Doctrine Technique du numérique en santé. À la date du 31 décembre 2021, le programme e-parcours « a permis de financer 279 projets territoriaux » pour un montant total engagé de 144,21 millions d'euros (174).

L'action de ce programme qui est le plus en adéquation avec le sujet de cette thèse est le déploiement des outils régionaux de coordination (Illustration 8). Le choix de ces outils régionaux se fait au sein du Réseau des Acheteurs Hospitaliers (Resah), à partir d'un accord-cadre définissant un cahier des charges conforme aux exigences de la Doctrine Technique du Numérique. Après l'appel d'offres, 4 consortiums ont été retenus : MAINCARE®-ENTRACTE®, MEDIALIS®, ORION-HEALTHCARE®-KILAB® et SWORD® récemment renommé COEXYA®. S'ils répondent effectivement au cahier des charges national, les outils développés par ces consortiums devront être « déclinés, paramétrés et ajustés pour répondre aux besoins du terrain », tout en gardant « une certaine homogénéité ». Au niveau territorial, le choix de l'outil, son paramétrage et son déploiement se fait sous la direction des GRADeS, eux-mêmes sous la dépendance de leur ARS. En 2021, l'usage de ces outils a progressé de 49%. La région Grand Est avait désigné l'entreprise MAINCARE® afin de mener à bien ce projet dès 2020, mais celle-ci n'a malheureusement pas pu tenir ses engagements en termes d'évolutions, ce qui a amené la région à lancer un nouvel appel d'offre très récemment attribué, raison pour laquelle elle apparaît en blanc dans la carte ci-dessous (174). Ces éléments seront détaillés dans la deuxième partie.

Pour conclure, les mesures présentées dans la feuille de route « Accélérer le virage numérique en santé » sont cohérentes avec les problématiques que nous avons soulevées : la nécessité de mettre en place des outils efficaces, sécurisés, interopérables et simples d'usage afin de fluidifier l'échange d'informations entre les acteurs du système de santé. Selon un rapport du Sénat publié en juin 2021 (175), si des outils numériques ayant les caractéristiques souhaitées ci-dessus avaient existé au moment de la crise du COVID-19, sa gestion aurait pu être améliorée. Ce rapport sera détaillé plus loin.

### Illustration 7 : Carte des projets organisationnels et numériques financés



**Source** : projets validés par la DGOS ; **réalisation carte** : DGOS

D'après le Ministère de la santé et de la prévention (<https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/e-sante/sih/article/le-programme-e-parcours>)

## Illustration 8 : Carte des outils régionaux de coordination déployés

Solutions déployées sur le territoire national et recours à l'accord-cadre du Resah



D'après le Ministère de la santé et de la prévention (<https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/e-sante/sih/article/le-programme-e-parcours>)

### 1.9. L'impact de la pandémie de COVID-19

Nous avons commencé par montrer l'importance qu'a prise la coordination des soins au fil des années. Puis nous avons mis en évidence que, malgré les projets de loi successifs, cette coordination n'est pas encore suffisante, avec des conséquences sur la qualité des soins. Enfin, nous avons tenté de mettre en avant l'intérêt d'un outil numérique de coordination des soins au regard des problématiques soulevées. Ces premières parties ont eu pour objectif de justifier le choix de la politique « Ma Santé pour 2022 » de s'appuyer sur la coordination des soins et les outils numériques afin d'améliorer le système de santé. Cependant, comme nous le signalions en introduction, les évolutions du système de santé de ces dernières années ont également eu lieu en contexte de crise sanitaire. La pandémie de COVID-19, responsable de 130 000 à 146 000 morts en France entre mars 2020 et décembre

2021(176), ne peut être qualifiée autrement que de crise sanitaire majeure. Nous allons voir en quoi elle permet d'appuyer l'importance de la coordination des soins et des outils numériques.

### **1.9.1. Impact de la pandémie à COVID-19 sur la coordination des soins**

#### **1.9.1.1. Impact général de la pandémie à COVID-19 sur la coordination des soins**

Afin d'évaluer l'impact du COVID-19 sur la coordination des soins, nous allons commencer par nous appuyer sur l'enquête Execo2, réalisée sous l'égide de l'IRDES entre mars 2020 et mars 2021. Cette enquête a pour but d'évaluer « l'exercice coordonné en soins primaires face à l'épidémie de COVID-19 » (177). Le premier volet de cette enquête, paru durant l'été 2021, s'intitule « Les soins primaires face à l'épidémie de COVID-19. Entre affaiblissement et renforcement des dynamiques de coordination territoriale » (178). Avant d'analyser les résultats de cette enquête, il faut souligner que les auteurs distinguent trois types de dynamiques : la « coopération (pluri)professionnelle », via par exemple une organisation sous forme de MSP, de CS ou d'équipe de soins primaires, la « coordination intersectorielle » et « l'intégration territoriale » de ces différentes organisations, par exemple à l'aide de la mise en place d'une CPTS. Ces dynamiques sont différentes et ne sont pas développées de la même façon selon les territoires, mais elles relèvent bien toutes de la coordination des soins. La première partie de cet article détaille les modalités de la coordination des soins des territoires analysés pré-COVID-19, selon les trois dynamiques suscitées et leur ancienneté. L'objectif est de voir en quoi l'état des lieux antérieur a influencé les évolutions observées pendant la crise sanitaire (178), permettant d'arriver à plusieurs constats. La suite de notre propos est une synthèse de cet article.

Le premier constat est l'existence de deux réactions durant la crise ; ces réactions ont pu être successives ou simultanées.

La première correspond à une réaction initiale « de repli sur des logiques professionnelles ou des routines organisationnelles », quel que soit le degré de coordination antérieur. Cette réaction est à mettre en parallèle avec les directives gouvernementales. En effet, dans un premier temps, seul l'hôpital était habilité à prendre en charge les cas de COVID-19 du diagnostic au traitement, avec une limitation de l'accès aux structures de ville. Cela a abouti à une limitation de l'accès des patients à leur médecin traitant et à la fermeture d'un certain nombre de cabinets de spécialistes et de professionnels paramédicaux. Il y a donc eu un impact initial négatif sur la dynamique de coordination des soins. Cette organisation en groupe professionnel est liée au manque de directives claires, mais également au manque d'informations des uns (infirmier, aide à domicile) ou au contraire à la surcharge d'informations des autres (médecin). Ces deux phénomènes expliquent le réflexe de repli et de recentrage nécessaire aux professionnels de santé pour leur permettre d'identifier leur rôle dans la gestion de cette épidémie ainsi que la façon d'organiser leur activité (178).

La deuxième réaction correspond à l'activation et l'amplification des dynamiques préexistantes de coordination des soins primaires. Dans ce phénomène, nous retrouvons une corrélation entre le degré de développement de la coordination des soins avant l'épidémie et l'importance de l'amplification et la diffusion de celle-ci pendant l'épidémie, alors que l'intensité de l'épidémie elle-même ne semble pas avoir une influence considérable sur l'amplification de la coordination des soins. Sur ce point, l'enquête met en évidence un autre élément intéressant : cette impulsion positive à la coordination des soins n'a pas eu lieu en l'absence de coordination des soins antérieurement à l'épidémie. En d'autres termes, « l'épidémie ne génère pas de coordination des soins primaires là où celle-ci n'existait pas ». Cela tient au fait que les équipes déjà soudées et organisées arrivent plus facilement à se mobiliser, et ainsi

impulser un mouvement de coordination à l'ensemble de leur territoire (178). À titre d'exemple, la cohésion d'équipe dans certains secteurs pousse certains paramédicaux, dont l'activité a cessé, à se rendre disponibles pour soutenir les autres acteurs. A contrario, dans les territoires où il existait peu, voire pas, de coordination des soins avant la crise, les acteurs ont tendance à conserver leur mode de fonctionnement. Ils n'ont donc pas mis en place d'actions coordonnées. Dans ces territoires, les actions coordonnées mises en place sont plutôt « descendantes », en provenance des départements, voire des régions. Ces actions, si elles sont positives, sont à la fois moindres et moins bien organisées que les actions locales. Elles n'ont pas tendance à accélérer le processus de coordination locale (178).

Le deuxième constat est l'impact ambivalent de cette coordination « descendante » (ARS, conseils départementaux...). Celle-ci a pu être soit synergique ou, au contraire, contre-productive avec la coordination locale « ascendante ». Le déterminant de cette impulsion positive ou négative est la présence ou non d'une intégration territoriale de la coordination locale des soins. Dans les territoires où cette intégration est en place, les consignes « descendantes » se sont faites en accord avec les structures en place, afin d'obtenir une action synergique. Alors que là où il n'y a pas d'intégration territoriale de la coordination locale des soins, ces consignes « descendantes » ont créé des tensions ou ont été contre-productives. Ce constat a pour conséquence une volonté d'augmenter l'intégration territoriale par la mise en place ou le renforcement de CPTS, avec une accélération des projets déjà en cours et une légitimation des projets en discussion. Nous observons un rôle central des médecins quelle que soit la dynamique (178).

Le troisième constat est un impact également variable sur la coordination ville-hôpital. L'enquête révèle un impact globalement négatif, quelle que soit l'intensité départementale de l'épidémie, avec tout de même une certaine corrélation entre



l'intensité de l'épidémie et la négativité de l'impact. Cependant, cet impact négatif n'est pas global. Il concerne plus la relation entre la ville et les services d'hospitalisation que celle entre la ville, le SAMU et le SAU. De plus, l'existence d'une structure territoriale de coordination (CPTS, GHT, réseau ville-hôpital) a permis dans certains cas un renforcement de la coordination. Dans les faits, cela s'est traduit par une meilleure communication, avec la mise en place de protocoles d'orientation et de prise en charge, une amélioration de la transition assurant une meilleure continuité des soins et surtout par un transfert de tâches de l'hôpital vers la ville, permettant ainsi un désengorgement de l'hôpital (178). C'est le cas qu'il s'agisse de la prise en charge des cas non compliqués, de la surveillance post-COVID ou encore de la gestion des maladies chroniques, qui a été partiellement déléguée (179). Ce constat du rôle essentiel des structures territoriales de coordination dans le maintien et le renforcement du lien ville-hôpital est retrouvé dans d'autres sources qui mettent en avant les mêmes applications pratiques sur la communication, la transition et la répartition des tâches entre la ville et l'hôpital (180).

Enfin, cette enquête a montré que l'épidémie a permis de mettre en place une collaboration plus rapprochée et plus forte entre le milieu hospitalier public et les établissements hospitaliers privés. En permettant notamment d'ouvrir des lits de réanimations dans les établissements privés, grâce à l'action des ARS et en mettant en place des services et des lits dédiés dans les établissements privés. Cette coordination a pu se faire grâce à des rencontres fréquentes entre les directeurs, les présidents des commissions médicales d'établissement et les institutionnels (ARS et préfecture). Il n'est cependant pas sûr que ce mode de fonctionnement soit pérenne. La conclusion de cette enquête est que des « tensions demeurent [...] autour de rapports de force politiques et institutionnels, entre alliances et concurrences pour assurer le contrôle de l'organisation territoriale des soins primaires » (178). Cette

enquête montre que la pandémie de COVID-19 est responsable de « deux mouvements antagonistes d'affaiblissement ou de renforcement des dynamiques préexistantes » de coordination et de coopération. Elle n'a cependant pas permis la création de nouvelles dynamiques. Le principal facteur influençant l'évolution de ces dynamiques est « l'histoire des relations entre les acteurs sur les territoires » ; les autres éléments en relation avec « l'intensité de l'épidémie, la densité de l'offre de soins ou encore les caractéristiques sociodémographiques de la population » ont eu des effets « indirects et contrastés ». Par ailleurs, d'après l'étude Execo2, il semblerait que l'existence d'une intégration territoriale de la coordination ait eu un impact positif sur la coordination durant la crise, en permettant d'améliorer la coordination ville-hôpital. Cette intégration permet aussi de simplifier la communication avec les instances décisionnaires, et ainsi d'avoir une action synergique. Ces actions synergiques ont souvent été porteuses de la création de centres de consultations ambulatoires dédiés à la COVID-19 (CAD-Covid).

Les travaux universitaires partagent pour l'essentiel les constats de cette étude ; c'est le cas notamment de la thèse du Docteur DUFAURET (181). Elle identifie clairement l'importance des liens intraprofessionnels pour le partage d'expériences et d'informations face à l'incertitude que représente cette pandémie et celle des liens interprofessionnels pour se soutenir et organiser localement les prises en charge. De plus, elle met également en avant le côté exacerbé de ces liens en cas de travail en équipe antérieur à la crise, avec une volonté de préserver sur le long terme cette dynamique de groupe. Les structures pluriprofessionnelles, qu'elles soient locales ou territoriales, facilitent la gestion de la crise, en offrant une approche coordonnée : accès à un secrétariat, entraide entre professionnels, continuité des soins avec le suivi des patients chroniques, permanence des soins avec la gestion des pathologies aiguës non liées au COVID-19, prise en charge des cas ou des suspicions de cas de

COVID-19 en maintenant une séparation des flux des patients. La crise a eu un impact positif sur la volonté de se coordonner. De plus, l'existence de CPTS facilite l'organisation territoriale de la gestion de la pandémie, notamment avec la création des CAD-Covid. Enfin, concernant le lien ville-hôpital, le travail du Docteur DUFAURET (181) ne partage pas le constat négatif identifié dans l'enquête de l'IRDES. Elle expose l'exacerbation du lien entre la ville et le SAMU-centre 15, de même que l'importance d'une coordination territoriale, type CPTS, pour favoriser la synergie ville-hôpital.

#### **1.9.1.2. Cas particulier des CAD-Covid**

Les CAD-Covid sont la concrétisation de l'organisation du travail des acteurs de la ville dans la gestion du COVID-19. Ils commencent à apparaître sur le territoire dès que le niveau 3 de gestion de l'épidémie a été décrété, soit le 14 mars 2020. Ce stade implique la prise en charge initiale des patients atteints du COVID-19 par les acteurs de la ville. La prise de conscience de la nécessité de coordonner les soins pousse à la création de ces CAD-Covid. Sur ce sujet, le travail de thèse du Docteur SCEMAMA est très instructif ; il se base sur la réalisation d'entretiens semi-dirigés (182). L'un des objectifs de ces centres est la régulation « des flux de patients et des demandes de soins » en coordination avec le SAMU et les SAU (182). Cette régulation permet de facto la mise en place de voies de communication, renforçant ou parfois même créant des liens entre la ville et l'hôpital. Ces centres renforcent bien entendu également les liens des professionnels de la ville entre eux, à travers des réunions et des groupes de travail, et permettent ainsi de « rapprocher le corps médical du paramédical » (182). Les différents professionnels ne sont plus dans l'ignorance de ceux qui travaillent autour d'eux et des réseaux de communications (groupes WHATSAPP®...) se mettent en place. En plus, ce type d'expérience permet d'apprendre à travailler en équipe et à solutionner des problèmes ensemble. La mise en place et le fonctionnement de ces centres poussent par ailleurs certains professionnels à s'investir et à prendre des

responsabilités dans des missions de coordination. « Selon plusieurs professionnels de santé, la qualité de l'organisation a été le fruit du travail de coordination et de logistique de quelques personnes » (182). Ces centres ont été une telle réussite pendant la crise que des soutiens financiers ont été mis en place par l'ARS afin de pouvoir les maintenir pendant la durée de temps nécessaire (182). La pérennisation des bénéfiques en matière de coordination semble en bonne voie. Nombreux sont les professionnels à partager l'avis que ces liens permettent une meilleure structuration du réseau de santé sur le territoire (182). L'expérience vécue et acquise ensemble offre des réponses à un certain nombre de difficultés pointées dans les parties précédentes. Elle permet une meilleure connaissance des acteurs du territoire entre eux et la mise en place d'outils de communication. Les vocations créées en matière de coordination vont offrir une impulsion pour les projets futurs. Enfin, point non négligeable, cette expérience offre une initiation aux démarches administratives nécessaires à un projet de coordination ; cela permet de dédramatiser leur complexité. Cette expérience, liée à la COVID-19, offre donc un terreau fertile à la mise en place d'autres projets pluriprofessionnels, notamment de coordination telle que des CPTS (182).

### **1.9.1.3. Réponse des structures locales et territoriales à la crise sanitaire**

Dans un premier temps, nous allons nous appuyer sur l' « Enquête nationale Maisons de Santé et Centre de Santé face à la COVID-19 » (183). Au niveau de la réactivité des structures, ce rapport montre qu'elles sont une large majorité (67 à 71 %) à mettre en place une cellule de crise. D'ailleurs, dans 75% des cas, ces structures font preuve « d'anticipation et de réactivité », avec une première réunion de ces cellules de crise avant le confinement. Au niveau de la charge de travail en matière de coordination, selon qu'il s'agisse de MSP ou de CS, ils ont déclaré une augmentation de l'ordre de 25 et 50% respectivement. Concernant la coordination territoriale des soins, 59 à 64%

des structures déclarent qu'il y en a sur leur territoire. Cette coordination est réalisée par l'ARS, une CPTS, l'hôpital ou la structure elle-même. Enfin, les principales actions de coopération de ces structures sont faites avec les acteurs de soins primaires.

L'ensemble de ces travaux montre l'importance et le soutien qu'apporte l'existence d'une organisation locale et territoriale des soins dans la gestion de l'épidémie et en quoi cette dernière a influencé ces organisations. Il faut cependant prendre du recul par rapport à ces données. Comme le révèle l'enquête de la DREES (184), les médecins généralistes font peu appel (entre 9 et 20%) aux organisations territoriales ou aux centres dédiés, bien qu'ils participent à leur fonctionnement dans 21 à 30% des cas. Cela montre que la mobilisation face à l'épidémie est essentiellement individuelle, ou tout au plus au sein de la structure d'exercice. Ainsi, si la coordination locale et territoriale des soins est un réel gain dans la prise en charge des patients, et que l'épidémie semble avoir fourni une impulsion globalement positive à cette coordination (185,186), l'importance de celle-ci reste insuffisamment ancrée dans les mœurs.

### **1.9.2. Impact du COVID-19 sur l'usage des outils numériques en santé**

Dans cette partie, nous allons aborder l'impact général de la pandémie de COVID-19 sur l'usage des outils numériques en santé. Nous tenterons d'imager nos propos sous la perspective de la coordination des soins, en nous appuyant principalement sur deux sources : le rapport sénatorial « Crises sanitaires et outils numériques : répondre avec efficacité pour retrouver nos libertés » (175) et un article publié par l'Observatoire européen des systèmes et politiques de santé (187). Les parties qui suivent en sont pour la majorité une synthèse ; celle-ci est agrémentée d'exemples et de réflexions.

#### **1.9.2.1. Un révélateur de l'utilité majeure des outils numériques en santé (175)**

Le rapport du Sénat montre qu'il y a explosion de l'usage des outils numériques pendant la crise dans tous les domaines. Avant la crise, les études européennes

montrent que l'usage d'outils numériques dans le domaine de la santé n'aboutit qu'à « des résultats très mitigés » (187), bien que nous considérions déjà à l'époque les potentialités comme immenses (20). Avec la crise, ces outils sont passés d'un statut « d'opportunité potentiellement prometteuse à une nécessité absolue » pour ainsi dire vitale (187).

En matière de santé publique, les outils numériques servent notamment à la « modélisation épidémiologique » et au contrôle du respect « des restrictions sanitaires ». En effet, la « gravité de la crise sanitaire a conduit les gouvernements du monde entier à recourir à des solutions, parfois très intrusives ». Cet usage des outils numériques, parfois considéré comme liberticide, était jusque-là l'apanage des régimes autoritaires. L'exemple type est le contact tracing, avec l'accès à des données personnelles et des divulgations publiques des cas positifs, ou le pass sanitaire. Les cas les plus intrusifs sont recensés dans les pays d'Asie orientale, alors que la majorité des pays occidentaux font des compromis entre « protection des libertés individuelles et préservation de la santé publique », du moins en ce qui concerne l'usage d'outils numériques. Ce n'est pas forcément le cas d'un point de vue global, comme nous le verrons plus loin. Les différentes études montrent une « efficacité directement liée à l'intrusivité » des outils numériques, en synergie avec des « restrictions physiques » mieux ciblées et plus limitées dans le temps. Malgré les limites de cette politique et la vigilance à avoir à son égard, le Sénat conclut que cette épidémie « plaide plutôt pour davantage de numérique plutôt que pour moins de numérique » dans la gestion des crises sanitaires (175).

#### **1.9.2.2. Champs d'application des outils numériques pendant la crise sanitaire (187)**

Maintenant que nous avons vu que la crise a fait passer l'usage des outils numériques d'un statut de potentialité à celui de nécessité, il est intéressant de voir leurs champs

d'application durant cette crise. Nous nous appuyons sur un article publié par l'Observatoire européen des systèmes et politiques de santé. Les domaines d'applications identifiés sont au nombre de quatre, « la communication et l'information, le suivi et la surveillance, le soutien aux prestations et services de santé et la vaccination ».

#### **1.9.2.2.1. Communication et informations (187)**

Dans ce domaine, la crise met en évidence que les outils numériques facilitent grandement le transfert d'informations et la communication. De nombreux pays s'appuient sur ces outils pour communiquer les informations sur la crise de manière efficace. L'exemple français est l'application TousAntiCovid qui, à côté du contact tracing, a également un objectif de partage d'informations sur la situation sanitaire. Avant son déploiement, l'information sur l'évolution de la crise est officiellement relayée une fois par semaine, lors d'un point presse, avec toutes les limites que cela entraîne. L'application permet un partage quotidien, fiable et imagé des données sur l'évolution de la crise. Le même constat s'applique pour les informations de prévention ou d'identification des symptômes, à savoir un avantage certain en matière de fiabilité, d'accessibilité et de régularité du transfert de l'information. La notion de fiabilité tient au fait que les informations, pour atteindre leur cible, sont parfois relayées par plusieurs intermédiaires, entraînant des erreurs possibles, mais également des informations qui ne sont plus à jour, en raison de l'évolutivité quotidienne des données. Cette notion de fiabilité couvre également le combat contre la désinformation, pour lequel les outils numériques sont également utiles.

Par ailleurs, en matière de communication et de transfert de l'information, ces outils numériques (officiels ou officieux) sont également un réel atout pour les soignants. Ils aident à la mise en place des groupes de communications (cf. impact sur la

coordination des soins), qui leur permettent à la fois de relayer les informations sur les données scientifiques, les protocoles, mais également de coordonner la prise en charge de leurs patients.

Au-delà de la diffusion de l'information, ces outils sont faits pour offrir un usage plus efficace de celle-ci en matière de recherche. Par exemple, en France, c'est le cas du Health Data Hub qui devrait fournir « un accès aisé et unifié, transparent et sécurisé, aux données de santé pour améliorer la qualité des soins et l'accompagnement des patients » (187).

#### **1.9.2.2.2. Suivi et surveillance épidémiologique (187)**

Ce point rejoint le point essentiel développé par le Sénat sur l'intérêt des outils numériques pour le suivi épidémiologique et la surveillance de l'application des mesures sanitaires. L'Observatoire européen des systèmes et politiques de santé vient confirmer l'importance de l'interopérabilité et du croisement des données. Il souligne les préoccupations que cela suscite en matière de protection de la vie privée et d'acceptabilité par les citoyens. Sa conclusion est proche de celle du Sénat : si ce dernier parle de rapport bénéfice-risque de l'usage intrusif des outils numériques dans la gestion de crise, l'Observatoire évoque un rapport coût (d'atteinte aux libertés) - efficacité (vies sauvées) de cet usage. Il fait référence à « un cadre d'indicateurs » mis en place par l'OMS et le Centre européen de prévention et de contrôle des maladies.

#### **1.9.2.2.3. Soutien aux prestations et services de santé : Diagnostic, soins, suivi, surveillance et orientation des patients (187)**

Qu'il s'agisse de la téléconsultation, de la téléexpertise, du télésoins ou de la télésurveillance, les actes de télésanté ont explosé pendant la pandémie de COVID-19. Parmi l'ensemble de ces actes de télésanté, celui qui a été le plus réalisé et de loin est la téléconsultation. En effet, en février 2020, près de 40 000 téléconsultations ont



été réalisées, versus près de 4,5 millions en avril 2020 en plein confinement (188). Dans 96% des cas, il s'agissait de médecins libéraux et dans près de 80% des cas de médecins généralistes (188). Ces téléconsultations ont concerné tous les patients, quel que soit leur âge (188) (Illustration 9). Bien qu'elle ait décliné, cette pratique s'est tout de même pérennisée avec en 2021 environ 11 millions de téléconsultations réalisées (189).

La téléconsultation a permis de soigner les patients, sans les exposer ou exposer les autres, avec quelques bémols, car il s'agit tout de même d'une « médecine dégradée ». La téléexpertise, a permis aux acteurs des soins primaires et de l'hôpital de mettre en place une prise en charge coordonnée pour assurer une continuité des soins de qualité, tout en préservant et en désengorgeant l'hôpital. La télésurveillance a permis d'assurer les suivis des patients souffrant de pathologies aiguës ou chroniques. Ces actes qui s'appuient sur des outils numériques ont permis aux professionnels de santé d'assurer le suivi et la prise en charge à domicile de leurs patients. Ainsi, dans le cadre d'une suspicion d'un cas de COVID-19 lors d'une téléconsultation, un médecin pouvait proposer la réalisation d'un test, d'une consultation physique ou adresser le patient aux urgences selon son degré de criticité. Puis dans un second temps, il pouvait coordonner la surveillance des patients avec mise en place de passages infirmiers pendant 10 jours permettant de surveiller les paramètres vitaux.

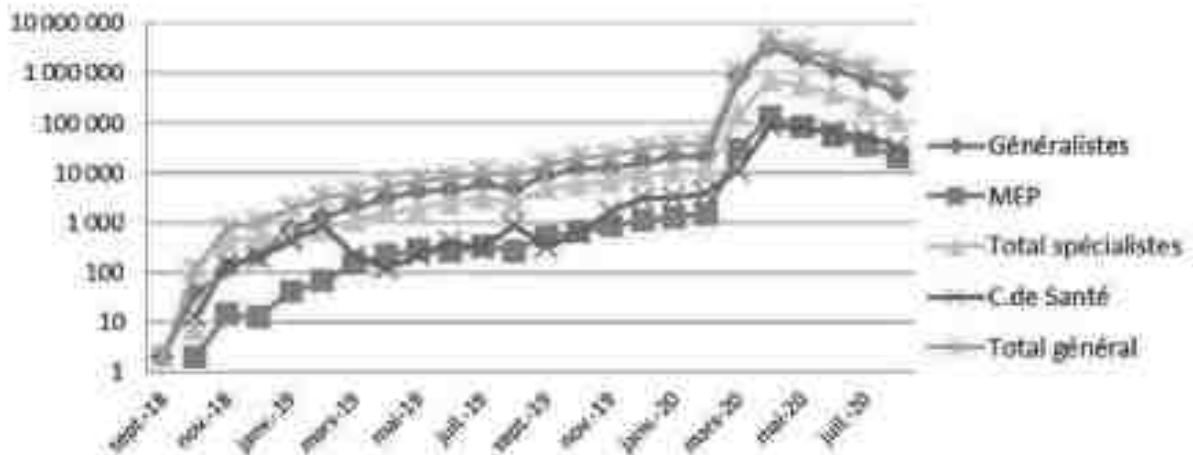
Par ailleurs, grâce à la collecte et à la diffusion de l'information sur les capacités hospitalières et l'état de santé de la population au niveau territorial, l'organisation de l'orientation des patients ont pu être améliorées afin que ces derniers soient répartis le plus efficacement possible. Si en temps normal, cette répartition est déjà complexe en raison de la saturation des hôpitaux, ce n'est rien par rapport au taux d'occupation connu en plein pic de l'épidémie.

Nous allons maintenant imager notre propose en nous appuyant sur ce qui a été fait dans le Grand Est en matière de gestion de la crise par les outils numériques grâce au GRADeS PULSY®. Deux outils numériques ont été déployés par celle-ci pour assister le travail des professionnels de santé :

- Un service de téléconsultation dénommé Odys Web®. Il ne nécessite pas d'installation de logiciel pour fonctionner et il est subventionné par les pouvoirs publics avec un reste à charge de zéro pour les professionnels de santé. Sur l'année 2020, il a permis la réalisation de 50 000 téléconsultations, principalement en Alsace et en Lorraine surtout pour les structures hospitalières (66%). À titre d'exemple le centre hospitalo-universitaire (CHU) de Strasbourg a pu réaliser 10 000 téléconsultations grâce à lui en 1 an et le CHU de Nancy 7000. L'activité des professionnels de santé de ville représente environ 33% de l'usage de cet outil. Ce faible usage qui contraste avec les chiffres présentés précédemment est lié à l'utilisation par ceux-ci de solutions déjà présentes sur le terrain.
- Le service de télésuivi COVID-19 qui permettait aux professionnels de santé de faire envoyer à leurs patients dépistés positifs à la COVID-19 un lien par SMS (acronyme de « short message service » pour service de messages courts). Celui-ci leur permettait d'accéder à un questionnaire d'auto-évaluation clinique à remplir quotidiennement. Si l'usage de cet outil a été modeste (285 patients suivis) il avait au moins le mérite d'exister et d'être mis à disposition gracieusement.

## Illustration 9 : Évolution du nombre de téléconsultation des médecins libéraux

Evolution du nombre de téléconsultations des médecins libéraux



D'après l'assurance maladie (<https://assurance-maladie.ameli.fr/presse/2020-09-16-cp-teleconsultation-anniversaire>)

### 1.9.2.2.4. Vaccination (187)

Là encore, la crise sanitaire démontre l'utilité des outils numériques. L'exemple de la vaccination est extrapolable à l'ensemble des programmes de prévention à grande échelle, d'autant plus qu'une notion d'urgence existe. Les outils numériques facilitent l'identification des patients cibles, à travers le stockage et le croisement des données de santé. Ils permettent l'automatisation de la diffusion de l'éligibilité des citoyens, ainsi que l'organisation des prises de rendez-vous, à l'aide d'applications comme ViteMaDose® ou de sites comme CovidListe® ou Doctolib®. Ils servent également à la gestion logistique, la déclaration d'événements indésirables ou la mise en place du passe vaccinal. Au total, ils donnent la possibilité d'organiser une campagne vaccinale d'une ampleur inédite.

### 1.9.2.3. Les marqueurs de l'usage des outils numériques durant l'épidémie (175)

Le Sénat met en évidence trois éléments sur l'intensité et l'efficacité de l'usage des outils numériques.

Tout d'abord, celle-ci est en corrélation directe avec le degré de « numérisation des services publics ». Cela s'explique à la fois par une plus grande réactivité et facilité des pays très numérisés dans le développement, le déploiement et l'usage d'outils numériques, ainsi que par la présence d'outils numériques déjà « matures » et une meilleure connaissance, donc acceptation, de la population vis-à-vis des outils numériques. Ce point révèle que « les grandes disparités » antérieures à la pandémie en matière de numérique (187) ont eu une influence considérable sur la gestion de celle-ci.

De même, il existe une corrélation entre la mise en place d'une « stratégie « zéro COVID » » et l'intensité de l'usage des outils numériques. Cette stratégie impose un usage plus intensif et intrusif des outils numériques, ainsi qu'une association avec des restrictions initiales plus drastiques. Les résultats sont sans appel : elle est plus efficace au niveau sanitaire, économique et en matière de protection des libertés (190).

Enfin, le Sénat constate que même les pays moins avancés en matière de numérique, comme la France, font tout de même un usage important de ces outils pour « le contact tracing, le passeport sanitaire et le pass sanitaire », le premier ayant pour objectif la gestion de l'épidémie et les deux autres la gestion de la sortie de crise. Encore une fois, la plupart des pays occidentaux étaient inutilement opposés à de telles mesures, mais la fin a fini par justifier les moyens.

Pour conclure cette partie, cette phrase du rapport du Sénat semble propice : « à l'avenir, les outils numériques pourraient bien constituer l'élément essentiel de toute stratégie d'élimination rapide d'une épidémie ». En effet, cette pandémie amplifie et démocratise l'usage des outils numériques, en faisant disparaître certaines barrières. Ainsi, « la pandémie de COVID-19 présente une double particularité : c'est à la fois la première fois que le numérique est autant mobilisé, et sans doute la dernière fois où il le sera aussi peu » (175).

#### **1.9.2.4. Les outils numériques : un potentiel considérable qui reste à développer (175)**

Le Sénat constate que l'utilisation de tels outils, bien que massive et sans précédent, est pourtant encore très loin des capacités réelles actuelles, sans même prendre en compte les perspectives pour l'avenir. Les GAFAM sont une parfaite représentation des potentialités du numérique, en raison de leur avancée technologique et du nombre d'utilisateurs qu'ils concernent. À titre d'exemple, le rapport du Sénat met en évidence la corrélation directe entre les « recherches Google sur la perte de goût et le nombre de personnes en réanimation en France » et cela « avec un décalage constant de 20 jours » (175). Ainsi, l'usage de l'outil Google Trends aurait permis d'anticiper plus rapidement et plus précisément la charge hospitalière que toute autre modélisation épidémiologique. Nous aurions alors pu organiser les soins pour absorber le choc, plutôt que le subir. Ce qui évidemment aurait eu comme corollaire de devoir mieux se coordonner avec les acteurs des soins de ville.

De manière générale, le Sénat met en lumière quatre typologies de situations applicables au domaine sanitaire, pour lesquelles les outils numériques permettent et permettront des avancées notables : l'information et l'incitation, l'assistance, la contrainte et le contrôle, l'assurance. Là encore, le Sénat s'appuie sur un exemple intéressant en matière de coordination des soins ; il s'agit de la situation d'assistance qui concerne les objets connectés, évoqués plus haut. Le Sénat met en avant que les données recueillies par ces objets peuvent être rendues « accessibles depuis l'espace numérique en santé » ou même un outil numérique de coordination des soins. Et ainsi, offrir la possibilité d'intervenir « en amont de l'apparition ou de la dégradation des symptômes » (175). Les perspectives actuelles et à venir sont donc immenses. Pourtant, la majorité de ces outils sont peu ou pas utilisés, et lorsqu'ils le sont, c'est bien en dessous de leur capacité réelle, notamment par manque d'interopérabilité qui

comme nous l'avons vu est l'objet de la feuille de route du numérique. Les raisons à cela sont une insuffisance des capacités analytiques et un partage incomplet des données. D'après le Sénat toujours, l'efficacité de ces outils est telle qu'ils permettront potentiellement à l'avenir la gestion de « pandémies sans confinement ». Pour autant, il nous met en garde sur le fait qu'il faut « veiller à la protection de nos droits et libertés » (175). Cette protection passe aussi par une dépendance moindre pour le développement, le déploiement et l'usage des outils numériques qui sont devenus obligatoires, car « potentiellement bien plus efficaces que les autres méthodes » (175).

### **1.9.2.5. La crise, révélatrice des freins et des leviers à l'usage des outils numériques en France (175)**

#### **1.9.2.5.1. Les freins**

Les freins mis en avant par le Sénat quant à l'usage des outils numériques en France sont multiples.

Le **premier frein** est lié à « l'impréparation de nos systèmes d'information », avec notamment un faible développement de l'intelligence artificielle (IA). Or celle-ci est essentielle pour le développement d'outils numériques efficaces. Un exemple s'appliquant à la coordination des soins, déjà abordé dans la partie sur la prévention, est le manque de coordination entre les acteurs du terrain et les pouvoirs décisionnaires régionaux ou nationaux. Dans les faits, ce manque se traduit par des difficultés dans la remontée de l'information. Dans la partie sur la prévention, nous avons identifié ce manque de coordination comme responsable de l'inadéquation entre les politiques de santé publique et les réalités du terrain, avec des difficultés de déploiement local de ces politiques. Dans le cadre du COVID-19, il impacte notamment l'alimentation de fichiers, qu'il s'agisse du système d'information de dépistage (SI-DEP) ou du suivi du nombre de décès. La raison en est simple. En 2020, à l'ère du

tout numérique, ces remontées se font manuellement, par des acteurs déjà submergés. Alors que l'usage d'un outil numérique adapté aurait été plus efficace, tout en libérant un temps humain précieux. Ce constat peut être étendu à plusieurs situations, par exemple le DMP. Si, tous les pays rencontrent des écueils, le Sénat affirme que les pays « qui disposaient d'une avance en matière d'administration numérique [...], ont connu moins de problèmes » (175). Toujours concernant cette carence de nos systèmes d'information, si la création des fichiers SI-DEP, Contact-Covid, VAC-SI (système d'information Vaccin COVID-19) est en soi assez remarquable au vu du contexte, la crise est encore une fois révélatrice de notre manque d'expérience en matière de numérique, du fait du manque d'interconnexion ou d'interopérabilité de notre système de santé en matière de numérique, point également abordé précédemment. En 2020, est-il encore normal que des professionnels de santé perdent leur temps à ressaisir un nombre incalculable de fois les mêmes données, alors même que les Gouvernements successifs, comme nous l'avons vu, ont mis l'accent sur la nécessité de libérer du temps aux soignants ? Au-delà de l'impact sur les professionnels, ce manque d'interconnexion empêche le recoupement automatique des données, avec de nombreuses conséquences, la première étant la nécessité « d'humaniser » des tâches pouvant être automatisées, avec un impact sur la réactivité, l'exhaustivité et la précision de l'information. L'exemple type est la nécessité de mettre en place des « brigades de traçage » (175), dont le travail peut être automatisé et rendu beaucoup plus efficace par un croisement des bases de données Contact-Covid et SI-DEP, même si cela présente un risque potentiel pour les libertés individuelles. La question est de savoir où s'arrêtent les libertés individuelles lorsque l'intérêt général est en jeu. L'efficacité se voit d'autant plus améliorée que les outils sont « plus intrusifs » (cf. supra). Ce point nous amène à la deuxième limite (175).

Le **deuxième frein** est lié à l'accès, au stockage et à l'utilisation de données personnelles par les outils numériques. Le Sénat met ici le doigt sur le principal frein à l'usage de ces outils en France. En effet, comme il le souligne, cette crise met en exergue que « la méfiance profonde et ancienne de la population à l'égard du numérique et [le] conservatisme juridique des autorités en matière d'utilisation des données personnelles » sont des freins « coûteux et, en réalité, mal placés » (175). Il faut souligner que le mot coûteux ne recouvre pas ici qu'une réalité économique, mais également des vies. Il est alors nécessaire de réévaluer notre vision de la proportionnalité. Il existe en effet une réelle disproportion entre l'atteinte potentielle à nos « libertés « numériques » » et « les atteintes autrement plus importantes portées à nos libertés « physiques » » (175). De même, il existe une disproportion entre « bénéfices individuels et risques collectifs » (175). Combien de vies sont sauvées en permettant un usage plus intrusif des outils numériques ? Il faut ici prendre en compte que, comme cela a été déjà souligné, un usage plus intrusif initial de ces données permet au total une atteinte moindre de nos libertés (190). Par ailleurs, l'usage de ces informations peut se faire de manière sécurisée (via par exemple la blockchain ou l'open source) et pseudonymisée, pour un usage qui ne met pas en péril nos droits et libertés. Cette protection est le rôle de la CNIL. Elle ne doit pas être remise en cause, mais son mode de fonctionnement s'apparente par moment à une précaution franco-française qui peut être jugée paralysante, en étant sans doute responsable de retards ou de refus d'action aux conséquences néfastes (175). Enfin, ces tabous politiques et idéologiques peuvent sembler mal placés et paradoxaux pour plusieurs raisons. Nous sommes dans un monde « où les géants du numérique accumulent sur chacun d'entre nous davantage d'information que l'État n'en aura jamais » (175), dans un intérêt qui n'est pas public, mais purement commercial, et sans les sécurités fournies par un usage par les pouvoirs publics d'une société démocratique. Il existe une incohérence



manifeste entre les obstacles et les obligations imposées à l'État et la facilité avec laquelle tout un chacun donne ses informations personnelles aux GAFAM. Nous préférons alors brider l'usage d'un outil anonyme et sécurisé et remplacer les fonctionnalités non développées par des « enquêtes téléphoniques [impliquant] que les citoyens livrent, à des inconnus, des informations personnelles nominatives, y compris médicales et souvent intimes » (cf. brigades de traçage) (175). L'argumentaire que l'usage intrusif de ces outils est l'apanage de pays totalitaires ne paraît plus valable aujourd'hui. La crise sanitaire pousse bon nombre de pays démocratiques à les utiliser de manière très intrusive avec un bénéfice réel (190). Cette phrase du Sénat résume bien la situation : « En lui-même, le progrès technique est neutre, porteur du pire comme du meilleur. Il n'est ni souhaitable, ni même possible de l'entraver – et ce n'est certainement pas en laissant les régimes les moins démocratiques prendre une avance décisive en ce domaine, ou en abandonnant aux [GAFAM] le soin de lutter contre les épidémies [...], que nous pourrions défendre nos valeurs » (175). Ce n'est pas le progrès qui est dangereux, mais bien ceux qui l'utilisent.

Le **troisième frein** mis en évidence par cette crise est le manque de retour du terrain. Pour que l'usage des outils numériques dans le domaine de la santé se démocratise, il est nécessaire d'évaluer leurs avantages et leurs inconvénients pour mettre en place les « évolutions nécessaires ». Pour le moment, les retours sur la perception des différents utilisateurs et sur l'efficacité et l'efficience de ces outils sont encore trop peu nombreux (187).

Enfin, le **dernier frein** est que dans le domaine du numérique, du fait de la vitesse des avancées, une coopération entre l'État, les acteurs de la société civile et les acteurs privés sera probablement toujours nécessaire (175). Si en soi ce n'est pas un problème, la mise en place d'un cadre législatif ainsi que d'une gouvernance claire pour ces partenariats s'avère nécessaire afin d'assurer « l'utilisation appropriée des

données » (187). Comme l'a souligné le Président Emmanuel MACRON lors de la présidence française du Conseil de l'UE, il faut faire en sorte de réduire la dépendance des États européens en s'assurant que cette coopération n'implique plus d'acteurs extraeuropéens, comme ça a pu être le cas avec les GAFAM durant la crise (187). Il faut également veiller à ne pas développer de dépendance vis-à-vis d'un opérateur en particulier, d'où la nécessité d'une interopérabilité importante (187). L'objectif est alors d'atteindre « une souveraineté européenne en matière de santé numérique » (187). Ce projet apparaît comme essentiel, mais des incohérences demeurent, tel que le choix de Microsoft® pour l'hébergement du Health Data Hub (175,191,192).

Le **frein le plus important** n'est probablement pas de « nature technique », mais lié à notre incapacité à mettre en œuvre les actions nécessaires à la diffusion des outils numériques. Ce constat est partagé par l'Observatoire européen des systèmes et politiques de santé (187). Comme le Sénat, il est d'avis que la crise sanitaire permet des avancées considérables qu'il faut poursuivre.

#### **1.9.2.5.2. Les leviers (187)**

La crise sanitaire a imposé un usage inédit des outils numériques, obligeant les États à prendre des dispositions parfois considérées jusque-là comme impossibles. L'Observatoire européen des systèmes et politiques de santé identifie quatre champs d'application à ces dispositions : régulation, financier, qualité et technique. Elles sont résumées dans Illustration 10.

En matière de régulation, qu'il s'agisse des téléconsultations, des arrêts de travail, de l'usage d'ordonnances dématérialisées, de nombreux pays assouplissent leurs règles en matière de santé numérique. L'objectif est de sécuriser les soins, avec moins d'expositions, et d'assurer leur continuité. Si ces modifications en matière de régulation sont transitoires, les discussions sur la révision nécessaire des lois relatives à la

protection des données sont introduites dans le débat public (cf. supra) (175,187). Un travail sur l'acceptation par les citoyens de ces outils s'avère nécessaire. Le Sénat identifie deux leviers pour faciliter cela : « la qualité de « l'expérience utilisateur » » et l'accès à des informations considérées comme utiles (175).

Les mécanismes financiers sont multiples. En matière de téléconsultations, leur taux de remboursement est augmenté et le type de téléconsultations ainsi que les acteurs pouvant les réaliser sont multipliés. L'objectif est de diffuser leur pratique et de soutenir la perte d'activité. Des investissements massifs sont également programmés. À titre d'exemple, si la loi « Ma Santé pour 2022 » prévoit déjà un investissement massif de 500 millions d'euros pour la transformation numérique (20), le Ségur de la Santé va beaucoup plus loin avec un investissement supplémentaire pour le numérique en santé de 2 milliards d'euros (175).

En matière de qualité, cette crise montre qu'une révision de la formation à l'e-santé s'avère nécessaire. Ce point, pas encore abordé, est pourtant essentiel. Un peu plus d'un an avant la crise, en décembre 2018, un sondage de l'institut Odoxa réalisé pour l'Université Numérique en Santé et Sport (193) révèle que 73% des professionnels de santé « se sentent aujourd'hui démunis et estiment qu'ils sont mal formés en matière de numérique », quand bien même ils estiment, pour 87% d'entre eux, que le numérique en santé va révolutionner leur métier. La crise sanitaire arrive, et leur donne raison. Pour pallier cela et améliorer rapidement la « qualité en matière d'utilisations des outils de santé numériques » (187), les différents États mettent en place des formations accélérées, sous forme de webinars. L'usage de la formation à distance permet également de perturber le moins possible des plannings déjà surchargés. Cette démarche reste insuffisante, et la poursuite des réformes en matière de formation à l'e-santé est nécessaire. En 2020, en France, ces formations sont au nombre de six, dont cinq sous forme de diplômes universitaires. Du fait de leur caractère récent et de

la cinétique de « l'obsolescence des compétences à l'ère des nouvelles technologies » (194), un cadre pédagogique clair et actualisé régulièrement doit être mis en place pour ces formations. Une formation initiale à l'e-santé doit aussi être intégrée à l'ensemble des cursus du domaine de la santé, comme le propose le conseil de l'e-santé (194). L'objectif est double : fournir aux professionnels de santé les bases nécessaires à l'utilisation des outils de demain et permettre « l'émergence de nouveaux métiers » dans le domaine de l'e-santé (194). Du point de vue de la coordination des soins, l'intégration de ces nouveaux acteurs dans le système de santé est nécessaire. Cela peut s'appuyer, comme proposé dans la loi « Ma Santé pour 2022 », sur la mise en place de passerelles ainsi que de cours et de tronc communs. L'objectif recherché est l'acquisition de compétences nécessaires au travail en équipe et favorisant l'émulation (20).

Concernant les infrastructures techniques, si la majorité des technologies utilisées pendant la crise résulte d'une adaptation de technologies existantes (187), elles nécessitent cependant des investissements conséquents et une coordination entre des acteurs publics et privés, notamment pour la mise en place d'applications de « contact tracing ». Ce choix de la coopération n'est pourtant pas toujours mis en avant. Par exemple, la France décide de ne pas s'appuyer sur l'architecture développée par Google et Apple, ce qui, comme le révèle le Sénat, s'est avéré être un choix non judicieux (175).

### Illustration 10 : Mécanismes de politiques publiques pour soutenir la diffusion et l'utilisation de la santé numérique (187)



D'après Williams GA et al (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/351098/Eurohealth-28-1-33-39-fre.pdf?sequence=2&isAllowed=y>)

#### 1.9.2.6. La crise, révélatrice de la nécessité de poursuivre les politiques allant dans le bon sens (175)

Les freins mis en évidence et les leviers utilisés durant la crise sanitaire confirment que les décisions prises par le Gouvernement français avec la « feuille de route du numérique en santé » et la loi « Ma Santé pour 2022 » vont dans le bon sens et qu'il est nécessaire aujourd'hui d'aller plus loin. Elle montre, comme le propose cette loi, qu'il faut une plateforme de santé unique et une interopérabilité de l'ensemble des systèmes d'information en santé. Ces éléments font d'ailleurs partie des éléments socles de la doctrine du numérique en santé (165). Avec cette doctrine, évoquée dans la partie maintien à domicile, le Gouvernement propose même d'aller plus loin en matière d'e-santé, en intégrant une démarche européenne (165) avec l'Espace européen des données de santé, qui est l'équivalent européen de notre Health Data Hub (187). C'est cohérent, car comme montré par la crise avec les vaccins, nous sommes plus efficaces ensemble que séparément. Pour en revenir à la feuille de route du numérique en santé, si la démarche est bonne, comme nous allons rapidement le voir, ce qui est inquiétant, c'est que la France « fait partie des premiers à avoir théorisé

puis lancé ce grand chantier » du numérique en santé, mais, elle se heurte à ce que le Sénat ne nomme pas explicitement, mais décrit en ces termes : « l'immense complexité de son système de santé, au morcellement des services et des acteurs, à la rigidité des règles et des structures, à l'incompatibilité des systèmes d'information ». En clair, au cloisonnement de son système, à son manque de coordination. Ainsi, le déploiement d'un système numérique efficient est à la fois ralenti par le manque de coordination, tout en étant une des solutions à ce manque de coordination. L'exemple type est le DMP. Ce projet, lancé en 2004, est suspendu en 2012 face au constat cuisant de son échec, avec moins de 160 000 dossiers ouverts, dont plus de la moitié sont vides. Devant son intérêt évident en matière de santé, et en particulier de coordination, ce projet est relancé en 2016 avec un objectif de 40 millions de dossiers ouverts d'ici à 2022. Pourtant, en 2020, seuls 9,3 millions de DMP sont ouverts, ce qui ne présage pas en plus de son usage (195). Ce problème est lié à son développement, qui ne s'est pas fait en concertation avec les utilisateurs qu'il s'agisse des citoyens ou des professionnels de santé. C'est aussi dû au manque de temps alloué à la coordination des soins, au manque d'importance donnée au partage d'informations et au travail en équipe dans le fonctionnement de notre système de santé. Le mode de fonctionnement non coordonné et le retard du numérique en santé impactent directement le développement de la médecine de demain, qui se doit d'être « prédictive, préventive, personnalisée et participative ». Leur impact sur la gestion de la crise sanitaire s'est déjà fait largement ressentir : si notre retard par rapport à d'autres pays n'était pas tel et que la feuille de route du numérique en santé avait été complétée avant l'arrivée du COVID-19, les choses auraient été différentes (175).

Tout d'abord, avec l'espace numérique en santé mentionné en place, l'échange d'informations, le partage d'outils avec et entre les professionnels ainsi qu'avec les usagers seraient beaucoup plus fluides, efficaces et sécurisés. Cela aurait permis de

grandement améliorer la politique « Tester, alerter, protéger », de faciliter et d'améliorer la prise en charge des patients. Les pouvoirs publics auraient aussi pu croiser et analyser les données issues des différentes plateformes pour être proactifs, au lieu d'être réactifs, en matière de coordination et d'organisation des soins. Ils auraient eu accès à l'information ; élément crucial dans la gestion d'une crise complètement inédite (175).

Par ailleurs, l'INS aurait permis d'assurer une meilleure « qualité et sécurité des soins », en faisant fi de l'ensemble des modes d'identification utilisés par les différents acteurs. Leur grande variabilité, source d'erreurs d'identification ainsi que de perte de temps et d'énergie en démarches administratives, aurait pu être évitée ; ces pertes ayant, de manière évidente, elles-mêmes des conséquences dramatiques dans un contexte de crise sanitaire. Jusqu'ici, la CNIL s'est toujours opposée à l'utilisation du NIR dans le domaine de la santé ; c'est pourtant la pierre angulaire de l'INS. La loi « Ma Santé pour 2022 » change cela, il n'empêche que le retard pris a empêché son utilisation effective pendant la crise sanitaire (175).

Il ne s'agit ici que de deux exemples, il en existe de nombreux autres comme l'usage du Health Data Hub, permettant l'usage des données de santé à « des fins de recherche médicale et de modélisation épidémiologique » tout en garantissant sécurité et transparence aux citoyens.

Il faut tout de même ajouter quelques constatations plus positives. Toutes les avancées du numérique en santé acquises avant la crise grâce à la loi « Ma Santé pour 2022 », comme la création de la Délégation ministérielle au numérique en Santé (DNS), ont facilité la gestion de la crise. Cette crise a elle-même facilité la mise en place des avancées encore nécessaires en faisant disparaître certains verrous, en accélérant la législation et les démarches administratives et en montrant la nécessité d'investir massivement dans le numérique. C'est le cas avec le Ségur de la Santé (cf.

supra). Si beaucoup est fait, il reste encore beaucoup à faire et il est essentiel que les sociétés occidentales en prennent conscience (175).

Pour conclure, cette crise aura été une véritable leçon d'humilité pour bon nombre de pays prétendument développés ; une leçon payée au prix fort. Elle met en avant nos carences en matière de coordination des soins et d'outils numériques, mais également l'efficacité de ces deux axes, surtout utilisés conjointement. Ces carences sont liées pour les unes à des limites techniques, mais aussi à des « tabous politiques et idéologiques [...] mal placés » (175) ; pour les autres à un manque de temps, de travail en équipe et de formation sur le sujet. Cette crise a toutefois permis des avancées considérables, qu'il est nécessaire de poursuivre activement pour faire face plus efficacement aux crises à venir, mais également, de manière générale, pour mieux soigner nos patients (187). En cela, l'article publié par l'OCDE (179) présente l'ensemble des mesures prises pour soutenir les services de soins primaires dans leur gestion de la crise. La première mesure est la réorganisation de « l'offre de service de soins primaires », notamment en aidant à la mise en place de structures coordonnées de gestion de crise, les CAD-Covid, en majorant l'offre de soins à domicile et en facilitant les téléconsultations. L'objectif de ces réorganisations est de réduire les tensions hospitalières, tout en limitant l'exposition des soignants et des patients. La deuxième mesure est la « redistribution des tâches et des responsabilités », de manière coordonnée, afin d'assurer la sécurité des patients. L'objectif ici est de libérer du temps médical pour les acteurs du terrain. La troisième mesure qui nous intéresse est la « mise à profit des outils et systèmes numériques » à travers toutes sortes d'applications dont le déploiement est facilité par la crise. Ce rapport est intéressant, car il montre qu'une part importante des mesures prises relèvent de la coordination des soins et des outils numériques, et que celles-ci sont proches des mesures proposées dans « Ma Santé pour 2022 ».



## Partie 2 : Développement et déploiement d'un outil numérique de coordination au sein de la CPTS Vignoble-Mossig

Le projet de thèse, commencé en janvier 2021, devait initialement s'appuyer sur deux évaluations.

Tout d'abord, **un questionnaire national** devant permettre de réaliser un état des lieux des besoins et des attentes des professionnels de santé en matière d'outils numériques de coordination des soins. Puis, une évaluation locale de la coordination de proximité, prenant la forme d'une enquête qualitative par réalisation d'entretiens semi-dirigés. Les questions de cet entretien devaient être ciblées en fonction des réponses au questionnaire national.

L'évaluation locale devait faire suite à l'usage par les professionnels de santé de l'outil régional de coordination en cours de déploiement en région Grand Est à savoir : PARCEO®.

Jusqu'à présent dans cette région, la coordination des soins à partir d'outils numériques se faisait essentiellement grâce à une application développée par Qi-Lab®, Sicodom® ; il s'agit d'un outil de coordination des soins à domicile mis en place en 2016. Cependant, dans le cadre de la loi « Ma Santé pour 2022 », cet outil ne convenait plus en raison du défaut d'intégration et d'appui sur les référentiels et services socles, du manque de globalité dans l'approche numérique de la coordination et du manque de spécificité dans la gestion des divers parcours de soins complexes. Les GRADeS ont donc été invités à choisir parmi une liste d'outils sélectionnés par la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) un nouvel outil de coordination.

Le choix initial de PULSY®, GRADeS de la région Grand Est, pour développer l'outil régional de coordination (PARCEO®) était l'opérateur MAINCARE®. Ce choix s'était

fait suite à un appel d'offres réalisé parmi les entreprises participant à l'accord-cadre. C'est autour de l'outil développé par MAINCARE® que devait s'articuler le projet de thèse initiale.

Malheureusement, notre constat, les évaluations de PULSY®, de même que les premiers retours terrain, ont été plutôt négatifs. En effet, l'entreprise MAINCARE® n'a pas réussi à développer dans le temps imparti des fonctionnalités nécessaires à la coordination des soins de proximité (notamment le cahier de liaison et ajout de patients en mobilité).

Dans un premier temps, il avait été décidé de laisser un délai à MAINCARE®, à savoir jusqu'au mois de juin 2021, pour intégrer ces fonctionnalités. Cet engagement n'a pu être tenu, l'ajout des fonctionnalités prévues en mobilité ne devant se faire que début 2022. Dans le même temps, nous avons réalisé quelques enquêtes de terrain informelles dans le secteur de Wasselonne (secteur concerné par la CPTS Vignoble-Mossig). Les retours des professionnels de santé ont été sans équivoque sur l'obligation de présence d'un cahier de liaison en version mobile.

Ce constat partagé explique pourquoi PULSY® a été amené à résilier le contrat avec MAINCARE® et à relancer un appel d'offre afin de trouver un opérateur plus avancé et plus dynamique pour PARCEO®. Il a donc été nécessaire de réorienter le projet de thèse en en modifiant les contours et objectifs ; tout cela devant être réalisé dans un délai précis et avec un budget restreint. Cette action se déroulait en dehors du financement prévu par la DGOS pour l'outil de coordination territoriale et le choix du projet définitif devait avoir lieu avant décembre 2021.

Afin de permettre la réalisation de la présente thèse tout en offrant la possibilité de mettre à l'épreuve une nouvelle solution en respectant les contraintes susmentionnées, PULSY® a décidé de la réalisation d'un « Proof of Concept » (POC ou preuve de concept) en vue de la création d'une application de coordination des

soins de proximité respectant un cahier des charges précis, avec un délai et un budget limité et devant permettre de servir de support à une thèse. Les entreprises par ailleurs clairement informées que ce POC n'était pas contraignant pour PULSY® dans le choix final de l'outil numérique régional de coordination. Ce dernier devait se faire à partir d'un autre appel d'offre réalisé fin novembre. L'intérêt pour l'entreprise participante étant l'accès potentiel à un marché lucratif relativement fermé, l'accès aux retours des professionnels de santé et à l'accès à une ressource « gratuite » : un étudiant en thèse. L'intérêt pour les professionnels de santé participant était l'accès à un outil développé directement à partir de leurs demandes. L'intérêt pour PULSY® était de trouver rapidement une solution de coordination des soins en limitant les surcoûts liés au changement de projet et de recueillir les desideratas des professionnels de santé de leur secteur d'action.

Pour finir, ce POC a eu une réponse positive sous la forme d'un partenariat de deux entreprises spécialisées dans les outils de CRM : SALESFORCE® ET MODIS®. Le rôle et la présentation des différents acteurs de ce projet est détaillé plus loin. Ce qu'il faut retenir pour l'instant, c'est que le nouveau projet de thèse correspond donc à la participation au développement, au déploiement et à l'évaluation d'un nouvel outil numérique de coordination des soins de proximité.

Si ce projet est intéressant, il présente cependant certaines problématiques. Tout d'abord, la participation à la phase de développement impose une compréhension des réglementations qui encadrent les systèmes d'information (SI) dans le domaine de la santé de manière générale (cf. infra : urbanisation, interopérabilité et sécurité des systèmes d'information). Et plus spécifiquement concernant les obligations liées à l'outil régional de coordination. Cela nécessite également l'acquisition de notions techniques de base en informatique notamment concernant le développement. Par ailleurs, au-delà de l'impératif temporel que PULSY® a réussi à parfaitement gérer

avec ce nouveau projet, le fait que les entreprises participantes ne fassent pas partie de l'accord cadre initial, a soulevé une autre problématique : comment faire pour que ce projet s'il s'avère être le meilleur soit pris en charge financièrement par la DGOS ?

Maintenant que le contexte est posé et afin d'appréhender au mieux les problématiques susmentionnées, nous allons tout d'abord aborder quelques notions sur le e-parcours, essentielles à la phase de développement. Puis, nous ferons une analyse succincte du questionnaire national. Cela dans un intérêt non seulement scientifique, mais également technique, car les réponses obtenues ont servi lors de la phase de développement. Pour finir, nous aborderons le développement et le déploiement de l'outil en question.

## **2.1. E-parcours et outil régional de coordination**

Le programme e-parcours a pour objectif de « réussir la transformation numérique du parcours de santé dans les territoires » (174), notamment à l'aide de services numériques de coordination permettant le partage et l'échange d'informations entre les différents acteurs. Ce type d'outil nécessite un investissement important, raison pour laquelle les pouvoirs publics ont mis en place un mécanisme de financement « à l'usage significatif » des services numériques déployés, mesuré au travers « d'indicateurs définis » (174). Le principe de ce financement est de laisser une marge de manœuvre aux territoires, afin qu'ils adaptent le cahier des charges fixé par la DGOS aux besoins de leur territoire, tout en renforçant l'obligation de résultat. Afin d'être accepté et de disposer des financements, un outil régional de coordination doit respecter un cahier des charges strict, qui reste adaptable aux besoins territoriaux.

Nous allons tout d'abord identifier succinctement les impératifs d'acceptation et de financement de cet outil. Ils appartiennent à deux catégories : la structuration de l'outil et le contenu de l'outil. Puis, dans un second temps, nous détaillerons les impératifs

en matière de contenu, car leur connaissance est nécessaire à l'aspect créatif du développement.

### **2.1.1. Impératif d'acceptation et de financement d'un outil régional de coordination**

#### **2.1.1.1. Impératif de structuration : urbanisation, interopérabilité et sécurité des systèmes d'information**

En matière de structuration, cet outil doit tout d'abord être conforme au projet e-santé au niveau national et territorial. Cela passe par le respect du cadre d'urbanisation et d'interopérabilité de l'e-santé. Il doit également respecter le cadre juridique en matière d'échange et de partage de l'information personnelle, ainsi que la politique générale de sécurité des systèmes d'information en santé. Les principes généraux de ces notions sont détaillés dans la doctrine du numérique en santé (165).

L'urbanisation a pour objectif de permettre la « cohérence de l'ensemble des systèmes d'information en santé » (165). Les principes généraux sont composés de quinze points répartis en quatre catégories. Ils imposent sécurisation, interopérabilité, accessibilité, capacité d'échange, performance, efficacité, facilité d'usage et évaluation (165). La version complète de ce cadre a été élaborée et publiée par l'agence du numérique en santé en février 2019, à la demande de l'État (196).

L'interopérabilité est « le garant de l'échange et du partage d'informations entre deux systèmes n'ayant pas forcément la même finalité. Elle permet leur traitement de manière efficace et pertinente ». Elle a une composante « technique » qui correspond à l'interconnexion de deux systèmes et une composante « sémantique » qui permet à ces systèmes d'avoir un « langage commun » (165). Cette interopérabilité repose sur quatre principes : la transparence, la collaboration, la participation et l'éthique (165). Afin de généraliser cette interopérabilité, les pouvoirs publics confient à l'agence du

numérique en santé l'élaboration, la mise à jour et la publication de référentiels d'interopérabilité. Ces référentiels sont publiés au sein d'un cadre préexistant depuis 2009, le cadre d'interopérabilité des systèmes d'information de santé (CI-SIS) (197). Ils sont nombreux et disponibles à partir de l'espace de publication CI-SIS (198). Parmi ceux qui concernent ce projet, nous pouvons citer le **volet cahier de liaison**, le **volet notification d'événements**, le **volet gestion d'agendas partagés**, les **volets partage et échange de documents de santé**, le **volet gestion du dossier patient partagé**... Ainsi, si l'ensemble de l'outil doit être interopérable avec les fonctions et services socles et les logiciels métiers, il est nécessaire pour chaque fonction introduite dans l'outil de coordination de vérifier la présence d'un référentiel concernant cette fonction. Si ce référentiel est présent, il faut alors s'y conformer. Bien que l'ensemble de cette partie soit éloignée du champ de la santé, et peut sembler rébarbative, la compréhension de ces notions de base est nécessaire pour la phase de développement de l'outil.

#### **2.1.1.2. Impératifs en matière de contenu**

Cet outil doit également s'appuyer sur les services et référentiels socles et remplir les obligations en matière de gestion de parcours et de la coordination. Ces deux derniers points sont détaillés dans deux textes de la DGOS (199,200).

Afin de permettre un déploiement rapide et contrôlé, une frise chronologique comportant des cibles associées à des impératifs temporels doit également être mise en place.

#### **2.1.1.3. Problématique de l'accord-cadre**

Avant de détailler le versant contenu du cahier des charges, nous allons expliciter pourquoi l'acceptation d'un nouvel outil comme celui réalisé par le partenariat SALESFORCE®-MODIS® s'avère complexe.

C'est tout d'abord contraire à la doctrine d'urbanisation des systèmes d'information en santé : point « CS1 : la réutilisation, la mutualisation, voire l'intégration et/ou l'achat des solutions disponibles (logiciels libres ou logiciels du marché) doit être privilégiée ». Le problème est qu'au moment du choix, il n'existait aucun outil disponible répondant à l'intégralité des critères du cahier des charges de la DGOS.

Ensuite, afin de s'assurer du respect de l'ensemble des impératifs cités, les pouvoirs publics ont confié aux RESAH la mise en place d'un accord-cadre respectant un cahier des charges précis. Cet accord-cadre a permis de retenir quatre consortiums.

Les GRADeS ont alors dû choisir parmi ces consortiums pour la mise en place de leur outil de coordination. Dans le cas contraire, « les éditeurs et solutions devront démontrer leur capacité en matière d'interopérabilité avec les services socles nationaux et les services régionaux existants » (199), soit une démarche fastidieuse et chronophage.

### **2.1.2. Détail du cahier des charges concernant le contenu de l'outil**

Il s'agit ici de lister les obligations liées aux services et référentiels socles et celles en matière de parcours et de coordination, telles que détaillées dans L'Illustration 11. L'ensemble des items présentés donne lieu à un ou plusieurs indicateurs permettant d'évaluer l'usage de l'outil par les professionnels et le respect du cahier des charges de la DGOS.

Tout d'abord, l'outil doit être interopérable et offrir un accès à un certain nombre de « services et référentiels socles » (199,200) :

- Le DMP qui doit pouvoir être consulté et alimenté ; des données doivent pouvoir également en être extraites. L'intégration d'un patient dans un parcours coordonné impose l'adjonction au DMP des documents de synthèse issus de la coordination (cf. infra).

- La messagerie sécurisée santé (MS Santé) qui doit permettre d'échanger des informations en dehors de son environnement de manière sécurisée, avec une actualisation semestrielle.
- ViaTrajectoire qui oriente les patients de manière efficace.
- Le ROR qui identifie clairement l'ensemble des ressources du territoire, pour les mettre au service des patients. Le degré d'exhaustivité du ROR répond à une charte chronologique détaillée dans le guide de la DGOS (200).
- La Prescription électronique, lorsque celle-ci sera disponible.

L'objectif est ici d'organiser l'ensemble des services sous forme d'un « bouquet de services numériques professionnels » (169) avec un accès interactif des services. Cela fait partie des obligations en matière de parcours et de coordination, ce que nous allons détailler maintenant (199,200) :

- Respect du dit référentiel par toutes les fonctions, pour lesquelles un référentiel CI-SIS existe (cf. supra).
- Mise en place d'un accès unique pour les usagers (Mon Espace Santé) et les professionnels (logiciel métier ou plateforme unique).
- Identification des membres de l'équipe de prise en charge : l'outil identifie rapidement et facilement l'ensemble des acteurs de l'équipe pluriprofessionnelle. Il indique leurs coordonnées professionnelles (annuaire) et comment les contacter (réseau social professionnel, MS Santé, téléphone portable). Son évolution se fait de manière dynamique (ajout et suppression de membre), selon le parcours et la volonté de l'utilisateur.
- Degré d'accès aux données conditionné par des autorisations variant selon l'habilitation des professionnels (profils métier).
- Mise en place d'un dossier de coordination qui recueille l'ensemble des données sanitaires, sociales et médico-sociales nécessaires à la coordination.



Celles-ci peuvent être récupérées grâce à un interfaçage avec le DMP et les logiciels métiers (cf. supra). Ce dossier ne remplace ni le dossier des professionnels ni le DMP, mais il leur est complémentaire. Il permet une vision globale et coordonnée, par exemple grâce à une structuration sous forme de ligne de vie. Ce dossier diffère également du DLU qui a pour objectif de réduire les problématiques liées aux phases de transitions lors des hospitalisations non programmées. La raison est double : ce DLU est lui-même intégré au DMP et il n'a ni les mêmes fonctions ni les mêmes cibles.

- Accès au plan personnalisé de santé et au service numérique permettant sa gestion. À terme, accès à l'ensemble des documents de synthèse : plan de service individualisé, Bilan de Soins infirmiers, Plan personnalisé de Coordination en Santé... Ces documents sont également stockés dans le DMP.
- Intégration ou accès à des outils de dépistage, de repérage, d'évaluation de la situation de l'utilisateur, ainsi que des questionnaires d'évaluation de l'outil. L'objectif est que l'outil permette de réaliser ou d'intégrer les données nécessaires à un diagnostic situationnel afin d'orienter correctement les usagers dans les dispositifs de coordination et de suivre leur évolution. L'intégration du caractère multidimensionnel (sanitaire, social, médico-social) des données fournies se fera avec le logiciel InterRAI qui doit donc également s'intégrer à l'outil de coordination.
- Intégration d'un cahier de liaison et d'un système de notification d'événements. Ces fonctions ont pour objectif le traçage des interventions et le signalement d'événements notables. Ce signalement doit pouvoir être global ou ciblé.
- Intégration d'un réseau social professionnel qui doit permettre de communiquer et d'échanger des documents. Il doit pouvoir fonctionner autour, mais aussi indépendamment, d'un patient dans la gestion d'une CPTS par exemple. Il est

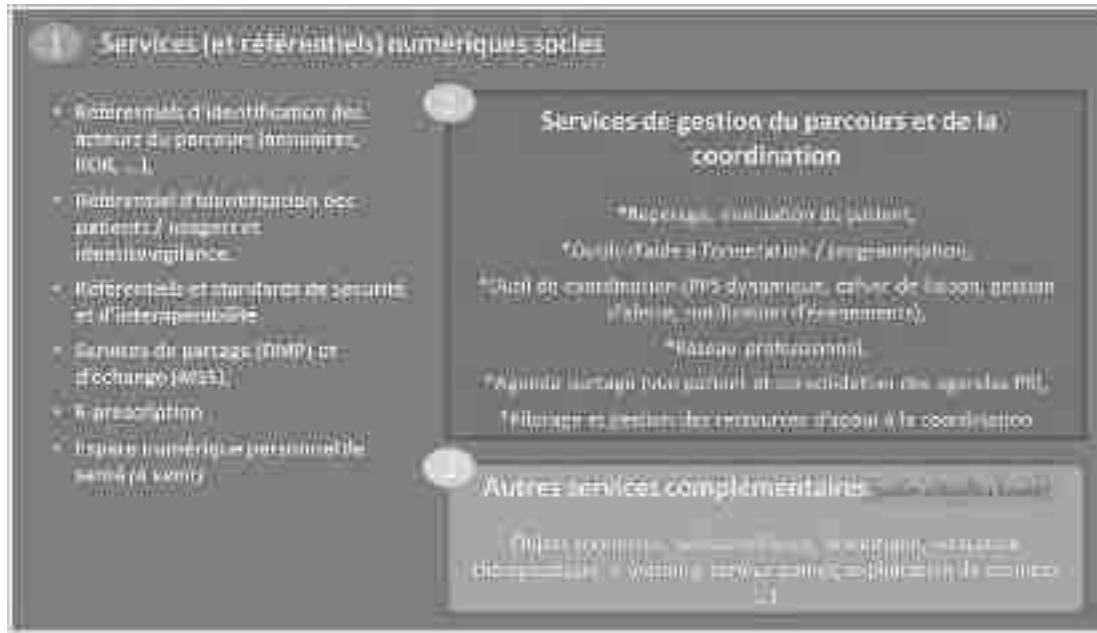
complémentaire d'une messagerie sécurisée de santé, en offrant notamment plus de réactivité.

- Intégration d'un agenda partagé patient pour coordonner l'ensemble des interventions autour d'un patient. Un affichage sous forme de ligne de vie semble opportun. Il est visible de l'ensemble des professionnels, mais également de l'utilisateur.
- Synchronisation des agendas des professionnels d'une même discipline afin de « faciliter l'organisation [...] de la réponse aux soins non programmés » (200).
- Accès à un service d'organisation du retour à domicile après une hospitalisation. Ce service s'appuie à la fois sur le ROR et ViaTrajectoire (cf. supra). Il permet de fluidifier le parcours ville-hôpital.
- Fonctionnement en mobilité obligatoire pour le cahier de liaison, le système de notification, le réseau social professionnel et l'agenda partagé.

Enfin, cet outil doit intégrer d'autres fonctions en lien avec l'identitovigilance et la sécurité des données. Bien que ces éléments répondent plutôt aux impératifs de structuration, abordés précédemment, ils imposent également l'intégration de contenus spécifiques, raison pour laquelle nous les abordons ici (200) :

- identitovigilance : intégration, dès que possible, d'un champ Identifiant Nationale de Santé afin d'améliorer la qualité et la sécurité des prises en charge (cf. rapport du Sénat (175))
- Protection des données :
  - Information et recueil d'un consentement du patient sur l'usage et le stockage des données à caractère personnel.
  - Mise en place d'une charte sur « les règles d'accès et d'usage des outils partagés » ainsi que sur les risques et bonnes pratiques en matière de systèmes d'information.

## Illustration 11 : Services numériques d'appui à la coordination des parcours



D'après le Ministère de la santé et de la prévention ([https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2019\\_129t0.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2019_129t0.pdf))

## 2.2. Enquête auprès des soignants français concernant la coordination des soins

Dans un intérêt scientifique, mais également, parce que nous nous sommes appuyés en partie sur les réponses initiales au questionnaire dans le cadre du nouveau projet, nous allons présenter les résultats de ce questionnaire, sans pour autant en faire une analyse poussée.

Il est constitué à l'aide du logiciel Google Forms et diffusé par le biais des unions régionales des professionnels de santé (URPS), ainsi que de l'union nationale des professions libérales (UNAPL) et à partir de FACEBOOK®, sur des groupes spécifiques à chaque profession. Les réponses ont été recueillies entre mars et octobre 2021, avec un total de 282 réponses. Il est présenté en Annexe 3. Il comprend une première partie permettant de caractériser l'échantillon d'un point de vue démographique et professionnel ; une deuxième partie sous la forme d'une question ouverte afin d'identifier comment les professionnels de santé définissent la coordination des soins ; et enfin une troisième partie segmentée en plusieurs sous-

parties qui a pour objectif d'identifier avec quels outils ils coordonnent les soins autour de leurs patients de manière générale et plus spécifiquement lors de leur activité à domicile, quels sont les avantages et inconvénients de ces outils et enfin leur ouverture à la mise en place d'un outil numérique de coordination des soins ainsi que la mesure du temps qu'ils sont prêts à consacrer pour la formation à un tel outil.

## **2.2.1. Caractéristiques de l'échantillon**

### **2.2.1.1. Type de professions**

On recense 36,17% (102) de médecins, 16,67% (47) d'infirmiers, 13,48% (38) de masseurs-kinésithérapeutes, 13,12% (37) de chirurgiens-dentistes, 6,74% (19) d'orthophonistes, 6,03% (17) de sages-femmes, 3,90% (11) de biologistes médicaux, 1,77% (5) de pharmaciens, 1,06% (3) de psychomotriciens, 0,71% (2) d'orthoptistes et 0,35% (1) de psychologue.

Afin d'avoir une idée de la représentativité de cet échantillon, nous nous appuyons sur les chiffres de l'INSEE (201). Bien que ce questionnaire ait visé initialement l'ensemble des acteurs du système de santé, y compris hospitaliers, les modalités de diffusion n'ont pas permis de rendre cela possible. Au total, le nombre de salariés (structures hospitalières, établissement et centre de santé) est de 20, soit 7,01% des réponses. Nous nous appuyons donc sur les chiffres des professionnels à activité libérale ou mixte (excepté pour les pharmaciens, cf. infra).

En 2021, en France, nous comptons :

- 764 260 infirmiers, dont 135 027 en activité libérale ou mixte. Soit 27,13% de l'effectif total (16,67% dans notre étude).
- 227 946 médecins, dont 127 898 en activité libérale ou mixte. En retirant les biologistes médicaux, nous arrivons à 126 325. Soit 25,38% de l'effectif total (36,17% dans notre étude).

- 84 448 masseurs-kinésithérapeutes, dont 68 395 en activité libérale ou mixte. Soit 13,74% de l'effectif total (13,12% dans notre étude)
- 78 197 psychologues, dont 27 814 en activité libérale ou mixte. Soit 5,59% de l'effectif total (0,35% dans notre étude).
- 73 427 pharmaciens dont 63 989 en activité libérale, mixte ou salariée extrahospitalière (obligation au vu de la structuration des officines). En retirant les biologistes médicaux, nous arrivons à 59 330. Soit 11,92% de l'effectif total (1,77% dans notre étude)
- 43 134 chirurgiens-dentistes dont 36 895 en activité libérale ou mixte. Soit 7,41% de l'effectif total (13,12% dans notre étude).
- 27 642 orthophonistes, dont 22 307 en activité libérale ou mixte. Soit 4,48% de l'effectif total (6,74% dans notre étude).
- 23 541 sages-femmes, dont 7 929 en activité libérale ou mixte. Soit 1,59% de l'effectif total (6,03% dans notre étude).
- 15 377 psychomotriciens, dont 4 083 en activité libérale ou mixte. Soit 0,82% de l'effectif total (1,06% dans notre étude).
- 6232 biologistes médicaux exerçant dans le privé, dont 1573 médecins et 4659 pharmaciens (chiffres de 2020) (202). Soit 1,25% de l'effectif total (3,90% dans notre étude).
- 5 863 orthoptistes, dont 3 322 en activité libérale ou mixte. Soit 0,67% de l'effectif total (0,71% dans notre étude).
- L'effectif total en activité libérale ou mixte (+ salariés officinaux) est de 497 659.

Mis à part pour les masseurs-kinésithérapeutes, les psychomotriciens et les orthoptistes, notre échantillon n'est pas représentatif, avec des variations allant de moins de 94% pour les psychologues à plus de 212% pour les biologistes médicaux et plus 279% pour les sages-femmes. En valeur absolue, nous observons surtout une

sous-représentation des infirmiers (moins 10,46%) et des pharmaciens (moins 10,15%) et une sur représentation des médecins (plus 10,79%). Toutefois, bien que notre échantillon ne soit pas représentatif, il a l'intérêt d'être pluridisciplinaire, ce qui est essentiel en matière de coordination.

#### **2.2.1.2. Lieu et mode d'exercice**

Ils sont 43,26% (122) à exercer en secteur urbain, 37,23% (105) à exercer en secteur semi-rural et 19,50% (55) à exercer en secteur rural (Figure 1). Ils sont 37,58% (106) à exercer individuellement, 36,52% (103) à exercer en association monodisciplinaire et 25,89% (73) à exercer de façon pluridisciplinaire (Figure 2).

Voici la répartition de ceux exerçant de façon pluridisciplinaire :

- 45,21% (33) en MSP
- 21,92% (16) en structure hospitalière ou assimilée
- 9,59% (7) en CPTS
- 9,59% (7) en ESP
- 5,48% (4) en cabinet libéral pluriprofessionnel
- 4,11% (3) en centre de santé
- 2,74% (2) en pôle de santé
- 1,37% (1) en SESSAD, Centres d'action médico-sociale précoce, Soins de Suite et de Réadaptation et HAD
- Le total est supérieur à 100% en raison de l'association CPTS + MSP ou CPTS + ESP.

**Figure 1 : Lieu d'exercice (Extrait Google Forms)****Figure 2 : Mode d'exercice (Extrait Google Forms)**

### 2.2.1.3. Âge moyen

L'âge moyen des professionnels de l'échantillon est de 44,8 ans.

### 2.2.2. Définition de la coordination des soins (question ouverte de 3-4 mots)

La question ouverte portant sur la définition de la coordination des soins a permis d'identifier deux thématiques principales présentes dans plus de 50% des réponses, trois thématiques accessoires présentes dans 5 à 10% des réponses et cinq thématiques très accessoires ainsi que trois données non classées. Les cinq thématiques très accessoires de même que les données non classées ne seront pas abordées. L'ensemble des résultats sont disponibles dans le Tableau 1 et le Tableau 2. Le principe de classement des données s'est fait de manière manuelle, à l'aide de lectures répétées permettant d'organiser les réponses par thématiques. Lorsqu'une même thématique est abordée sous différentes notions, chaque notion est cotée une

fois et la thématique principale est également cotée une seule fois. Il n'y a pas eu de difficulté de classement, si ce n'est pour des notions transversales comme la sécurité, la rapidité, l'accessibilité. Pour des raisons de clarté, ces notions ne sont introduites qu'au sein d'une thématique, ce qui peut se traduire par un biais de représentativité des thématiques.

**La première thématique principale est en lien avec le travail en équipe** et concerne **89,36%** (252) des réponses. Les notions les plus fréquentes de cette thématique sont le partage de l'information présent dans 52,48% (148) des réponses, l'équipe présente dans 29,08% (82), la pluriprofessionnalité et la pluridisciplinarité présentes dans 24,11% (68), la mise en commun des compétences présente dans 10,64% (30) et enfin l'organisation présente dans 8,51% (24).

**La deuxième thématique principale est en lien avec la qualité des prises en charge** et concerne **65,96%** (186) des réponses. Les notions les plus fréquentes pour cette thématique sont la qualité présente dans 17,73% (50) des réponses, la prise en charge centrée sur le patient présente dans 14,18% (40), la continuité présente dans 13,12% (37), l'efficacité présente dans 12,41% (35), l'efficience présente dans 7,09% (20), la sécurité présente dans 6,03% (17), la prise en charge globale présente dans 6,03% (17) et l'accessibilité présente dans 5,32% (15).

**Les thématiques accessoires** sont la notion de parcours qui concerne 7,45% (21) des réponses, la notion d'outils qui en concerne 5,32% (15) et les aspects négatifs de la coordination qui en concerne 5,32% (15).

En nous basant sur ces réponses, nous pouvons définir la coordination des soins comme un **travail en équipe pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire, permettant un partage de l'information et des compétences, avec comme objectif d'organiser et d'améliorer la qualité des prises en charge pour que celles-ci soient centrées sur le patient, continues, efficaces, efficientes, sécurisées,**



**globales et dispensées en temps utile.** Cette coordination doit s'appuyer sur la mise en place de parcours de soins et sur l'usage d'outils adaptés.

Enfin, il est nécessaire de prendre en compte les points négatifs soulevés, afin d'y répondre, et de la déployer le mieux possible.

Si nous reprenons les définitions de la coordination des soins (24,203,204), les notions abordées sont : organisation, prestation de soins appropriés, mobilisation des ressources humaines et matérielles, échange, différents aspects de soin (HAS) et action conjointe, organiser, meilleure prise en charge, situation complexe, orientation, diagnostic, thérapeutique, suivi, parcours de santé, bonne réponse, bon endroit, bon moment (Gouvernement français). Nous observons donc une **bonne superposition des définitions officielles et de la définition apportée par les acteurs de l'échantillon.**

Tableau 1 : Coordination des soins : thématiques principales

Thématiques principales			
En lien avec le travail en équipe	252	En lien avec la qualité des prises en charge	188
Notion de partage de l'information (échange, dialogue, communication, partage d'information, transmission, écoute)	148	Notion de qualité (améliorer, optimiser, professionnalisme, expertise)	50
Notion d'équipe (collaboration, coopération, partenariat, unité, réseau, convivialité, entente, camaraderie)	82	Notion de prise en charge centrée sur le patient (adapté, individualisé, autodétermination des soins, utile, soutien au patient, bien être, respect, compréhension du patient)	40
Notion de pluridisciplinarité (multidisciplinaire, pluriprofessionnel)	68	Notion de continuité (suivi, accompagnement)	37
Notion de compétence (savoir, expérience) mise en commun (synergie, complémentarité, valorisée, symbiose, brainstorming)	30	Notion d'efficacité (pragmatisme)	35
Notion d'organisation (planification, répartition, régulation, anticipation, préparation)	24	Notion d'efficience (énergétique (1), financière (3), temporelle (7))	20
Notion d'aide (entraide, conseil, soutien)	11	Notion de sécurité (sûreté) des prises en charge (incluant les échanges avec les autres professionnels)	17
Notion de réunion (rencontre, concertation)	7	Notion de prise en charge intégrée (globale, holistique, transversale)	17
Notion de confiance	7	Notion d'accessibilité pour le patient et les professionnels (disponibilité, en temps utile, proximité)	15
Notion de respect (confraternité, déontologie)	7	Notion d'homogénéisation (cohérence, harmonisation)	13
Notion de lien ville-hôpital	6	Notion de facilité (fluidité)	10
Notion d'objectif (action, projet) commun	5	Notion de réactivité (rapidité) avec le patient et les autres professionnels	9
Notion d'orientation des patients (adresser)	5	Notion de pertinence (lucidité)	6
Notion de lien	4	Notion de prévention	3
Notion de synthèse (débriefing, bilan)	4	Notion d'humanité	2
Notion de professionnel référent	3	Notion d'équité (sans discrimination)	0

Tableau 2 : Coordination des soins (autres thématiques)

Thématiques accessoires		Thématiques très accessoires		
Notion de parcours (projet, protocole) pour le patient	21	Coordination / décloisonnement	4	
En lien avec les outils	15	Notion de caractère essentiel (primordial, obligatoire, inévitable, l'avenir)	6	
Dossier commun (DMP)	5	Aspects positifs pour le soignant	5	
Courrier (document, compte-rendu)	4	Bien être (moins de stress, rassurant)	3	
Téléphone	3	Enrichissement / passionnant	2	
Numérique (courriel, applications, interopérabilité, support unique)	3	Notion de complexité des situations prises en charge	5	
Outils	1	En lien avec les structures	2	
<b>Aspects négatifs</b>	<b>15</b>	Structure	1	
Notion de complexité (difficile, pas fluide)	7	CPTS	1	
Notion de perte de temps	5	MSP	1	
Notion de charge excessive (énergivore, charge mentale, contraintes)	3	ESP	1	
Notion de conflit	1	<b>Notions non classées</b>		
Notion de manque d'efficacité	1			
Notion de coût élevé	1		Formation	1
Notion d'absence de rémunération	1		Ambulatoire	1
Notion d'absence de correspondance à la réalité du terrain	1		Approche	1
Notion d'inutilité (sans intérêt)	1			

### 2.2.3. La coordination des soins : dans quelle structure et avec quel outil ?

#### 2.2.3.1. Les structures de coordination des soins

Les questions de cet item ont pour objectifs de savoir si, d'après les professionnels interrogés, la coordination des soins est dépendante d'une structure, si celle-ci peut limiter le libre choix du patient et enfin si ceux-ci arrivent à identifier les structures d'exercice coordonné.

Pour la première question, ils sont **92,91% (262)** à penser que la pratique d'un **exercice coordonné peut se faire indépendamment de la structure d'exercice** (Figure 3). Sur la question du libre choix du patient, la réponse est très intéressante et soulève un sujet qui mérite d'être débattu plus longuement, notamment avec des associations de patients. Ainsi, les professionnels sont **48,23% (136)** à penser que **la pratique de la coordination des soins au sein d'une structure peut limiter le libre choix du patient** (Figure 4). Concernant leur **capacité à identifier les**

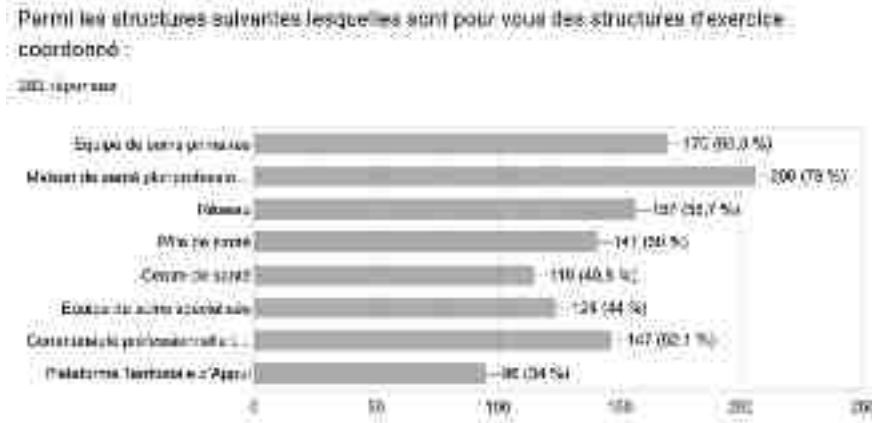
**structures d'exercice coordonné, seule une personne (0,35% des répondants) a réussi à répondre correctement à cette question**, à savoir que toutes sont des structures d'exercice coordonné, mise à part la PTA qui est une structure d'appui à la coordination (en cours de remplacement par les DAC, comme nous l'avons vu). Par item, le taux de mauvaise réponse varie de 59,22% (167) (item centre de santé) à 34,04% (96) (item PTA) (Figure 5). Les réseaux de santé sont un cas particulier, car il s'agit à la fois d'une structure de prise en charge coordonnée et d'un dispositif d'aide à la coordination (1).

**Figure 3 : Dépendance entre structure d'exercice coordonné et coordination des soins ? (Extrait de Google Forms)**



**Figure 4 : Limitation du libre choix des patients et structure d'exercice coordonné ? (Extrait de Google Forms)**



**Figure 5 : Structures d'exercice coordonné (Extrait de Google Forms)**

### 2.2.3.2. Les outils utilisés pour coordonner les soins

#### 2.2.3.2.1. Les outils génériques de coordination des soins : avantages et inconvénients

Dans le cadre de ce questionnaire, les deux principaux outils utilisés sont le téléphone (appel téléphonique) par 81,91% (231) des professionnels et les messageries (courriels) par 77,30% (218), dont moins de 5% (14) sont identifiées comme sécurisées. Parmi les outils qui sont utilisés de manière encore importante, il y a les SMS par 43,26% (122) et les messageries instantanées par 39,72% (112), dont tout de même 10,28% (29) sont des messageries instantanées professionnelles. Enfin, le carnet de liaison est encore utilisé par 36,17% (102). Les autres outils sont utilisés de manière anecdotique (moins de 5% des cas chacun). L'ensemble des résultats est détaillé dans le Tableau 3. Un usage important d'outils inadaptés persiste donc, par rapport à l'objectif de numérisation en santé du gouvernement, impliquant d'avoir une majorité de messageries professionnelles (instantanées ou non), d'applications professionnelles et de logiciels professionnels. L'usage du courrier et du carnet de liaison doit être réservé à des situations exceptionnelles (zone blanche), pour lesquelles la plupart des outils numériques portables présente les fonctionnalités nécessaires. Le cas du téléphone est particulier, car son usage reste nécessaire dans le cadre de l'urgence, ce qui ne correspond pas à la majorité des situations. Il ne doit

donc pas être l'outil principal, bien que comme nous allons le voir, il garde un intérêt certain, par rapport aux outils numériques, même en dehors de l'urgence.

Les avantages sont très majoritairement en lien avec l'outil, dans 82,62% (233) des réponses, et, dans une moindre mesure, avec les acteurs de l'échange dans 19,86% (56) ou la qualité de l'échange dans 15,60% (44) des cas. Les avantages de ces outils en matière de prise en charge ne sont cités que marginalement, dans 4,61% (13) des réponses. Ces réponses sont génériques et ne permettent pas de discriminer un outil d'un autre. Elles permettent de mettre en évidence ce qui importe pour les soignants, cinq qualités étant citées dans plus de 5% des réponses. La principale est de très loin **la rapidité**, qui est citée dans **62,77%** (177) des réponses. Les autres qualités principalement indiquées sont : la **facilité d'utilisation** (19,86% (56)), la **traçabilité** (15,25% (43)), la **disponibilité** (10,99% (31)) et l'**efficacité** (6,03% (17)). Bien que la traçabilité puisse être considérée comme un élément de sécurité, la sécurité en tant que telle n'est citée que dans 4,26% (12) des réponses. Les avantages en lien avec les acteurs de l'échange sont au nombre de deux : permettre une interaction directe (11,35% (32)) et globale (8,87% (25)). La mention concernant l'interaction directe est intéressante, car, la plupart du temps, les outils numériques de coordination ne permettent pas réellement une interaction directe au sens des réponses à ce questionnaire. Ce qui est mis en avant dans cette interaction, c'est l'échange social à travers la parole ou le contact direct qui offre de la convivialité. C'est un point à prendre en considération. Enfin, pour ce qui est des avantages de ces outils sur les qualités de l'échange, rien ne ressort particulièrement si ce n'est qu'ils permettent d'échanger des informations (7,09% (20)), les notions déjà citées dans la qualité de l'outil mises à part. Ces outils permettent un échange complet (3,55% (10)) et clair (2,84% (8)). Les résultats sont détaillés dans le Tableau 4. Cette classification est arbitraire et aurait pu s'organiser autrement, certains qualificatifs pouvant être associés à d'autres colonnes.

Les inconvénients sont également très majoritairement en lien avec l'outil, dans 69,86% (197) des réponses. Ils sont en lien avec les acteurs de l'échange dans 27,30% (77), et dans une moindre mesure avec la qualité de l'échange dans 10,99% (31) des cas. Les inconvénients de ces outils en matière de prise en charge ne sont cités que marginalement, dans 0,71% (2) des réponses. Les remarques précédentes sur le caractère générique des réponses et le choix arbitraire de la classification s'appliquent également ici. Les inconvénients directs de ces outils sont au nombre de sept, avec plus de 5% des réponses. Il y a principalement le manque de sécurité (25,18% (71)), puis dans une moindre mesure le caractère chronophage (14,18% (40)) et les problèmes d'accessibilité, incluant le travail en zone blanche (13,46% (38)), le manque de traçabilité, incluant le manque d'« accusé de lecture » (9,93% (28)), la multiplicité des outils (7,45% (21)), les difficultés d'usage (6,74% (19)) et le manque d'outils professionnels (5,32% (15)). Les inconvénients de ces outils en lien avec les acteurs sont dominés par leur usage insuffisant par manque d'équipement, par refus ou par immobilisme, avec pour conséquence une absence de réponse et donc de coordination (12,77% (36)). Les autres éléments sont présents dans moins de 5% des cas ; nous pouvons citer l'introduction de délais (4,61% (13)) et l'absence de contact direct (4,61% (13)). À mesure que la proportion des outils numériques augmente nous pouvons craindre une majoration de cette absence. Enfin, le seul inconvénient en lien avec la qualité de l'échange qui ressort est le manque de fiabilité de ces outils, pouvant mener à une perte d'information (7,45% (21)). Les résultats sont détaillés dans le Tableau 5.

Pour revenir sur le manque de sécurité de ces outils, une question est posée afin d'identifier le degré d'importance de celle-ci dans les moyens de communication ; les répondants sont 26,24% (74) à la juger cruciale, 58,16% (164) à la juger importante et tout de même 15,60% (44) à la juger secondaire (Figure 6).

**Tableau 3 : Liste des outils génériques de coordination des soins utilisés par les professionnels de santé**

<b>OUTILS DE COORDINATION</b>	
Téléphone	231
Messagerie sans précision	204
Messagerie professionnelle sécurisée	14
SMS	122
Messageries instantanées publiques	83
Messageries instantanées professionnelles	29
Carte de liaison	102
Logiciel métier sans précision	9
Logiciel (serveurs) commun (logiciel MLM, maison de santé, hôpitaux)	5
Courrier	13
Contact direct sans outil intermédiaire, réunion / RCP	8
Serveurs de résultats (PACS ou serveurs privés)	5
Plan de soin	3
Logiciel HAD (Anthadyne)	2
Application HAD (mobisoins)	2
Plateforme Icos	1
Zoom	1
DMP	1
Dossier patient 4D	1
Carte de santé	1
Globule	1
Bilan diagnostique kinésithérapique	1
Fax	1
Maia PRAG équipe mobile	1
SI (Système d'information ?)	1



Tableau 4 : Avantages des outils génériques de coordination des soins

Thématique principale		Thématiques accessoires		Thématique très accessoire	
Avantage en lien directement avec l'outil	233	Avantage en lien avec les acteurs de l'échange	56	Avantage en lien avec la prise en charge	13
Rapidité (réactivité, instantané, immédiateté)	177	Interaction directe (humanisation, ciblée, aide au relationnel, sans intermédiaire, toujours en lien, convivialité, dialogue)	32	Suivi possible	8
Facilité (simplicité, ergonomique, utilisée couramment, habitude)	56	Interaction globale (utilisé par tous, concertation, à plusieurs, tous les professionnels, outil commun)	25	Prise en charge centrée autour du patient possible	2
Traçabilité	43	<b>Avantages en lien avec la qualité de l'échange</b>	<b>44</b>	Cohérence dans la prise en charge	1
Disponibilité (accessibilité, universalité)	31	Echange d'information possible (communication, transmission)	20	Qualité de la prise en charge	1
Efficacité (plus fructueux)	17	Echange complet (pièce jointe, exhaustivité, pas de perte d'information)	10	Rapidité de prise en charge	1
Sécurité (secret professionnel, confidentialité)	12	Clarté (précision)	8	Organisation	1
Ergonomique (Pratique, fonctionnel)	7	Synthétique (conclusion, vue d'ensemble)	4		
Flexibilité (souplesse)	2	Fiabilité (Certitude de la réponse)	2		
Intéressant	1	Améliore l'échange	1		
Numérique (digital)	1				
Complémentarité	1				
Gratuit	1				
Reproductible	1				
Possibilité de ne pas laisser de trace	1				
Automatisable	1				

Tableau 5 : Inconvénients des outils génériques de coordination des soins

Thématique principale		Thématiques accessoires		Thématique très accessoire	
Inconvénients directs de l'outil	197	Inconvénients en lien avec les acteurs	77	Inconvénients en lien avec la prise en charge	2
Manque de sécurité (confidentialité, secret professionnel)	71	Usage insuffisant (non-usage, non équipé, immobilisme, indifférence, peu de temps alloué, manque d'adhésion, non réponse)	36	Exclusion du malade	2
Chronophage (temps nécessaire)	40	Introduction de délai (manque de réactivité, manque de rapidité, délai de passage à domicile, pas de notification)	13	<b>Aucun inconvénient</b>	12
Problème d'accessibilité (disponibilité, horaires, week-end, gestion des remplaçants, pas de connexion/réseau, outils pas toujours accessibles)	38	Pas de contact direct (manque de rapport humain, manque d'interaction)	13	<b>Pas de réponse</b>	9
Traçabilité insuffisante (pas de trace, pas de certitude de lecture)	28	Dérangement (pression, impossibilité à couper du travail, trop de notifications)	10	Pas d'organisation de l'information	2
Multiplicité des outils	21	Manque de diffusion globale	4		
Difficulté d'usage (non intuitif, usage suboptimal, manque d'ergonomie, bogue, non pratique, complexité, incomplet)	19	Non rémunéré	1		
Manque d'outils professionnels (non développé à cet effet, incomplet, non adapté, non développé pour la santé, pas efficace)	15	Nécessité de savoir travailler en équipe	1		
Incompatibilité (manque d'interopérabilité)	10	Inconvénients en lien avec la qualité de l'échange	34		
Créer une dépendance	1	Manque de fiabilité (perte d'information, manque d'information, pas reproductible)	21		
Manque de précision (diffusion non maîtrisée)	1	Excès d'information	5		
		Manque de clarté	5		
		Pas d'organisation de l'information	2		
		Pas d'échange continu possible	1		

Figure 6 : Importance de la sécurité dans le choix des moyens de communication (Extrait de Google Forms)

Dans vos choix de moyens de communication la sécurité de l'information patient est-elle un élément

311 réponses



### 2.2.3.2.2. Le cas de la coordination des soins au domicile

La situation de maintien à domicile est particulière et l'absence d'accès au dossier est en quelque sorte responsable d'un mode dégradé de prise en charge. Les répondants sont nombreux à utiliser le cahier de liaison, en lieu et place du dossier patient (cf. supra).

28,37% (80) des soignants interrogés n'ont pas d'activité à domicile. Parmi ceux ayant une activité à domicile (202), 54,46% (110) utilisent principalement des traces écrites non numériques, 30,20% (61) utilisent principalement des outils numériques, 1,98% (4) utilisent les deux de manière équivalente et 13,37% (27) n'utilisent aucun outil, ne laissant donc aucune trace.

Parmi ceux qui utilisent des outils numériques à domicile (65), les réponses se séparent en deux catégories : les outils numériques dématérialisés et les outils numériques physiques. Les résultats complets sont détaillés dans le Tableau 6.

L'outil numérique dématérialisé le plus utilisé est le logiciel métier (49,23% (32)), les autres étant cités de manière très occasionnelle, notamment les courriels sécurisés ou non (7,69% (5)), les messageries instantanées non professionnelles (4,62% (3)) et les logiciels de coordination des soins (3,08% (2)). Ils ont majoritairement mal répondu à la question, qui portait sur les outils numériques de coordination au domicile. En effet, ce sont les outils utilisés pour alimenter leur dossier métier qui ont été cités et non ceux qui permettent de la coordination. Cette erreur est probablement due à une mauvaise formulation de la question, qui ne reprend pas le mot de coordination, celui-ci étant présent dans l'en-tête de cette partie du questionnaire.

Parmi les outils numériques physiques cités, ils sont 24,62% (16) à utiliser leur smartphone, 15,38% (10) à utiliser une tablette et 13,85% (9) à utiliser un ordinateur, PC ou Mac, portable.

Comme les réponses sont multiples, sans obligation dans chaque catégorie, nous atteignons un taux supérieur à 100% pour l'ensemble et inférieur à 100% pour chaque catégorie. Une différenciation entre outils physiques numériques et outils dématérialisés utilisés au domicile aurait été intéressante.

**Tableau 6 : outils numériques de coordination des soins utilisés lors des visites à domicile**

<b>Outils numériques dématérialisés utilisés</b>	
Logiciel métier (directement ou via application mobile)	32
Messagerie instantanée non professionnelle (WhatsApp...)	3
Messagerie sans précision	3
Messagerie professionnelle (Mailiz-MSSanté)	2
Logiciel de coordination des soins (Parceo, Globule)	2
Photos	2
Logiciel de prise de rendez-vous	1
Application non professionnelle (Onenote)	1
Outil numérique sans précision	1
Dossier de suivi numérisé	1
SMS	1
Dictaphone numérique	1
<b>Outils numériques physiques utilisés</b>	
Smartphone	16
Tablette (iPad, tablette)	10
Ordinateur PC / Mac portable	9

#### 2.2.3.2.3. Intérêt des outils numériques, des outils de coordination des soins et des outils numériques de coordination des soins

De nombreux défauts sont pointés. En effet, si nous cumulons l'absence de réponse et les réponses d'absence d'inconvénient, le total représente seulement 7,45% (21) des répondants. Donc, pour plus de 90% des professionnels interrogés les outils utilisés sont perfectibles.

À la question : « Pensez-vous qu'un outil spécifique permettant de coordonner les soins entre les professionnels pourrait être intéressant ? », ils sont 91,49% (258) à répondre oui (Figure 7). Ils sont d'ailleurs une très large majorité, 95,03% (268), à considérer que les outils numériques sont un atout dans leur activité (Figure 8).

Afin de savoir si les professionnels de santé sont satisfaits de l'usage des outils numériques de coordination des soins, la première question est de découvrir s'ils en

ont déjà utilisé et s'ils identifient bien de quoi il s'agit. Ils sont 35,46% (100) à déclarer en avoir déjà utilisé (Figure 9).

Pour comprendre la satisfaction liée à ces outils, au-delà du chiffre global, il faut en faire une analyse stratifiée. L'objectif est de distinguer les outils spécifiques de coordination, les outils participant à la coordination et les outils ne participant pas, a priori, à la coordination des soins. Cette dernière catégorie ne sera pas analysée, pas plus que la satisfaction concernant les outils non professionnels (Tableau 7).

Globalement, la satisfaction des soignants utilisant ou ayant utilisé un outil numérique de coordination des soins (100) est de 69% (69) (Figure 10). L'analyse stratifiée concernant les outils spécifiques de coordination des soins (53) donne un taux de satisfaction de 54,72% (29) (Tableau 8). L'analyse stratifiée des outils participant à la coordination des soins (50), sans pour autant être spécifiques, montre un taux de satisfaction de 78% (39) (Tableau 9).

Le taux de satisfaction des outils spécifiques est moyen, et inférieur à celui des outils non spécifiques qui ont également d'autres fonctions outre la coordination. Ce phénomène peut s'expliquer par le manque d'expérience en matière de coordination et la nécessité de prendre en compte des besoins pluriprofessionnels, avec des fonctions multiples répondant souvent à un cahier des charges bien particulier.

En prévision de notre projet, nous avons posé des questions concernant un futur outil. Parmi les professionnels de santé n'ayant jamais utilisé d'outil de coordination (182), 73,08% (133) sont dans l'attente qu'on leur en propose un (Figure 11).

De plus sur l'ensemble des professionnels (282), 75,89% (214) sont prêts à investir du temps de formation pour l'usage d'un tel outil, avec une durée moyenne de 7,5 heures, soit une journée de formation.

**Figure 7 : Intérêt d'un outil spécifique de coordination des soins ? (Extrait de Google Forms)**



**Figure 8 : Les outils numériques sont-ils un atout dans votre activité ? (Extrait de Google Forms)**



**Figure 9 : Avez-vous déjà disposé d'un outil numérique de coordination des soins ? (Extrait de Google Forms)**



Tableau 7 : Outils non analysés

Autre	Nombre total	Satisfaits	Non satisfaits
	20	18	2
Logiciels métier sans précision	14	13	1
Outils non professionnels	6	5	1
Messagerie instantanée non professionnelle	2	2	
Photographie	1	1	
Internet	1	1	
Visioconférence	2	1	1

Figure 10 : Satisfaction vis-à-vis des outils numériques de coordination des soins utilisés. (Extrait de Google Forms)

En avez-vous été satisfait et souhaitez vous poursuivre avec ce type d'outils ?

100 réponses

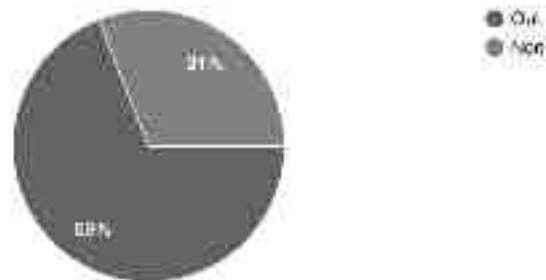


Tableau 8 : Satisfaction vis-à-vis des outils spécifiques de coordination

Outils spécifiques de coordination	Nombre total	Satisfaits	Non satisfaits
	53	29	24
Enr'actes	3	2	1
Continuum	2	2	
Globule	21	13	8
Parceo	12	6	7
Pandalab	12	6	6
Athome	1	1	
LEO	2		2

**Tableau 9 : Satisfaction vis-à-vis des outils participant à la coordination (non spécifiques)**

Outils participants à la coordination	Nombre total	Satisfaits	Non satisfaits
		50	39
<b>Logiciels pluriprofessionnels</b>	20	16	4
Logiciel de structures d'exercice coordonné	12	10	2
Logiciel hospitalier / établissements	6	5	1
Logiciel HAD	2	1	1
<b>Messageries professionnelles</b>	24	19	5
MS Santé	7	7	
Maillez	4	1	3
Lifen	2	2	
Apicrypt	3	3	
Messagerie sans précision	8	6	2
<b>Dossiers partagés</b>	5	3	2
DMP	3	2	1
Dossier médical informatisé communicant (DMIC)	2	1	1
Autre : Kardia Mobile	1	1	

**Figure 11 : Attente des professionnels vis-à-vis d'un outil numérique de coordination des soins. (Extrait de Google Forms)**

Étes-vous dans l'attente que l'on vous en propose un ?

182 réponses



#### 2.2.4. Apport de ce questionnaire

Ce questionnaire devait initialement servir de base à l'élaboration d'une évaluation locale par entretiens semi-dirigés concernant l'ancien outil de coordination des soins, PARCEO® (version MAINCARE®). Le nouveau projet de thèse, du fait du décalage engendré dans le temps et de la charge de travail supplémentaire représentée par la participation au développement d'un outil numérique de coordination des soins, ne s'appuie pas sur des entretiens semi-dirigés pour évaluer l'outil. Ces entretiens, bien que très pertinents pour une évaluation qualitative, sont remplacés par une autre forme d'évaluations. Malgré cela, les résultats de ce questionnaire nous apportent des



enseignements intéressants, aussi bien pour le développement de l'outil que pour la réalisation de l'évaluation.

Tout d'abord, les soignants semblent définir correctement la coordination des soins, ses bases et ses objectifs. Pour autant, ils n'arrivent pas à identifier clairement les modes d'exercice coordonné ni à les différencier d'une structure d'appui à la coordination. Ce constat rejoint celui fait dans la première partie sur la complexité des appuis à la coordination et leur mauvaise connaissance par les professionnels de santé. Ils sont encore trop nombreux à utiliser des outils de coordination inadaptés, à la fois en matière de sécurité, mais également d'efficacité.

L'objectif des pouvoirs publics, avec le virage numérique et le e-parcours (cf. supra), répond à plusieurs des inconvénients soulevés par les professionnels de santé. Le respect du cahier des charges de la DGOS sur le développement de l'outil règle les questions de sécurité, de traçabilité, de fiabilité, de la multiplicité des outils, du manque d'outil professionnel et du manque d'interopérabilité.

Concernant l'aspect chronophage, les difficultés d'usage et l'usage insuffisant vont être probablement plus compliqués à résoudre. Ces inconvénients ne relèvent pas seulement de l'aspect technique, mais aussi de la formation à l'usage de l'outil et de l'accompagnement des professionnels de santé. La question générationnelle se pose également pour deux raisons : une meilleure formation initiale en matière de coordination des jeunes générations, avec une volonté plus forte de travailler ensemble (27), et une plus grande facilité de ces jeunes générations à l'usage des outils numériques en général (205,206). Cette question générationnelle impose probablement de diversifier les groupes de formation ; c'est l'une des remarques qui a été avancée à la question de la durée de formation. L'ensemble de ces remarques sont prises en compte pour le développement de l'outil. Il faut toutefois garder à l'esprit, au moment de l'évaluation, la durée limitée dans le temps (choix du projet définitif

impérativement avant décembre 2021) ainsi que l'investissement limité dans ce projet, qui est un POC et non une version définitive.

Nous allons maintenant aborder le développement de l'outil numérique de coordination des soins de proximité.

## **2.3. Outil numérique de coordination des soins de proximité : développement, déploiement et accompagnement à l'usage**

### **2.3.1. Généralités**

PULSY® a proposé la réalisation d'un POC à plusieurs entreprises et c'est le partenariat MODIS®-SALESFORCE® qui a été sélectionné.

Nous allons brièvement présenter PULSY® ainsi que ces deux sociétés, puis nous examinerons le cahier des charges initial et enfin la chronologie du projet.

#### **2.3.1.1. Présentation des acteurs du projet**

PULSY®, le GRADeS dans le Grand Est, est issu de la fusion de coopérations sanitaires d'e-santé d'Alsace, de Lorraine et de Champagne-Ardenne. Les GRADeS sont les opérateurs préférentiels de leurs ARS respectives pour « l'élaboration et la mise en œuvre de la stratégie régionale d'e-santé », guidée par la doctrine du numérique en santé (148) et adaptée aux besoins et à la réalité territoriale. En plus de veiller à l'application des cadres de cette doctrine, qui sont urbanisation, interopérabilité et sécurité des systèmes d'information en santé, ils organisent également l'animation régionale de la stratégie d'e-santé, promeuvent l'usage des services d'e-santé sur le territoire et enfin portent et soutiennent des projets d'e-santé à l'aide de leur expertise (189). Dans la région, mise à part la gestion du e-Parcours avec PARCEO®, PULSY® met également à disposition un service d'imagerie

médicale partagée, un gestionnaire de réunions de concertation pluridisciplinaires, un outil d'aide à l'éducation thérapeutique, une aide à la mise en place de MS Santé, le ROR, le serveur de rapprochement d'identités patient et identitovigilance (ou SRI), un outil numérique d'aide à la prise en charge en structures mobiles d'urgence et de réanimation, un outil sécurisé de visio-régulation, de téléconsultation, de téléradiologie et de visioconférence (190).

La société SALESFORCE® est le leader mondial des systèmes de CRM (classement International Data Corporation 2014 à 2021). Sa réussite est basée sur une solution totalement innovante à l'époque de sa création (1999) : le « logiciel en tant que service » plus communément appelé SaaS, permettant une « architecture d'applications multi-tenant ». Le principe de cette solution est un hébergement nuagique (ou « cloud ») de l'ensemble, qu'il s'agisse des logiciels ou des données. Depuis, cette entreprise a étoffé son offre sous le format de « plateforme en tant que service » (PaaS). Ce fonctionnement en nuage évite des frais de maintenance matérielle ou logicielle et offre des possibilités de configuration et de personnalisation majeures. Le nom de leur plateforme est Customer 360®. « La plateforme Salesforce est le moyen le plus rapide et le moins risqué de créer, de connecter, d'optimiser et de déployer en toute sécurité tout type d'application adaptée à tout type de cas d'utilisation ». Pour notre projet, les principales qualités mises en avant sont : l'aspect nuagique, le niveau de sécurité élevé, l'évolutivité, la fiabilité, la facilité d'utilisation, la mobilité, l'interopérabilité et la qualité d'analyse des données, correspondant à un ensemble de points du cahier des charges de la DGOS. Si SALESFORCE® est déjà implantée dans le domaine de la santé dans d'autres pays, ce n'est pas le cas en France. Son modèle commercial se base sur le principe d'un abonnement et son chiffre d'affaires annuel est supérieur à 21 milliards de dollars en 2021 (191).

La société MODIS® fait partie de The ADECO Group®, une multinationale présente sur les cinq continents, qui travaille essentiellement dans la gestion des ressources humaines (192). La filiale MODIS® est une multinationale qui travaille dans le conseil en ingénierie, les services numériques et les sciences de la vie. Ainsi, sa triple spécialisation en fait un acteur très intéressant dans le domaine de l'e-santé, avec notamment une compétence dans les systèmes d'information et les solutions de digitalisation du milieu sanitaire. Cette société a par ailleurs développé un partenariat spécifique avec SALESFORCE® depuis 2014, notamment dans le domaine sanitaire. Pour simplifier, cette société développe des solutions informatiques et en réalise la maintenance à partir de la plateforme Customer 360® de SALESFORCE®. Dans le domaine de la santé ; cette solution informatique s'appelle le « Health Cloud », elle est déjà déployée dans d'autres pays, mais pas en France. Le chiffre d'affaires annuel de MODIS® en 2020 est supérieur à 2 milliards d'euros (193).

### **2.3.1.2. Cahier des charges initial et financement**

Le cahier des charges initial prévoit la mise en place d'un outil informatique disponible sur ordinateur et en version mobile. Cet outil doit être sécurisé (authentification forte) ; la société qui en est responsable doit être certifiée comme hébergeur de données de santé (HDS) sur la modalité « hébergeur infogéreur » (194).

Les fonctionnalités attendues sont les suivantes :

- Inclusion d'un patient avec :
  - Validation du consentement
  - Création de sa fiche d'identité
  - Intégration de ses contacts
- Création de l'équipe de prise en charge : ajout des membres à partir d'un annuaire des professionnels de santé et fonction de recherche par nom,

prénom, profession, spécialité. Elle est évolutive avec possibilité de suppression des membres.

- Fonctionnalité cahier de liaison structurée avec une notion d'importance / d'urgence.
- Formulaire spécifiques : pour les constantes, pour une activité ciblée d'un professionnel...
- Fonctionnalité notification.
- Ajout et consultation de documents patients avec un accès rapide pour les documents dits de référence (dossier de coordination).
- Échange entre professionnels sous forme de messagerie instantanée :
  - Dans le contexte du patient : de manière générale avec l'ensemble de l'équipe de prise en charge ou de façon ciblée ;
  - Hors du contexte patient (réseau social professionnel).
- Présence d'un annuaire des professionnels.
- L'ensemble des fonctionnalités doit être disponible en mobilité.
- L'outil en version mobile doit avoir un mode hors ligne permettant de l'utiliser en zone blanche.

Par la suite, il y a eu des demandes d'ajout d'autres fonctionnalités, la principale étant la réalisation d'ordonnances à partir de l'application. Cette demande fait à la suite des trois réunions de constitution de la CPTS Mossig-Vignoble, auxquelles nous avons assisté afin de présenter le projet de thèse. Les divers échanges ont permis d'identifier une demande forte sur cette fonctionnalité en mobilité, celle-ci devant servir de « succédané » en attendant la mise en place de l'e-prescription. Les autres fonctionnalités ajoutées seront abordées dans la partie développement.

Pour ce qui est du financement, l'ensemble des éléments du cahier des charges initial est développé et configuré gracieusement par MODIS®. De même, SALESFORCES®

fournit gratuitement l'environnement de production pour 3 mois (étendu à 5 mois), ainsi que 50 licences (étendues à 70) afin de permettre l'expérimentation. Certaines fonctionnalités demandées en plus sont hormis la fonction « ordonnance ». Celle-ci nécessitant une programmation poussée, un accord spécifique a été passé prévoyant qu'en cas d'acceptation du projet définitif, le coût de cette fonctionnalité serait alors déduit du coût total. Un accord similaire a été passé pour l'assistance lors de la réunion de déploiement, ainsi que pour la gestion du retour des données. Comme nous allons le voir dans la chronologie, le projet a pris du retard dans la phase de développement de l'application en raison d'un mauvais cadrage des demandes et de la mésestimation du temps nécessaire pour rendre l'outil fonctionnel et ergonomique. Cependant, la poursuite du projet, malgré le retard pris, traduit les efforts à la fois financiers et humains consentis par SALESFORCE® et MODIS®. À titre d'exemple, l'équipe de MODIS® a travaillé environ soixante-dix jours-personnes sur le projet pour une rémunération de moins d'une vingtaine de jours-personnes. Les équipes de SALESFORCE®, en plus de fournir gracieusement le support, ont également investi du temps en réunion et en formation des utilisateurs, et ce sans contrepartie financière.

### **2.3.1.3. Chronologie**

Les premiers contacts entre PULSY®, SALESFORCE, et MODIS® ont eu lieu à partir du 6 juillet 2021. À compter du 20 juillet 2021, nous avons été inclus dans le projet.

La phase de développement exclusive s'est déroulée jusqu'au 13 octobre, date du déploiement. La phase d'essai s'est déroulée ensuite du 13 octobre au 14 décembre, date de clôture de la période dite de « courtesy » (accès gratuit). Initialement, cette phase devait débuter entre fin août et début septembre, mais le 18 août, en collaboration avec PULSY®, nous avons transmis à MODIS® un fichier Excel

contenant l'ensemble des problématiques identifiées restant à traiter, dont plusieurs critiques (cf. infra). Il a alors été décidé de repousser la phase d'essai.

Durant cette phase d'essai, il y a eu un accompagnement des utilisateurs, détaillé dans la prochaine partie, mais également la poursuite de travaux de développement (cf. infra). Les dernières modifications sur l'outil ont eu lieu le 20 novembre.

Enfin, le retour des données des patients aux professionnels de santé a eu lieu le 20 janvier 2022.

Nous allons dans l'ordre aborder le développement dans son ensemble, puis nous étudierons la phase d'essai de l'outil avec le déploiement, les formations et l'assistance technique. Enfin, nous verrons rapidement l'organisation du retour des données.

### **2.3.2. Le développement de l'outil numérique de coordination des soins de proximité**

Le développement du projet s'est déroulé en deux phases. La première, avant le déploiement, a eu pour objectif de produire un outil répondant au cahier des charges, fonctionnel et sécurisé. La deuxième phase, après le déploiement, a eu pour objectif, outre la finalisation de la fonction « ordonnance » (cf. infra), d'apporter des améliorations ergonomiques et de répondre aux remontées du terrain. Cette partie va aborder le développement dans son ensemble ; les spécificités du déploiement seront abordées dans la partie suivante.

#### **2.3.2.1. Répartition, cycle et support de travail**

##### **2.3.2.1.1. Le travail de chaque équipe**

L'équipe de PULSY® porte le projet en définissant le cadre. Elle apporte également son expérience en matière de parcours de santé, ainsi que celle acquise lors du premier projet PARCEO®.

L'équipe de MODIS® a pour rôle la programmation et le développement de l'application selon le cahier des charges initialement fixé, ainsi que la correction de bogues et l'ajout d'améliorations provenant des remontées des équipes de PULSY® et les nôtres.

L'équipe de SALESFORCE® joue un rôle de conseil dans le choix des outils à utiliser afin d'atteindre les objectifs définis, et également la gestion des problèmes techniques liés à la plateforme.

Notre travail est de faire le lien entre le terrain (CPTS Vignoble-Mossig, retour du questionnaire national...) et les équipes de MODIS® ainsi que de tester l'application pour évaluer chaque ajout, identifier les bogues et les améliorations à apporter. Ce champ est assez vaste et recouvre à la fois les fonctionnalités, la sécurité et l'ergonomie.

#### **2.3.2.1.2. La méthode agile**

Le développement de l'outil s'est fait grâce à un travail en méthode agile. Il s'agit d'une méthodologie de travail mise au point initialement pour le développement informatique mais qui tend à être utilisée dans de nombreux autres domaines, notamment la santé pour le développement d'outils numériques dédiés (comme c'est le cas dans notre travail), le management d'équipes médicales, l'amélioration des protocoles de prises en charges... La principale limite à son extension est le manque de formateurs maîtrisant à la fois cette méthode et ayant une connaissance suffisante du milieu de la santé (207). Son usage en santé semble s'être accéléré avec la crise sanitaire. Elle semble particulièrement intéressante dans le domaine de la coordination des soins.

Il s'agit d'une méthode qui se base sur quatre valeurs et douze principes (208) et qui se décompose ensuite en plusieurs sous-méthodes avec chacune ses spécificités (Scrum, Kanban...).



Pour expliquer simplement les valeurs et principes, il s'agit :

- **De garder une approche centrée sur les objectifs du client (ou patient) et de le faire adhérer au projet en :**
  - L'intégrant aux échanges avec l'équipe ;
  - Lui fournissant régulièrement et de manière rapprochée des solutions opérationnelles (ou résultats) issues de chaque étapes (cf infra) afin qu'il puisse évaluer les bénéfices obtenus et valider chaque étape ;
  - Prenant en compte ses demandes quel que soit le stade du projet ;
- **De gagner en efficacité, visibilité, réactivité et flexibilité en :**
  - Fonctionnant sous formes d'objectifs à court terme (étapes) qui mis ensemble permettent d'aboutir au projet final et qui répondent mieux à l'imprévu ou au changement ;
  - Améliorant la coopération et la communication (structuration, accessibilité et échanges en direct) entre les différents acteurs ;
  - Rendant autoorganisées et autonomes les équipes ;
  - Promouvant la confiance et la transparence entre les différents intervenant ;
  - Favorisant la simplicité.

Ce type de méthode est particulièrement adapté à ce POC, comme nous allons le voir avec le cycle de travail.

#### **2.3.2.1.2. Le cycle de travail**

Nous alimentons tout d'abord, avec l'équipe de PULSY®, le support d'échange comprenant les fonctionnalités à mettre en place, les corrections et améliorations à apporter. Puis, l'équipe de MODIS® complète le support d'échange avec la solution utilisée et les difficultés éventuelles. À ce stade, nous réalisons une phase de test. Si

le test est concluant, l'item correspondant est validé pour l'équipe de PULSY® sur le support d'échange. Si le test n'est pas concluant, ou si des difficultés ou blocages sont identifiés, nous tentons dans un premier temps de trouver une solution alternative, que nous soumettons alors aux trois équipes. En l'absence de solution facilement identifiée ou réalisable, une réunion sous format d'un groupe de travail est programmée, permettant ainsi la résolution de la majorité des blocages. Si ce n'est pas le cas, le sujet est mis en discussion lors de la réunion hebdomadaire. Durant ces réunions, les points de blocage sont discutés avec une évaluation de la criticité de chaque problème et une solution est recherchée par l'ensemble des acteurs du projet. Une solution est d'ailleurs toujours identifiée pour chacun des problèmes rencontrés. Cependant, ces solutions ne sont pas forcément applicables dans le cadre d'un POC gracieux, avec l'absence de certitude d'un retour sur investissement pour SALESFORCE® et MODIS®. Dans ce cas-là, le sujet est laissé en attente pour régularisation en cas de validation du POC.

Pour revenir à la méthode agile, le cycle de travail présenté montre une superposition avec les principes de la méthode Scrum (sous-type de méthode agile), tant sur ses piliers que sur les rôles de chacun (209). Ce mode de travail a permis d'obtenir une très bonne efficacité et réactivité pour l'ensemble du projet.

Une fois les cadres du projet définis (support d'échange) et les premières solutions fonctionnelles proposées par MODIS®, le cycle de travail suit l'enchaînement des piliers de cette méthode, ceux-ci se répondant l'un à l'autre. À savoir :

- Transparence : visualisation des problèmes référencés dans le support d'échange ;
- Inspection : évaluation des problèmes et discussion lors des réunion hebdomadaires ;

- Adaptation : identification des solutions soit directement lors des réunions hebdomadaires soit lors de groupes de travail.

Concernant le rôle de chacun dans l'équipe, nous différencions :

- **L'équipe de développement** : qui est en charge du développement du projet et de la résolution des problématiques. Ce rôle correspond au **travail de MODIS®** et **pour part à nous-même** dans l'aide à proposer des solutions ;
- **Le « SCRUM Master »** : qui s'assure du respect des valeurs et principes de la méthode agile (respect des rôles, facilitation des interactions et promotion de l'efficacité). **Ce rôle correspond pour l'essentiel aux interventions de SALESFORCE®** ;
- **Le « Product Owner »** : « qui porte la vision du produit. En effet, il représente les utilisateurs et les commanditaires du projet. Il est donc avant tout chargé de maximiser la valeur du produit et le travail de l'équipe de développement » (209). **Ce rôle représente la fonction que nous avons eu avec PULSY® dans ce projet.**

#### 2.3.2.1.3. Support de travail

Lors du développement, nous travaillons directement sur l'outil, les modifications se faisant en parallèle des tests. Cela entraîne par moment quelques difficultés techniques, mais nous permet de gagner du temps. Il est également nécessaire d'évoquer la solution utilisée pour réaliser les ajouts et corrections après le déploiement. En effet, afin de répondre aux remontées des professionnels de santé, des modifications ergonomiques et fonctionnelles sont apportées après le déploiement. Afin de ne pas gêner l'expérience des utilisateurs, ces modifications sont réalisées sur une « sandbox » (bac à sable). Le principe est d'isoler l'univers de développement (sandbox) de l'univers de production (outil en cours d'utilisation). Une

fois les modifications testées et validées, elles sont déployées sur l'univers de production ; cela permet de continuer à améliorer l'outil tout en préservant l'expérience utilisateur.

### **2.3.2.2. Modalités d'échange et de partage**

Afin de faire le point sur l'avancée du projet et d'identifier les ajouts, corrections et améliorations nécessaires, trois principaux supports sont utilisés : les réunions par visioconférence, les courriels et les documents partagés.

#### **2.3.2.2.1. Les réunions**

Les réunions se déroulent par visioconférence à une fréquence d'une à deux par semaine avec des durées oscillant entre 1 et 3 heures. Lors la période de prédéploiement (entre le 20 juillet et le 13 octobre), un peu moins d'une trentaine a eu lieu. Elles se présentent sous deux formats : les points hebdomadaires et les groupes de travail.

Les points hebdomadaires ont pour objectif de réunir l'ensemble des acteurs afin de discuter de l'avancement global, des problématiques rencontrées par l'équipe de développement et des améliorations à apporter. Ces points sont également l'occasion de discuter des problèmes persistants (cf. cycle de travail). Ils ont lieu à une fréquence d'un point par semaine d'une durée d'environ 1h.

Les groupes de travail ont pour fonction d'avancer sur une thématique particulière ou sur la résolution de problèmes persistants, malgré les tentatives de corrections successives. Le fait de partager la vision du terrain et les attentes exactes des professionnels permet souvent au duo que nous réalisons avec l'équipe de MODIS® de trouver une solution applicable. Dans les cas les plus complexes ou ceux nécessitant une expertise technique particulière, la participation de l'équipe de

SALESFORCE® (aspect technique) ou de PULSY® (connaissance du parcours, expérience dans les outils numériques de coordination des soins) peut s'avérer nécessaire. À titre d'exemple, l'un des groupes de travail sur la sécurité a nécessité la participation de l'ensemble des acteurs afin de trouver une solution valide. La fréquence de ces groupes de travail est variable, de même que leur durée, allant de 2 à 3 heures.

#### **2.3.2.2.2. Les courriels**

Environ 200 courriels sont échangés entre le 20 juillet et le 13 octobre 2021 concernant l'organisation des réunions, leur débriefing, les corrections et les ajouts à apporter et les solutions proposées. Après la date du déploiement, du 14 octobre au 22 novembre, une cinquantaine de courriels sont encore échangés, principalement, voire exclusivement, au sujet de la programmation.

Ces courriels sont essentiellement de trois types :

- Un résumé des points hebdomadaires avec la liste des choses à faire par chaque équipe pour la semaine. Ces résumés sont réalisés par l'équipe de PULSY® (Annexe 4).
- Les conclusions des tests avec les modifications à apporter, principalement réalisées par nous (Annexe 5).
- Les réponses des équipes de MODIS® (Annexe 6).

Pour imager notre propos, nous avons inclus en annexe un exemple de chaque courriel. Il s'agit d'exemples parmi tant d'autres.

### 2.3.2.2.3. Les documents partagés

Durant le développement, de nombreux documents sont partagés.

À partir du 4 août 2021, nous mettons en place un dossier Google drive®, accessible à l'ensemble des équipes. Sur ce dossier, nous partageons trois types de documents, créés et alimentés par nous :

- Deux versions d'un document intitulé : « Usage et éléments d'amélioration de l'application ». Ces documents sont utilisés entre le 4 août et le 5 septembre 2021. Ils contiennent les différentes corrections à apporter pour améliorer l'ergonomie, les fonctions manquantes à ajouter, leur présentation et comment les articuler, afin d'optimiser l'usage sur le terrain. Un code couleur est également mis en place : en vert les changements validés et en rouge les tâches encore à effectuer par l'équipe de développement. Ce document est relativement vaste (10 pages) et permet de réaliser les premières modifications nécessaires.
- Un document intitulé : « Demandes des soignants ». Ce document fait suite aux réunions de constitution de la CPTS Vignoble-Mossig durant lesquelles le projet de thèse est présenté et les éléments clés pour les soignants recueillis. Il s'agit ici de demandes des professionnels de santé qui ne coïncident pas forcément avec le projet e-parcours, mais qu'il est nécessaire de prendre en compte, car venant des acteurs du terrain et utilisateurs. Elles appartiennent à quatre catégories :
  - Ordonnances : pour les médecins, la possibilité de créer, d'éditer et de transférer des ordonnances. Pour les autres soignants, la possibilité de recevoir ou de faire des demandes d'ordonnances.
  - Dossier patient : ce dossier doit donner une vue globale de la coordination, mais aussi permettre à n'importe quel professionnel de

prendre en charge le patient en situation d'urgence. Pour les professionnels de santé, il doit contenir : les antécédents, la biologie de référence, la dernière biologie, une fiche-objectif des pathologies chroniques, une fiche-objectif de dépistage et une fiche carnet de vaccination.

- Coordination ville-hôpital : demande d'un accès pour les établissements de santé et les ESMS de proximité.
- Gestion de la continuité des soins (gardes, astreintes et vacances) : possibilité pour un professionnel de santé d'avoir accès au dossier du patient avec l'accord explicite de celui-ci ou de sa personne de confiance.
- Deux documents concernant la création de formulaires simples et complexes intitulés : « Noms formulaires » et « Détails formulaires ». Initialement, il nous est demandé d'identifier les « tâches » récurrentes des professionnels de santé au domicile afin de mettre en place des formulaires pour faciliter et promouvoir la qualité du travail à domicile. Ces formulaires sont élaborés en partenariat avec les professionnels de santé du territoire Vignoble-Mossig. La liste des formulaires prioritaires est présentée dans le Tableau 10. À titre d'exemple sont inclus les deux modèles pour les formulaires sur les plaies et un modèle pour le formulaire suivi patient (Tableau 11). Dans l'application, seul le formulaire suivi est finalement intégré pour des raisons de délais et d'absence de retour sur investissement (POC gracieux).

Le 18 août 2021, un document réalisé en collaboration avec l'équipe de PULSY® est transmis à l'équipe de MODIS®. Il collige l'ensemble des problématiques encore identifiées. Il est établi à partir du document « Usage et éléments d'amélioration de l'application ». Les éléments retranscrits sont très variables, allant de la simple

traduction à des éléments de sécurité critiques (par exemple : absence de fermeture automatique de l'application ou accès aux fiches des patients, sans faire partie de leur équipe de prise en charge). En tout, 77 problématiques sont identifiées.

Le 27 août, les équipes de SALESFORCE® et MODIS® établissent le document qui doit servir de base pour le travail restant. Ce document, s'inspire fortement du précédent document et a l'avantage d'être hébergé directement en ligne, offrant ainsi une base d'échange accessible en permanence. Il contient initialement les 77 items exposés dans le précédent document. À la date du 27 août, l'équipe de MODIS® a initié, voire finalisé, la correction de 40 des 77 items initiaux. À la fin du POC, ce fichier comprend 201 lignes actives, chaque ligne pouvant être associée à des actions multiples. Ce tableau est composé de 8 colonnes :

- Section
- Sous-section
- Commentaires (MZ)
- Type : évolution, anomalie, assistance
- Criticité/priorité :
  - Critique
  - Majeur
  - Mineur
  - Cosmétique
  - À définir
- Statut :
  - Ouvert
  - En cours
  - Corrigé par Modis
  - Fermé (correction confirmée par Pulsy)



- Correction rejetée par Pulsy
- À discuter
- Fermé (ne sera pas traité)
- Remarques et commentaires Salesforce/Modis // Réponses MZ/Pulsy
- Affecté à

Il est compliqué de faire une présentation complète de ce document, constituant le support principal de développement de l'outil de coordination, en raison de sa taille. Une indexation complète du fichier en annexe impliquerait un espace considérable, de plus de 100 pages. Une capture d'écran est donc présentée en Illustration 12.

À la date du 20 novembre 2021, date de fin du développement, 150 lignes sont traitées et validées, 51 ne le sont pas. Parmi ces items non traités, 6 sont majeurs, 30 mineurs et 15 cosmétiques ; aucun item critique n'est resté en suspens.

Nous allons maintenant aborder le contenu du développement.

Tableau 10 : Liste des formulaires désignés comme prioritaires

<b>Intitulé formulaire</b>	<b>Cibles</b>	<b>Réalisation</b>
<b>Formulaire simple</b>		
Suivi patient	Médecin / IDE	Oui
<b>Formulaire complexe</b>		
Suivi patient complexe IDE	IDE	Oui
Suivi patient complexe médecin	Méd	Non
Plaies : bilan initial	Méd/ IDE	Oui
Plaies : suivi	Méd / IDE	Oui
Surveillance de stomie	Méd / IDE	Oui
Injections	Méd / IDE	Non
Perfusions	Méd / IDE	Non
Fiche de prévention ciblée	Méd / IDE	Non
Prise de sang	Méd / IDE	Non
Réalisation de sutures	Méd	Oui
Retrait de sutures	Méd / IDE	Oui
Soins de nursing	IDE	Non
Kinésithérapie : respiratoire	MKDE	Non
Kinésithérapie : entretien de l'autonomie	MKDE	Non
Kinésithérapie : rééducation orthopédique	MKDE	Non
Kinésithérapie : rééducation neurologique	MKDE	Non

**Tableau 11 : Exemple de formulaire**

Profil	Nom de la fiche	Items
Méd / IDE	Plaie, bilan initial	<p><i>Localisation : (schéma corporel) avec positionnement sur le schéma + possibilité de mettre des plaies multiples</i></p> <p><i>Type de plaie : (avec un menu par plaie, s'il y en a plusieurs) (menu déroulant avec sous-parties possibles ?) :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- brûlure ( sous-menu 1 degré : I, II, III ; sous-menu 2 cause : thermique, solaire, chimique, froid) <ul style="list-style-type: none"> <li>- dermite de siège</li> </ul> </li> <li>- escarre (sous-menu déroulant stade : 1 à 4 et inclassable) <ul style="list-style-type: none"> <li>- plaie diabétique / mal perforant plantaire</li> </ul> </li> <li>- plaie oncologique (sous-menu déroulant : tumorale ou secondaire au traitement) <ul style="list-style-type: none"> <li>- ulcère (sous-menu déroulant : veineux, artériel, mixte)</li> <li>- plaie opératoire</li> </ul> </li> <li>- plaie traumatique (sous-menu : dermabrasion, déchirement, morsure, griffure)</li> </ul> <p><i>Facteurs de risques : (cases à cocher)</i></p> <p><i>Intrinsèques :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- âge</li> <li>- dénutrition</li> <li>- diabète</li> <li>- insuffisance veineuse</li> <li>- insuffisance artérielle</li> <li>- trouble neurologique</li> <li>- incontinence</li> </ul> <p><i>Extrinsèques :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- sédentarité</li> <li>- alitement</li> <li>- tabagisme</li> <li>- macération</li> <li>- mauvaise hygiène</li> <li>- matériel inadapté (lit, chaussures...)</li> <li>- soins cutanés insuffisants</li> </ul> <p><i>Autres éléments :</i></p> <p><i>IPS connue : oui / non, si oui valeur + date</i></p> <p><i>Indication à une prise en charge diététique : oui/non (menu déroulant), si oui sous-menu avec date à remplir quand réalisée</i></p> <p><i>Tétanos à jour : oui/non (menu déroulant), si oui date du dernier rappel</i></p> <p><i>Allergies aux pansements : oui/non (menu déroulant), si oui préciser</i></p>

Méd / IDE	Plaie, suivi	<p><b>Date du diagnostic</b> : (transposable sur les fiches suivantes ?)</p> <p><b>Caractéristiques</b> :</p> <p>Évolution : bonne, stagne, s'aggrave (menu déroulant)  Douleur (EVA) : cotation 0 à 10 (menu déroulant) (prédéfini à 0)  Dimensions (cm) : longueur / largeur / profondeur (cases à remplir)  Stade d'escarre : (menu déroulant de I à 4 et inclassable)  Aspect (%) : nécrose / fibrine / bourgeonnement / épithélialisation (% à rentrer)  Exsudation : 0, +, ++, +++ (menu déroulant)  Odeur : oui/non (menu déroulant) (prédéfini à non)  Peau périlésionnelle : saine, macérée, kératose, érythémateuse, inflammatoire, œdème, eczéma (cases à cocher)</p> <p><b>Complication</b> : oui / non (menu déroulant si oui sous menus) : (prédéfini non)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Exposition tendineuse, nerveuse ou vasculaire : oui/non (menu déroulant)</li> <li>- Contact osseux : oui/non (menu déroulant)</li> <li>- Fistule : oui/non (si oui, préciser)</li> <li>- Hémorragie : oui/non</li> <li>- Signes infectieux : oui/non (menu déroulant), si oui préciser case à remplir</li> </ul> <p><b>Prise en charge</b> :</p> <p>Prémédication antalgique : oui/non (menu déroulant), si oui préciser la/les molécules (case à remplir) (prédéfini à non)  Action : lavage, irrigation, détersion mécanique, désinfection, méchage, séchage (cases à cocher)  Type de pansement primaire (menu déroulant) : À l'acide hyaluronique / À l'argent / Alginate / Au charbon actif / Au NOSF / Hydrocolloïde / Hydrocellulaire / Hydrofibre / Hydrogel / Irrigo absorbant / Vaseline  Type de pansement secondaire (menu déroulant) : Alginate / Hydrocolloïde / Hydrocellulaire / Hydrofibre (prédéfini à vide)  Utilisation d'une interface : oui / non (menu déroulant) (prédéfini à non)  Objectif : Cicatrisation en milieu humide, Relancer une plaie atone, Lutter contre l'infection, Améliorer la qualité de vie (menu déroulant)  Protocole : encart en écriture libre</p> <p><b>Remarques</b> : encart en écriture libre</p> <p><b>Une zone pour mettre une photo</b></p> <p>Possibilité de préremplir par défaut les champs avec les données de la dernière fiche ?</p>
Méd / IDE	Suivi patient	<p><b>Constantes</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tension artérielle (mmHg) : case à remplir.</li> <li>- Fréquence cardiaque (b/min) : case à remplir</li> <li>- Saturation en oxygène (%) : case à remplir</li> <li>- Température (°C) : case à remplir</li> <li>- Poids (kg) : case à remplir</li> <li>- Glycémie capillaire (g/L) : case à remplir</li> </ul> <p><b>Autres paramètres</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Douleur : oui / non (+ un encart libre pour localiser)</li> <li>- Asthénie : oui / non</li> <li>- Déshydratation : oui / non</li> <li>- Œdèmes déclives : oui / non</li> <li>- Palpitations : oui / non</li> <li>- Toux : oui / non</li> <li>- Dyspnée : oui / non</li> </ul> <p><b>Remarques</b> : encart en écriture libre</p>

Illustration 12 : Support principal de développement de l'outil de coordination

Section	Sous-section	Commentaires (M2)	Type	Criticité/priorité	Statut	Remarques et commentaires Salesforce/Modèle // Réponses M2/PULSY	Affecté à
10	Calendrier - Créer une note	Permettre de paramétrer les filtres, ajouter un type, un commentaire, une date	Evolution	Hauteur	Fermé (Ne sera pas réalisé)	Reçus le feedback ligne 44, 45 M2 : ok à voir avec POC Pulsy : sera nécessaire pour POC M2 : alternative pour le POC proposée par Sébastien - Modèles commentés - demande avec confidentialité ou accès membres de l'ES susceptibles de la réaliser - autre investigation de la demande 20/10/21 fait par [REDACTED]	[REDACTED]
10	Calendrier - assignation d'une demande	Possibilité d'assigner une demande à plusieurs personnes / groupe de personnes ou même l'ET, plurimodal...	Evolution	Hauteur	Fermé (Ne sera pas réalisé)	21/10/21 M2 : plusieurs alternatives possibles mais à l'attendre pour POC M2 : ok	[REDACTED]
11	Rapports - afficher les données	Rapports "rapports terminés"	Anomalie	Hauteur	Fermé (Correction continuée par Pulsy)	20/10/21 M2 : voir avec [REDACTED] possibilité de réflexion détaillée de l'ensemble de l'équipe - suppression de la partie détail avec insertion de la partie "rapports terminés" dans le format attendu. Voir pour le format correspondant. A voir pour le suivi à l'impact sur le format du tableau. 21/10/21 M2 - Wood francs	[REDACTED]
11	Sécurité	Plus de détails sur la sécurité	Anomalie	Hauteur	Fermé (Correction terminée par Pulsy)	Voir pourquoi cela ne fonctionne pas [REDACTED] - th M2 : ok	[REDACTED]

### **2.3.2.3. Contenu du développement**

Dans cette partie, nous vous montrerons l'évolution de l'outil de coordination, en nous concentrant sur la partie application, la partie non mobile ou « desktop » ayant été moins travaillée. En effet, initialement, les professionnels de santé ne devaient pas utiliser cette version « desktop », celle-ci n'étant pas finalisée. Ils s'en servront tout de même afin de compléter pour la plupart le dossier des patients, la saisie des données étant plus aisée dans cette version.

Une partie du développement est déjà abordée dans la partie « documents partagés » et ne sera par répétée ici.

Enfin, plutôt que de procéder à une énumération fastidieuse, et probablement inintéressante, de l'ensemble des ajouts et modifications réalisés, nous imagerons notre propos en comparant des captures d'écran de l'application initiale (avant) par rapport à celle après les modifications (après).

Il faut garder à l'esprit que ce projet est le résultat d'un important travail d'équipe. Les équipes de PULSY® et SALESFORCE® sont un support essentiel pour nous en matière de conseils. L'équipe de MODIS® permet quant à elle la mise en œuvre des propositions faites et nous assiste, chaque fois que c'est nécessaire, dans la recherche d'alternatives en cas de blocage.

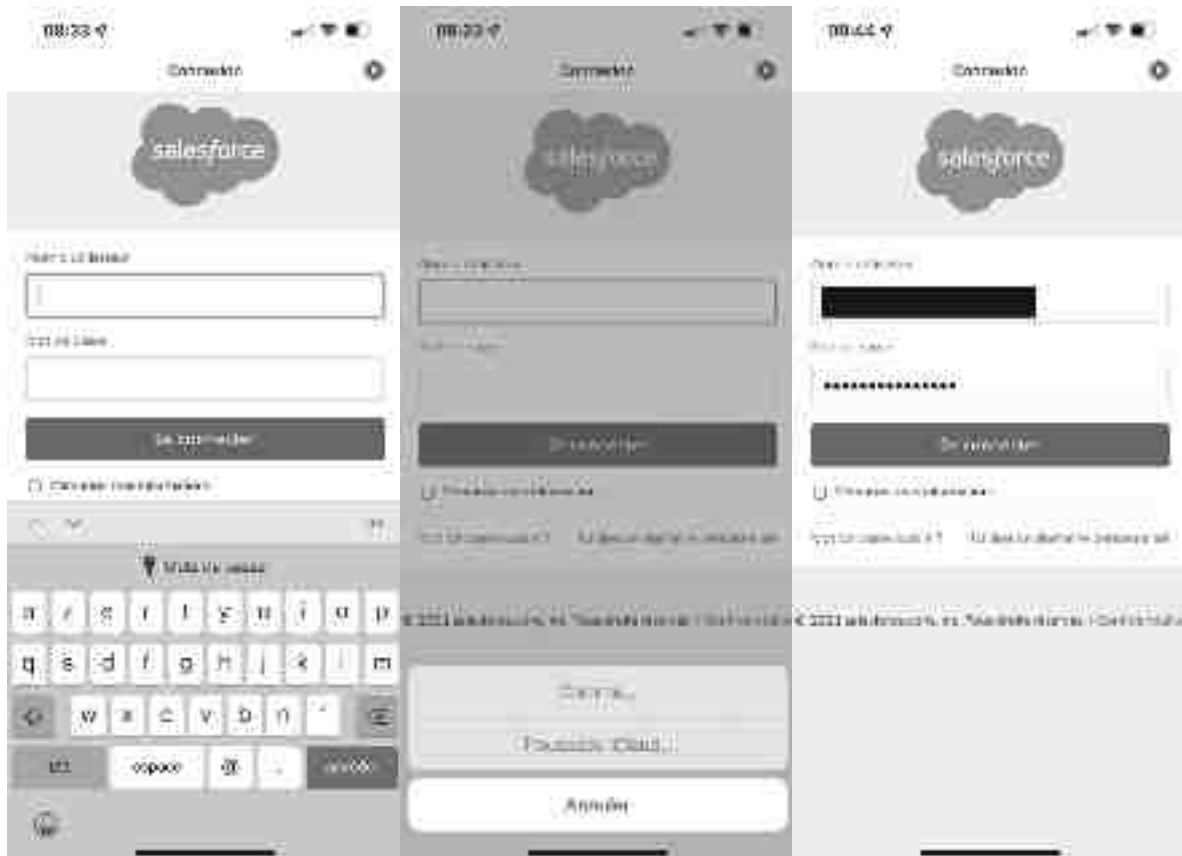
#### **2.3.2.3.1. Connexion à l'application**

Il n'y a pas de captures avant/après pour cet écran, l'essentiel du travail se résumant à du paramétrage et de l'assistance aux utilisateurs pour faciliter leur connexion (cf. partie déploiement).

**Illustration 13 : Icône de l'application et de « l'authenticator » associé**

L'expérimentation se faisant avec de vrais patients, la connexion à l'application nécessite une authentification forte ou « MFA » pour authentification multifacteurs, et ce bien que les trois équipes soient certifiées hébergeurs de données de santé. L'autre prérequis en matière de sécurité est une déconnexion automatique après une période de non-utilisation, fixée à quinze minutes après discussion et avis des professionnels de santé. Grâce à un paramétrage des téléphones, nous faisons en sorte de faciliter la connexion des utilisateurs tout en la sécurisant. Pour cela, nous nous appuyons sur les fonctions trousseau intégrées aux téléphones, grâce à l'utilisation du « Face ID », de l'empreinte digitale ou, sur les appareils plus anciens, d'un code. Une fois la connexion au trousseau effectuée, l'appareil saisit automatiquement le code et l'identifiant de l'utilisateur.

### Illustration 14 : Phase de connexion avec auto-remplissage via le trousseau



Le principe de cette authentification forte est d'empêcher toute connexion frauduleuse à l'outil, en envoyant une notification sur le téléphone de l'utilisateur lors de toute tentative de connexion. Celui-ci doit alors valider la connexion. Les limites sont les cas de vol ou de perte du téléphone, pour lesquels les professionnels doivent nous contacter afin de bloquer temporairement leur compte jusqu'à la récupération de l'appareil. Pour les professionnels de santé ayant refusé ou n'ayant pas réussi à installer l'authenticator, la connexion MFA est quand même requise et effectuée par une confirmation via courriel.



### Illustration 15 : Authentification MFA avec authenticator



#### 2.3.2.3.2. Écran d'accueil

À la suite des modifications, la partie « Compte » est remplacée par un onglet « Patient » permettant de rechercher et d'accéder aux fiches des patients. Les informations apparaissant sur cette fiche sont changées afin de permettre une identification sécurisée des patients.

L'onglet « Contact » est remplacé par un onglet « Professionnels de santé ». Cet onglet est alimenté par extraction des données de l'annuaire des professionnels de santé du Grand Est. Il facilite la recherche d'un professionnel de santé en fonction de sa profession, spécialité, nom, localisation..., puis l'accès à sa fiche de contact, également autoalimentée.

L'onglet « Tâche » est remplacé par un onglet « Demandes » qui permet de recenser l'ensemble des demandes reçues ou effectuées, afin d'assurer un suivi facile sans pour autant avoir à passer par la fiche de chaque patient. Des fonctionnalités de tris sont également introduites, pour, par exemple, faciliter les demandes en retard. Lors de l'affichage des demandes, celles-ci sont classées selon leur degré d'urgence.

Un onglet « Chatter » est ajouté, afin de permettre un accès rapide au réseau social professionnel. Nous souhaitions initialement un format de type WHATSAPP®, mais cela n'a pas été possible dans le délai imparti, SALESFORCE® venant seulement d'acquiescer une entreprise de messagerie instantanée, mais ne l'ayant pas encore intégrée à sa plateforme. L'une des vigilances à propos de cette fonction « Chatter » est qu'elle associe l'ensemble des discussions, y compris celles liées aux patients, en un seul endroit. Cela nécessite donc de bien s'assurer d'être dans le bon fil de discussion lors de discussions au sujet d'un patient (celui lié à son dossier).

Enfin, la partie « Menu » est reconfigurée pour permettre un accès rapide à l'ensemble des ordonnances effectuées ou reçues, ainsi qu'un accès rapide à la fonction « Groupe » qui regroupe des forums dédiés à chaque corps de métier, à l'assistance ou encore à des sujets libres.

## Illustration 16 : Écran d'accueil

Avant modifications



Après modifications



Après modifications suite



### 2.3.2.3.3. Fiche utilisateur

Les deux captures de droite présentent la fiche utilisateur telle qu'imaginée. Les champs permettent d'identifier le professionnel, de le contacter ainsi que d'inclure sa signature dans le cadre de la réalisation de l'ordonnance, avec une mention pour les remplaçants. La signature provoque initialement un blocage, car il est prévu de la télécharger à partir d'une photo. Le format trop volumineux empêche son intégration dans la fiche du professionnel. L'équipe de MODIS® a eu la bonne idée d'intégrer la signature sous format manuscrit, avec un dessin à main levée.

Illustration 17 : Fiche utilisateur



#### **2.3.2.3.4. Création d'une fiche de patient**

La création de la fiche patient est la première étape pour créer un dossier patient, ensuite complété par d'autres éléments à venir. Lors de la création de cette fiche, il y a eu, parmi les éléments notables, le caractère obligatoire de certains champs (ceux avec un astérisque rouge et celui du consentement) pour éviter les homonymes (identitovigilance) et les doublons de création (grâce à l'INS). Il faut obligatoirement rentrer le nom, le prénom, la date de naissance, le sexe et l'INS sans la clé (2 derniers chiffres) ; c'est un point important comme nous le verrons plus loin. Pour ce qui est du choix des champs d'identitovigilance, l'INS n'est ajouté qu'après le déploiement. Initialement c'était le code postal et le lieu de naissance qui avaient été retenus. Cependant, dans plusieurs cas, les professionnels n'arrivaient pas à obtenir ces informations. Elles ont alors été remplacées par l'INS pour assurer l'identitovigilance, celui-ci étant disponible sur la carte vitale, sauf pour les enfants et pour certaines personnes qui dépendent de leur conjoint pour leur sécurité sociale. Dans ces cas, l'INS reste disponible sur le site Amelipro. Le consentement est obligatoire, une fiche ne pouvant être créée sans l'obtention de ce dernier. En cas de retrait du consentement (décochage de la case), l'accès à la fiche devient impossible et sa récupération passe nécessairement par le service support. Un message d'alerte apparaît afin d'éviter des erreurs de manipulation. Deux documents sont établis par PULSY® sur le consentement : la mention d'information concernant le consentement dans le cadre du e-parcours et le recueil de consentement. Ce dernier n'est pas obligatoire, un recueil oral étant jugé suffisant, mais il a tout de même le mérite d'exister. Ces documents figurent en annexe (Annexe 7 et Annexe 8). Enfin, un champ permettant d'identifier et de contacter la personne de confiance est également mis en place. Les captures d'écran ci-dessous montrent le formulaire de création de la fiche patient, après modifications.

### Illustration 18 : Création de la fiche patient (après modifications)

The image displays two side-by-side screenshots of a mobile application interface for creating a patient record. The top of both screenshots shows a status bar with the time 08:47 and various icons. Below the status bar, there are navigation tabs: 'Accueil', 'Créer patient: Patient', and 'Enregistrer'. The left screenshot shows the 'Informations sur le patient' section. It includes a dropdown menu for 'Nom' (set to '- Aucun -'), a 'Prénom' field, and a 'Nom' field. Below these are fields for 'Numéro de téléphone', 'Numéro de fax', 'Date de naissance', and 'Sexe' (set to '- Aucun -'). The 'Adresse' section includes a search button 'Rechercher une adresse', a 'Rue' field, a 'Code postal' field, a 'Ville' field with a 'Région/Prov.' dropdown, and a 'Pays' field. The right screenshot shows the 'Personne de confiance' section. It includes a 'Nom de la personne de confiance' field, a 'Numéro de téléphone' field, and a 'Numéro de fax' field.

Les captures d'écran ci-dessous montrent l'évolution de la fiche patient avant et après modifications. Il est intéressant de savoir qu'à notre demande un algorithme de calcul de la clé de l'INS est introduit afin que les soignants vérifient les informations rentrées en ayant uniquement le numéro complet (sur la carte vitale par exemple). Par ailleurs, l'application permet d'ouvrir GoogleMap® à partir de l'adresse afin de calculer l'itinéraire pour se rendre chez le patient, fonction utile pour les remplaçants ou les personnes n'étant jamais intervenues à domicile, de même qu'une interaction directe possible avec l'adresse courriel et les numéros de téléphone. Nous allons maintenant voir l'aspect général du « Dossier patient ».

Illustration 19 : Fiche patient avant modification



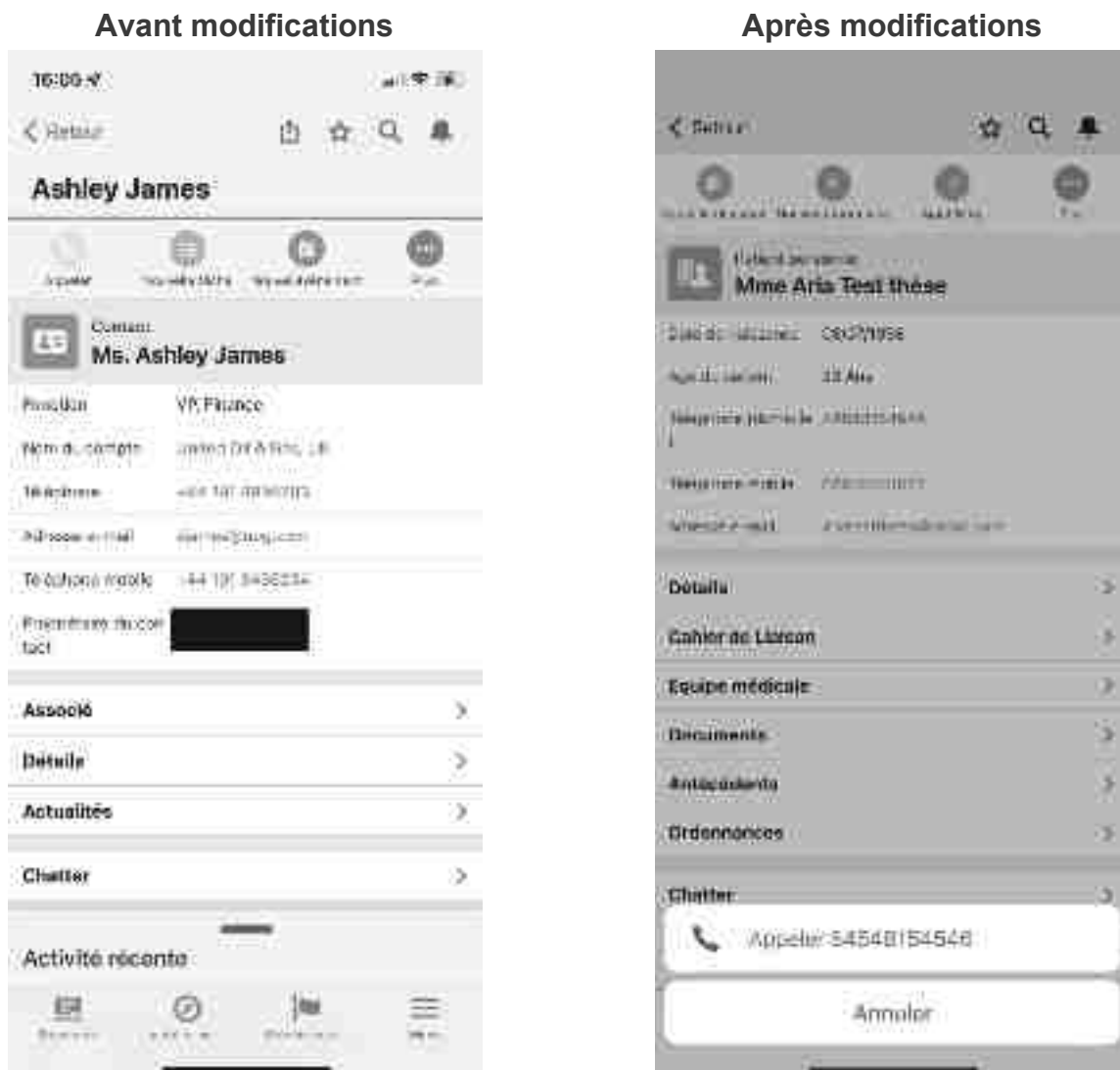
Illustration 20 : Fiche patient après modification



### 2.3.2.3.5. Dossier patient

Comme signalé précédemment, l'application permet d'interagir directement avec les numéros de téléphone, les adresses postales et les courriels. Si l'élément détail, qui permet d'accéder à la fiche informative du patient (cf. supra), est conservé, les autres sous-dossiers sont modifiés et les sous-dossiers « Cahier de liaison », « Équipe médicale », « Documents », « Antécédents » et « Ordonnances » sont créés. Avant de détailler chacun de ces éléments, nous allons nous intéresser au bandeau action (bandeau supérieur avec les petites icônes). À noter également que l'application est « purgée » des informations et messages inappropriés au domaine de la santé, tels que la ligne « propriétaire du contact ».

#### Illustration 21 : Dossier patient

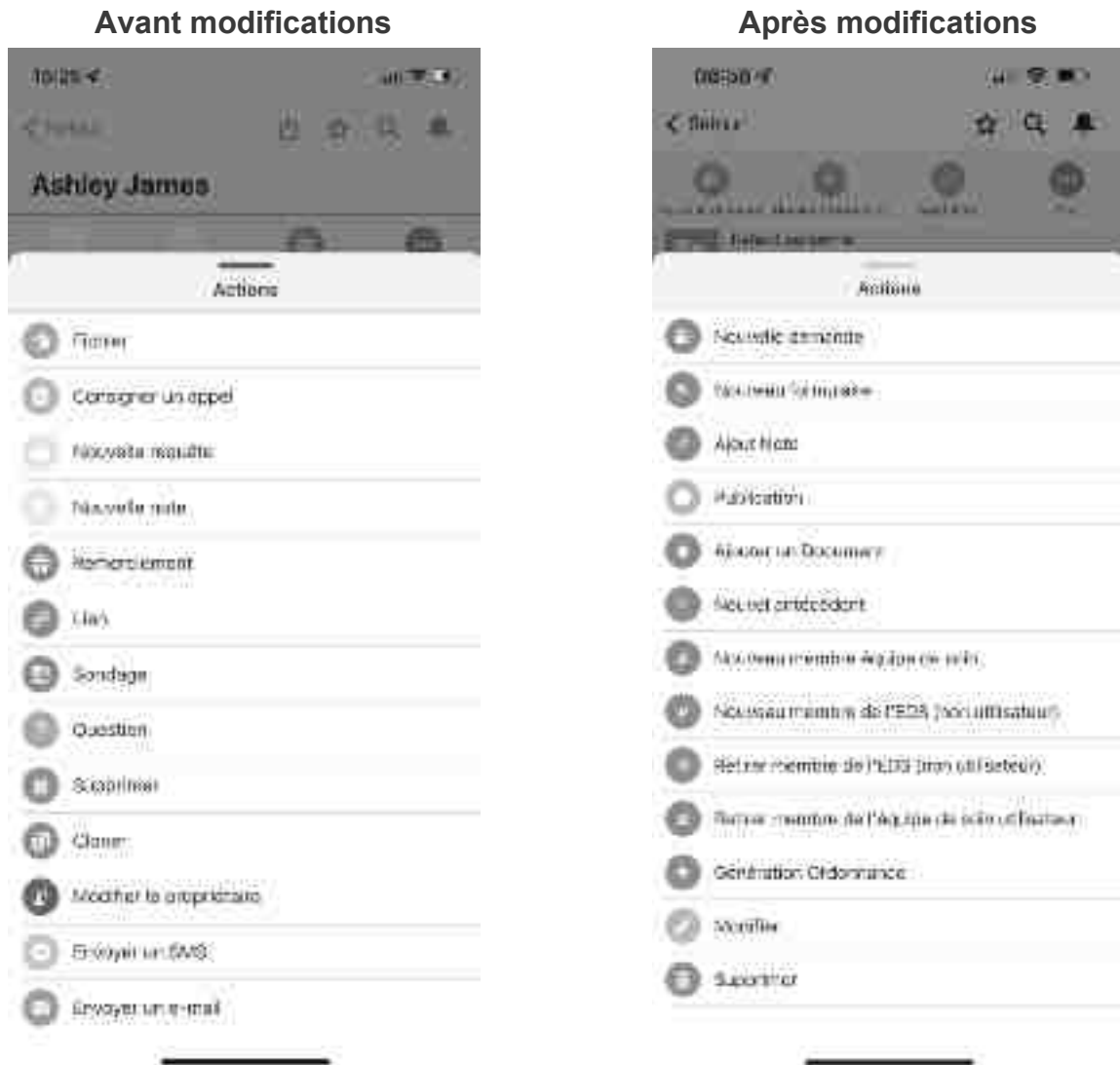




### **2.3.2.3.6. Bandeau action**

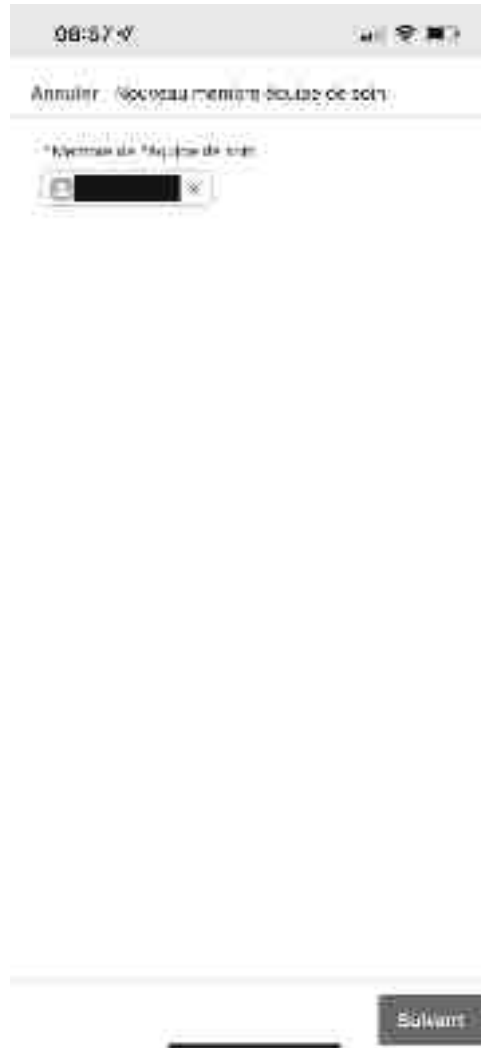
Si le dossier patient permet l'accès à l'ensemble des sous-dossiers liés à un patient, le bandeau action permet d'effectuer l'ensemble des actions. Un changement complet des actions possibles est effectué comme c'est visible sur les deux listes présentées afin de les rendre cohérentes avec une prise en charge sanitaire. Ce bandeau action permet d'interagir avec le cahier de liaison via la création d'une note, d'une demande ou d'un formulaire, d'ajouter un document ou de compléter la fiche d'antécédents, de modifier l'équipe de soins en ajoutant ou supprimant des membres (qu'ils soient utilisateurs ou non), de générer une ordonnance et enfin, il permet d'accéder au « Chatter », centré autour du patient. Si la modification des intitulés ne semble pas complexe, celle-ci nécessite ensuite la modification de l'ensemble des formulaires liés, de même que les interactions des différents éléments les uns par rapport aux autres. À la base, l'application ne permettait en effet que d'ajouter une note sous différents formats adaptés au milieu du marketing, de réaliser un sondage ou d'envoyer une requête. Ce bandeau est ensuite accessible dans l'ensemble des sous-menus.

## Illustration 22 : Bandeau action



### 2.3.2.3.7. Équipe de prise en charge

L'ajout et le retrait d'un membre, qu'il soit utilisateur de l'application ou non, passe par le bandeau action. Il suffit de rentrer ses nom et prénom et l'application le retrouve directement dans l'annuaire des professionnels. Lorsque le choix est fait d'ajouter un professionnel nécessairement utilisateur de l'application, celle-ci ne cherche que dans la base des utilisateurs référencés. Lors de l'ajout (post-déploiement, pour donner suite au retour du terrain) d'un utilisateur à l'équipe de prise en charge, une notification lui est automatiquement envoyée.

**Illustration 23 : Ajout d'un membre à l'équipe de prise en charge**

La fonction présente initialement s'apparentant le plus à l'équipe de prise en charge était la fonction contact. La différence était cependant telle qu'elle ne pouvait pas servir de base. C'est donc une nouvelle fonction qui a été directement programmée. Cette vue permet de séparer les professionnels de santé utilisateurs de l'application de ceux qui ne le sont pas. Initialement, nous voulions les mettre dans la même liste, avec un simple marqueur pour les différencier, mais ce n'était pas possible. Cette vue informe également sur la fonction du professionnel et sa spécialité éventuelle. Elle permet l'accès direct à sa fiche.

## Illustration 24 : Vue de l'équipe de prise en charge Avant modifications

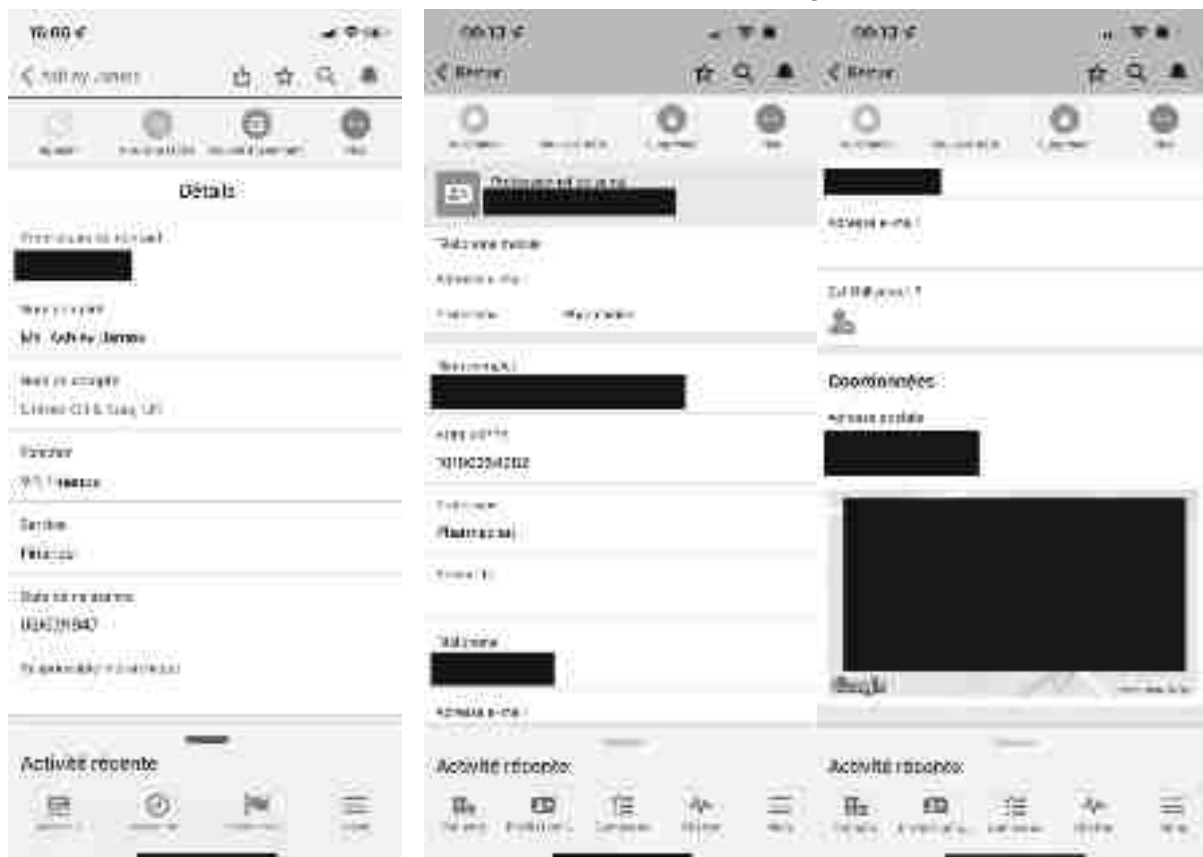


## Après modifications



La fiche des professionnels de santé est accessible via l'équipe de prise en charge, en cliquant sur un membre, ou dans le bandeau inférieur, au niveau de l'onglet « Professionnels de santé ». Sur cette fiche, les mêmes champs que sur la fiche utilisateur doivent être renseignés. Les différences sont liées au fait que la création de la fiche est automatique, à partir de la base de données et qu'il n'y a pas de champ signature. L'ajout d'un pictogramme permettant de différencier facilement les utilisateurs (en vert) des non-utilisateurs (en rouge) est demandé. Il aurait également dû être associé à la liste des membres de l'équipe de prise en charge, mais cette fonctionnalité n'a finalement pas pu être intégrée.

**Illustration 25 : Aspect d'une fiche d'un professionnel de santé  
Avant modifications                      Après modifications**



#### 2.3.2.3.8. Alimentation du cahier de liaison

En soi, les éléments fondamentaux de la note ne sont pas modifiés : présence d'un intitulé et d'un descriptif, si ce n'est le caractère rendu obligatoire de l'intitulé. Un profond nettoyage des éléments non pertinents dans le domaine du soin est tout de même effectué. De plus, un important travail sur l'interaction des autres éléments autour de la note a été effectué, avec la demande d'ajout possible d'un document à cette note. Par exemple, une photo peut être ajoutée à la note afin de suivre une plaie, ou un document de protocole antalgique.

La note peut également être liée aux autres éléments du cahier de liaison afin d'avoir une démarche globale et efficace. Prenons l'exemple d'une chute. En tant que médecin traitant d'un patient diabétique, vous passez au domicile suite à l'appel de son conjoint pour une chute. Vous constatez alors l'existence d'une plaie, que vous tracez dans le cahier de liaison et que vous prenez en photo. À cette note, vous

associez un formulaire qui vous permet facilement de remplir les éléments de l'examen physique (cf. infra), ainsi qu'une demande de passage à l'infirmier de l'équipe de prise en charge pour réaliser la surveillance de cette plaie (cf. infra). À cette demande est directement associée une ordonnance, que l'infirmier pourra récupérer. Ainsi, l'ensemble de la prise en charge découle de la note initiale et l'ensemble des éléments de cette prise en charge sont liés les uns aux autres dans le cahier de liaison (cf. infra), facilitant l'exercice coordonné, la traçabilité et la qualité des soins.

**Illustration 26 : Ajout d'une note**



Comme nous venons de le voir, il est possible, à partir ou indépendamment d'une note, de créer un formulaire. Nous imaginons complètement la structure de ce formulaire à la suite d'entretiens réalisés avec les professionnels de santé du territoire de la CPTS Vignoble-Mossig. Au départ, les soignants souhaitaient intégrer 17 formulaires types. Cependant, pour les raisons économiques et temporelles déjà détaillées, un seul formulaire a finalement été introduit. Il s'agit du formulaire le plus simple, mais l'important est que le principe soit en place. Ces formulaires ont un objectif très clair

qui est de faciliter le remplissage du cahier de liaison pour en améliorer l'exhaustivité et faire gagner du temps aux soignants. Aucun champ, à part la conclusion, n'est obligatoire. S'agissant d'un item complètement nouveau, aucune comparaison n'est possible.

**Illustration 27 : Ajout d'un formulaire**

The image displays two screenshots of a mobile application interface for adding a note. Both screenshots show a top bar with the time (09:03 and 09:04) and status icons. Below the bar are 'Annuler' and 'Ajout Note' buttons.

**Left Screenshot (09:03):** The screen is titled 'Formulaire de suivi du patient Arja Test these'. It features a 'Coordonnées' section with several input fields:
 

- Température (température) (°C) : 39.0
- Tension artérielle (systolique) (mmHg) : 80
- Fréquence cardiaque (bpm) : 70
- Saturation en oxygène (%) : 98
- Température (°C) : 37.4
- Poids (kg) : 70.00
- Cholestérol total (g/L) : 0.88

 Below this is an 'Autres paramètres' section with a 'Choix' dropdown menu. A 'Sauvegarder' button is at the bottom right.

**Right Screenshot (09:04):** This screen shows the 'Autres paramètres' section with several dropdown menus:
 

- Sexe : Homme
- Localité : Jember gacale
- Maladie : Non
- Sécheresse : Oui
- Douleur abdominale : Non
- Myocardique : Non
- Toux : Non
- Diagnose : Non

 There is a 'Continuer' button below the dropdowns and a 'Choix sur hypoglycémie (test de glycémie)' dropdown menu. A 'Sauvegarder' button is at the bottom right.

Plusieurs modifications sont effectuées sur les demandes, qui peuvent être associées ou créées indépendamment des notes. De base, cette fonction comprenait déjà un titre, renommé en motif et rendu obligatoire. Un degré d'urgence était également rendu obligatoire, de même qu'une échéance et une association à quelqu'un. Ce point a été modifié afin qu'une demande ne puisse être associée qu'à un membre de l'équipe de prise en charge, dont la liste apparaît d'emblée lors de sa création. L'ajout d'un degré de priorité (champ obligatoire), d'une description ainsi que la possibilité d'y associer

un document ou une photo (comme pour la note) et/ou une ordonnance a été demandé. Lorsque la case d'ordonnance est cochée, l'outil de création d'ordonnance s'ouvre alors en cliquant sur suivant. Ces éléments associés sont alors liés à la demande. Lorsque la demande est adressée à quelqu'un, celle-ci apparaît dans sa liste de demandes et il reçoit une notification en retour.

### Illustration 28 : Ajout d'une demande

#### Avant modifications

#### Après modifications



### 2.3.2.3.9. Vue du cahier de liaison

La vue d'ensemble est entièrement modifiée. Celle-ci sépare les trois types d'entrées du cahier de liaison : « Demandes », « Note », « Formulaire ». Elle fournit directement des informations spécifiques sur chacune d'entre elles. Concernant chaque demande, elle détaille le motif, le professionnel de santé à qui elle est affectée, celui qui la crée, son degré de priorité, l'échéance et son statut (à faire, en attente, en cours, terminée). Le statut est notifié par une icône qui varie selon son état. Pour l'affectation de la demande, une modification supplémentaire est requise en fin de projet : la possibilité de se réaffecter une demande qui ne nous est pas adressée, particulièrement utile pour les cabinets de groupe (infirmier notamment), où le professionnel impliqué n'est pas toujours le même. Concernant chaque note et chaque formulaire, la vue globale nous renseigne sur la date de création et le professionnel qui l'a créée.

Illustration 29 : Vue d'ensemble

Avant modifications



Après modifications



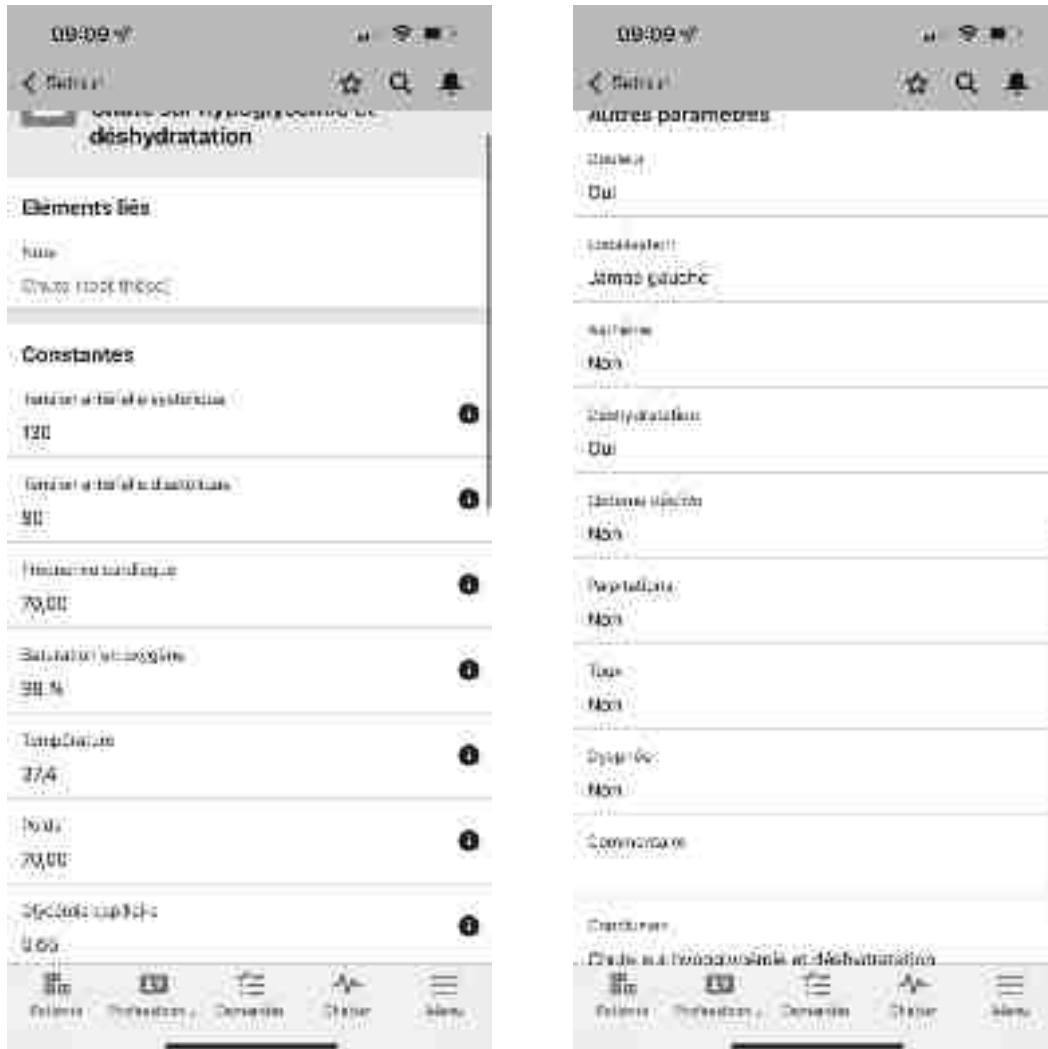
Il n'y a pas d'élément de comparaison avant modification pour la vue d'une note. Un important travail de « nettoyage » est aussi effectué pour celui-ci. De plus, comme la capture le montre, il est possible d'accéder directement depuis la note à l'ensemble des éléments du cahier de liaison ainsi qu'aux fichiers qui lui sont liés, et ce, toujours dans un objectif d'ergonomie dans l'usage de l'outil. Ces fonctions de liaison n'étant pas nativement présentes sur l'application de base, elles nécessitent de nombreux échanges et essais avant d'aboutir au résultat final, qui n'a pourtant pas l'air complexe sur la capture d'écran. Ces notions d'ergonomie sont essentielles dans la création d'une application, ayant nécessité une autoformation sur le sujet.

### Illustration 30 : Vue d'une note



Voici la vue d'un formulaire une fois complété. Nous accédons ici directement aux autres éléments du cahier de liaison qui lui sont liés. Aucune comparaison n'est possible, car il s'agit d'un élément totalement nouveau.

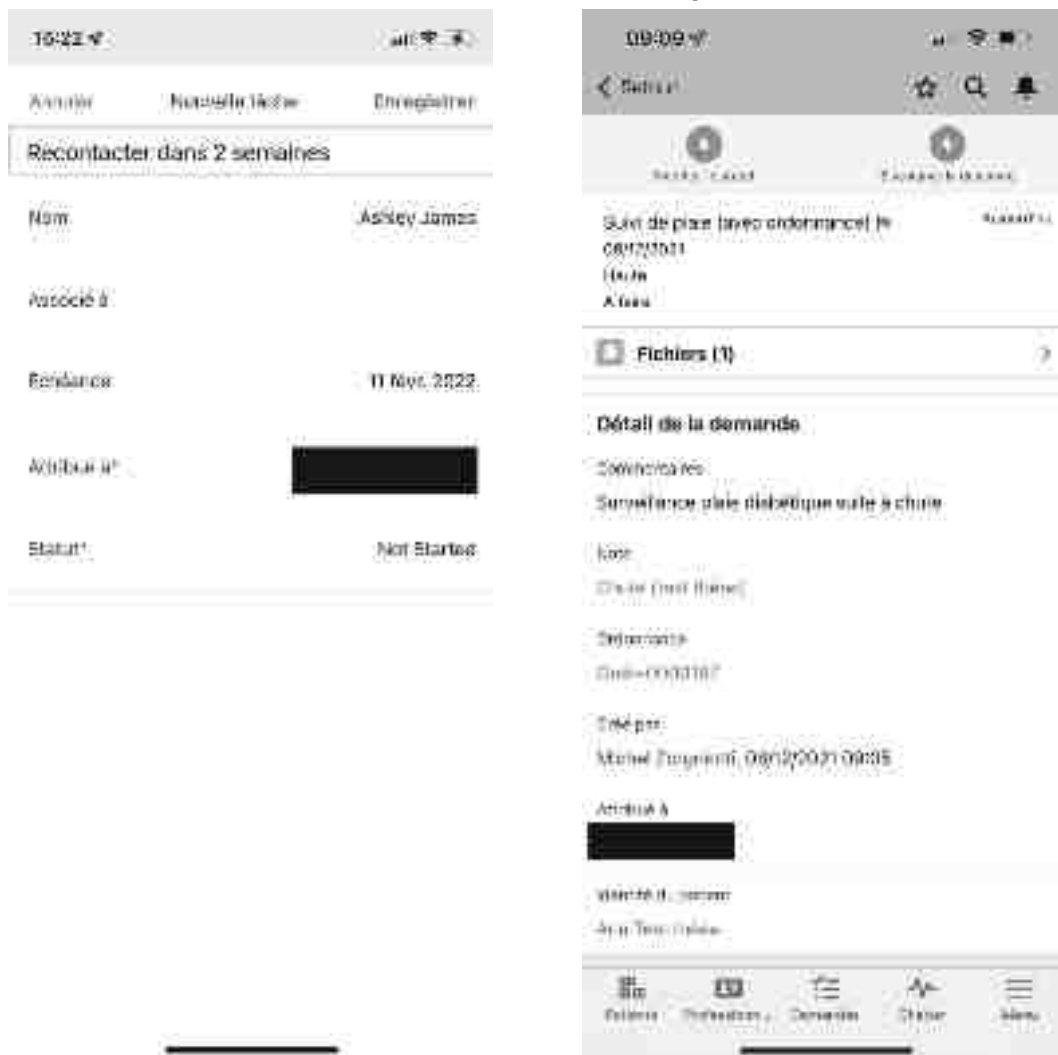
**Illustration 31 : Vue d'un formulaire**



La vue d'une demande est considérablement enrichie. La partie supérieure nous informe sur les éléments essentiels : son motif, son degré de priorité, son statut, son échéance et sa date de création. La partie inférieure nous renseigne sur les détails, son créateur et à qui elle est attribuée (informations apparaissant déjà sur la vue générale). Il y a surtout les éléments qui lui sont liés et auxquels nous pouvons accéder directement : une note, une ordonnance ou un document (n'apparaissant pas ici, car il n'y en avait pas). Enfin, le bandeau supérieur permet de se réassigner la demande ou d'en modifier le statut.

### Illustration 32 : Vue d'une demande

Avant modifications                      Après modifications



#### 2.3.2.3.10. Ajout d'un document

Un document peut directement être ajouté depuis le bandeau action, être lié à une note ou être lié à une demande. Il peut également être intégré directement depuis le « Chatter ». Cette fonctionnalité est nouvelle et n'est donc pas comparable avec une fonctionnalité antérieure. Une fois le document ajouté, il apparaît dans la partie fichier, de manière liée ou non à d'autres éléments. Le choix de recherche du document se fait à partir des fichiers du téléphone ou à partir de l'appareil photo ou de la photothèque. La limite, visible sur la deuxième capture, est que, bien que demandé, un gestionnaire de documents permettant de les renommer, de les commenter, de les trier ou de les classer n'existe pas.

Illustration 33 : Ajout d'un document



#### 2.3.3.3.11. Fonction « antécédents »

Cette fonction est nouvelle et ne peut donc pas être comparée. L'ajout d'un antécédent passe par le bandeau action. Lors de la création d'un antécédent, les deux seuls champs obligatoires sont son nom ainsi que le type d'antécédent (chirurgical, médical); peuvent être ajoutées une sévérité, une date de diagnostic et des remarques, l'ensemble apparaissant sur la fiche des antécédents lorsque nous cliquons dessus. Bien entendu, ils peuvent être modifiés ou supprimés.

### Illustration 34 : Fonction « antécédents »

The image contains two screenshots of a mobile application interface for medical history.

**Left Screenshot: 'Ajout d'un antécédent médical du patient Arle Test thèse'**

- Buttons: Annuler, Nouvel antécédent
- Form fields:
  - Nom de l'antécédent: (Chlorocystoscopie)
  - Type d'antécédent: (Chirurgical)
  - Scène: (Légère)
  - Date de diagnostic: (0 déc. 2017)
  - Remarque: (Non compliquée)
- Button: Suivant

**Right Screenshot: 'Informations'**

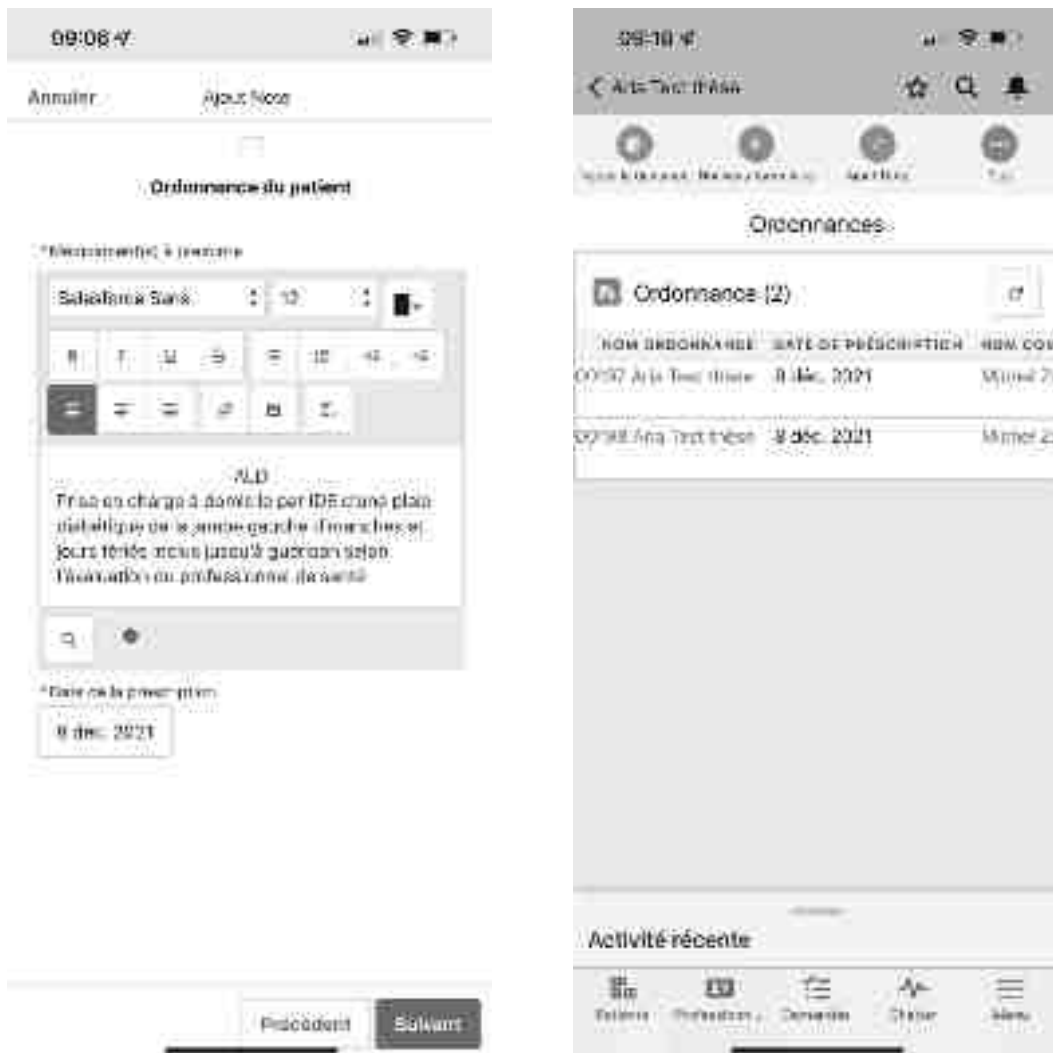
- Buttons: Retour, Favoris, Recherche, Notifications
- Buttons: Accueil, Carte
- Section: Informations
  - Identifiant Patient: Arle Test thèse
  - Scène: Médicale
  - Code de l'antécédent: 08212004
  - Remarque: Compliquée de neuropathie diabétique
- Bottom navigation: Accueil, Ordonnance, Consultation, Carte, Menu

#### 2.3.2.3.12. Fonction ordonnance

La création d'une ordonnance se fait à partir du bandeau action ou à partir d'une demande. Une fois la création lancée, nous accédons à une zone de texte riche (capture en haut à gauche). Comme pour l'ensemble des champs de l'application, l'usage de la dictée numérique est possible. Cela facilite le travail, surtout pour les ordonnances à destination des autres professionnels, mais beaucoup moins pour les médicaments en raison d'une mauvaise corrélation. Une fois l'ordonnance créée, elle apparaît dans le sous-dossier ordonnance et dans le détail des éléments auxquels elle est associée. Dans les sous-menus ordonnances, celles-ci apparaissent avec un nombre en préfixe. Il s'agit du nombre total d'ordonnances créées par l'application. Comme il n'est pas possible de les renommer dans le cadre du POC, cela permet tout

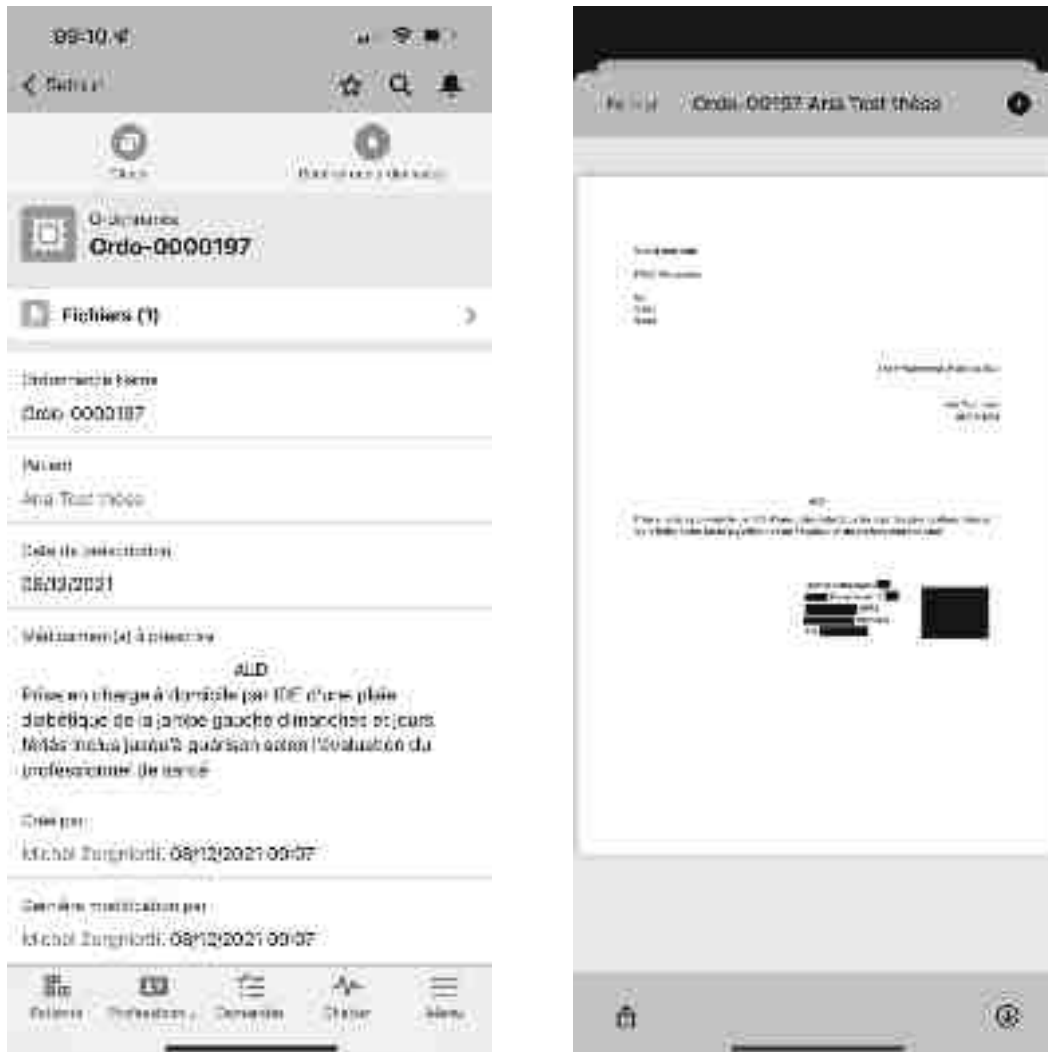
de même de les différencier. Apparaissent également une date de prescription et le nom du prescripteur.

**Illustration 35 : Création d'une ordonnance**



Lors d'un « clic » sur l'ordonnance dans cette sous-section, son détail apparaît, avec la date de dernière modification et la zone de texte. Depuis cette ordonnance, il est possible de la cloner et de l'éditer au besoin (pour faciliter le renouvellement des traitements chroniques) ou d'accéder au fichier PDF sécurisé. Visible sur la capture de droite, l'ordonnance reprend l'ensemble des informations remplies dans la fiche utilisateur, ainsi que la signature.

Illustration 36 : Détail ordonnance



### 2.3.2.3.13. Fonction « Chatter »

Le « Chatter », comme signalé plus haut, est la messagerie disponible au niveau de l'application. Elle permet de discuter autour d'un patient, à partir du dossier patient ou directement via l'icône située dans le bandeau d'action du bas. Il ressemble davantage à un « mur » type FACEBOOK® qu'à une messagerie instantanée, ce type de fonctionnalité ne pouvant pas être introduite autrement dans le cadre du POC.

Il permet de créer des messages (capture supérieure gauche), d'envoyer des photos ou des documents (capture supérieure centrale) et d'informer un ou plusieurs membres de l'équipe de prise en charge (capture supérieure droite). Cette dernière fonctionnalité marche grâce à la fonction « @ », la personne recevant alors une notification. La capture en bas à gauche montre qu'une fois un fil de discussion ouvert,



il est possible de répondre directement sur ce fil. Cela permet d'organiser le « Chatter » par fil de discussion. Une autre fonctionnalité intéressante est le « traçage » des actions sur le dossier du patient. Chaque ajout d'un contenu au dossier du patient, que ce soit note, demande, formulaire, document ou ordonnance, entraîne une entrée dans le « Chatter ». Cela permet, en un seul coup d'œil, de suivre l'ensemble des événements intervenus entre deux visites.

**Illustration 37 : Le « Chatter »**





#### 2.3.2.4. Limites de l'outil identifiées lors du développement

Nous obtenons au final un outil satisfaisant, bien qu'imparfait. Aucun des blocages identifiés à ce moment-là n'est suffisamment critique pour empêcher la réalisation du projet de thèse. Il n'y a en effet pas de problématiques de sécurité, de non-respect du cahier des charges initial ou d'ergonomie majeures rendant l'outil inutilisable.

Pour autant, avant le déploiement, les acteurs du projet avaient déjà collectivement identifié quelques limites.

##### 2.3.2.4.1. Limites fonctionnelles

Elles sont au nombre de deux. Tout d'abord, le réseau social professionnel est sous forme d'un « mur de discussion » (type page FACEBOOK®) au lieu d'une messagerie instantanée (type WHATSAPP®), pourtant plus efficace et intuitive. Par ailleurs, il manque une plateforme d'échange des résultats et des ordonnances avec les

pharmacies et les laboratoires d'analyse médicale, solution que souhaite intégrer SALESFORCE® à terme.

#### **2.3.2.4.2. Limites ergonomiques**

La limite principale ici est la nécessité de multiplier les « clics » pour effectuer une action, ce qui complexifie l'usage de l'application. Sur ce point, les propos d'un membre de PULSY® sont pertinents : « J'ai l'impression que nous tordons cette application dans tous les sens pour atteindre les objectifs fixés. Si les fonctionnalités sont là, l'outil lui n'est pas ergonomique ». Cela traduit très bien le fait que le développement d'un outil de coordination des soins à partir de l'architecture de base proposée par SALESFORCE® (CRM) a pu être handicapant.

### **2.3.3. Phase de test : déploiement, formation et assistance à l'utilisation**

#### **2.3.3.1. Généralités**

##### **2.3.3.1.1. Travail de chaque équipe**

Durant cette phase, les équipes de SALESFORCE® nous a assisté dans la tâche de formation des professionnels et poursuit son travail de conseil.

L'équipe de MODIS® nous a assisté pour la formation, notamment lors de la réunion de présentation, mais également pour la partie assistance technique. En parallèle, nous avons poursuivi avec cette équipe le travail de développement afin de répondre au retour du terrain. Cela s'est fait selon les modalités vues précédemment.

L'équipe de PULSY® a surtout joué un rôle de conseil durant cette phase. Elle a organisé en parallèle un test avec des experts, afin de définir l'outil numérique de coordination à utiliser sur la région, le projet de cette thèse faisant partie de ce test.

Durant cette phase, nous nous occupons, en parallèle du travail de développement, du déploiement, de la formation et de l'assistance technique en collaboration avec les différentes équipes.

### **2.3.3.1.2. Chronologie**

Le déploiement a eu lieu le 13 octobre 2021 et l'expérimentation a pris fin le 14 décembre 2021.

### **2.3.3.1.3. Moyens de communication avec les professionnels de santé**

Durant cette phase, la communication avec les professionnels de santé s'est faite grâce à plusieurs outils : les courriels, le téléphone et la visioconférence. Des contacts en direct ont également été nécessaires notamment en matière de formation et d'assistance technique.

La CPTS Vignoble-Mossig a fait circuler l'essentiel des courriels grâce à une liste de diffusion. Nous avons fourni dès le lancement notre courriel et numéro de téléphone, afin de faciliter l'assistance. Celle-ci a pu également être actionnée via l'application, grâce à la fonctionnalité Groupe décrite précédemment. L'équipe de MODIS® a organisé un système de veille pour gérer cette assistance.

Au total, neuf courriels « officiels » sont adressés aux soignants durant cette phase grâce à la liste de diffusion de la CPTS Vignoble-Mossig. Nous allons rapidement les décrire.

Le premier courriel est adressé le 4 octobre 2021 pour préparer la réunion de déploiement et demander un retour afin d'identifier les participants, pour préparation des accès par les équipes et organisation de la collation par la CPTS. Ce courriel a eu

également pour objectif de diffuser le questionnaire avant l'utilisation de l'outil numérique.

Le deuxième courriel a été diffusé à plusieurs reprises, une première fois avant la réunion de déploiement du 13 octobre, puis de manière ciblée pour les professionnels n'ayant pu assister à la réunion. Il a informé les professionnels de santé qu'ils allaient recevoir un lien de connexion à l'application, avec leur identifiant et la procédure pour activer leur compte. Il leur a rappelé également la nécessité de remplir le questionnaire avant l'étude. Enfin, il leur a transmis nos coordonnées en cas de besoin d'assistance.

Le troisième courriel a été diffusé le 14 octobre. Il a remercié les participants de la réunion et permis de diffuser quelques informations complémentaires : l'envoi à venir d'un lien pour télécharger l'authenticator (connexion MFA simplifiée) accompagné d'une vidéo explicative, la création de groupes de discussion, notamment le groupe « Support », et enfin les dispositions pour les professionnels n'ayant pas pu participer à la réunion, pour lesquels un courriel type a été prévu dans les jours suivants (cf. supra).

Le quatrième courriel a été diffusé le 20 octobre. Il a informé les professionnels des améliorations et correctifs réalisés sur l'application suite aux premiers retours.

- La correction de la problématique liée à la signature sur le module ordonnance (cf. supra).
- L'intégration du module INS (cf. supra) en lieu et place du code postal et de la ville de naissance.
- La mise en place d'une notification en cas d'ajout d'un professionnel à l'équipe de prise en charge (cf. supra).
- L'envoi prochain d'un guide de connexion facile.

Le cinquième courriel a été diffusé le 22 octobre de manière ciblée. Il a concerné les professionnels n'ayant pu assister à la réunion de déploiement qui souhaitent tout de même utiliser l'application. Il leur a été adressé en parallèle du deuxième courriel détaillé plus haut. Ce courriel a fixé les premiers créneaux supplémentaires de formation au nombre de trois, les 26, 27 et 29 octobre. Ces réunions ont été limitées à sept participants pour des raisons didactiques ; un lien Doodle a donc été associé à ce courriel. Il leur a également été demandé de télécharger d'emblée l'application, ainsi que l'authenticator. Des conseils pratiques sur l'outil de visioconférence (Google Meet) ont été fournis.

Le sixième courriel a été diffusé le 26 octobre et a inclus le guide de connexion facile établi en partenariat avec l'équipe de MODIS®. Il a rappelé également la nécessité de nous contacter en cas de perte ou de vol du téléphone.

Le septième courriel a été diffusé le 3 novembre, avec pour objectif de faire un point après trois semaines d'utilisation. Il a rappelé l'importance de l'usage régulier de l'application que ce soit pour le projet de thèse, mais également pour bénéficier des retours nécessaires à l'alimentation du cahier des charges sur lequel s'appuie PULSY® pour choisir l'outil définitif déployé dans le secteur. Ce courriel les a informés également des dernières modifications réalisées sur l'application :

- L'identification grâce au nom et prénom du patient concerné du PDF généré lors de la création d'une ordonnance, en plus du numéro d'identification de l'ordonnance (cf. supra).
- La création d'une entrée dans le « Chatter » lors de la création d'une ordonnance.
- La mise en place d'un nouveau pictogramme pour les demandes « En cours » ou « En attente ».

Le huitième courriel a été diffusé le 14 novembre et a concerné l'organisation d'une réunion de formation supplémentaire face à l'afflux des demandes dans ce sens. La réunion a été programmée le 18 novembre.

Enfin, le neuvième et dernier courriel « officiel » de cette phase a été diffusé le 7 décembre et a concerné la fin de l'expérimentation. Il a informé les participants que l'usage de l'outil allait être interrompu le 14 décembre. Comme initialement convenu avec eux, il a rappelé que les données enregistrées dans l'outil concernant leurs patients allaient leur être transmises rapidement. Enfin, il a renvoyé vers le questionnaire à remplir après utilisation de l'outil.

### **2.3.3.2. Le déploiement**

Le déploiement a eu lieu le 13 octobre 2021 à l'occasion d'une réunion de présentation et de formation. Le local, ainsi qu'un buffet, ont été mis à disposition par la CPTS Vignoble-Mossig. Des acteurs des équipes de MODIS® et SALESFORCE® sont venus de Paris et Lyon pour nous aider.

#### **2.3.3.2.1. Supports utilisés**

Plusieurs supports ont été utilisés lors de cette réunion. Ils ont été réalisés par l'équipe de SALESFORCE®, en collaboration avec celle de MODIS® et nous-mêmes. Une liste d'émargement a également été réalisée avec l'aide de la CPTS Vignoble-Mossig.

Le premier support (Annexe 9) a été un « workflow » (ou flux de travail) permettant :

- De lister l'ensemble des actions à faire par chacun pour la préparation de la réunion.
- D'organiser le fil chronologique de la réunion avec les thématiques à aborder et leur temps alloué. Certaines thématiques y ont été mises en exergue en raison

de leur complexité potentielle : la connexion sécurisée, la création et l'envoi d'une ordonnance, l'usage du « Chatter » et les notifications.

Le deuxième support (Annexe 10) a été une présentation projetée avant le début de la partie pratique de la formation. Elle a permis de poser le contexte, de définir les objectifs de l'expérimentation et de la thèse et de préciser à nouveau que les données des patients enregistrées seraient restituées. Elle a pointé également les quelques limites de l'outil identifiées, c'est-à-dire le peu de développement de la partie Web (ne devant normalement pas être utilisée) et les précautions à prendre concernant le transfert des ordonnances.

#### **2.3.3.2.2. Nombre de participants**

Nous avons été 37 participants : 33 soignants, la coordinatrice de la CPTS, un membre de l'équipe de MODIS®, un membre de l'équipe de SALESFORCE® et nous-mêmes. Aucun membre de l'équipe de PULSY® n'a été présent durant cette réunion.

#### **2.3.3.2.3 Organisation de la formation**

Une fois le diaporama présenté, la formation a débuté avec l'ouverture des accès, les comptes étant déjà créés en amont. Une fois l'ensemble des participants connectés, des cas pratiques ont été présentés autour des différentes thématiques : création d'un dossier patient, alimentation du cahier de liaison, réalisation d'une ordonnance...

Cette première formation n'a pas connu un franc succès. De multiples raisons expliquent cela : le choix d'ouvrir les accès au moment de la réunion (et non pas en amont) nous a exposés à des bogues qui auraient pu être réglés avant, l'absence de test sur la partie ordonnance n'a pas permis d'identifier le bogue sur les signatures, un nombre trop grand de participants présents avec des connaissances inégales en informatique cause de nombreux ralentissements et décrochages, le manque



d'entraînement pour la réalisation de cette formation n'a pas permis de relancer le rythme... C'est à regretter, car cela a probablement pénalisé l'usage de l'outil. Les formations ultérieures, réalisées en petit groupe, au format visioconférences, ont été beaucoup plus efficaces.

### **2.3.3.3. Les formations complémentaires**

Les formations complémentaires se sont déroulées avec les mêmes supports que la réunion de déploiement. Elles se sont faites sous la forme de visioconférences avec moins de participants (entre quatre et sept au maximum) et une meilleure préparation : les professionnels de santé devaient tester la connexion avant la formation et, en cas d'échec, l'équipe de MODIS® ou nous-mêmes nous chargions de réaliser l'assistance pour que l'application soit opérationnelle au moment de la formation. Le gain d'expérience a probablement permis de fluidifier l'exposé.

Au total, cinq formations en visioconférence ont eu lieu : les 26, 27 et 29 octobre ainsi que les 9 et 18 novembre. Nous avons été aidés par un membre de l'équipe de SALESFORCE® pour les trois premières, les deux dernières étant réalisées de façon autonome.

Au total, 65 accès ont été créés pour les soignants, pour lesquels 47 ont reçu une formation. Parmi les 18 restants, certains ont tout de même utilisé l'application, mais pas de manière très inégale.

### **2.3.3.4. L'assistance technique durant la période de test**

Durant cette période de test, nous avons également réalisé, en collaboration avec l'équipe de MODIS®, l'assistance technique pour aider les utilisateurs. Si la majorité des blocages n'ont rien eu de complexe, cette partie a tout de même été extrêmement chronophage, avec une cinquantaine de courriels, de nombreux appels et quelques

déplacements sur place afin d'assurer au mieux cette fonction de support. Le fait d'être un professionnel de santé a grandement facilité les interactions avec les autres soignants par la compréhension de leur situation. De plus du fait de notre disponibilité, cela a permis de résoudre les problèmes sur l'ensemble des plages de travail des professionnels de santé.

La problématique la plus fréquente a été la connexion avec des difficultés d'usage du MFA. Pour résoudre cela, nous avons réalisé en partenariat avec l'équipe de MODIS® un guide de connexion facile s'appuyant sur les fonctions trousseau et l'authenticator. Ce guide est disponible en Annexe 11.

Les besoins en assistance ont témoigné à la fois du manque certain de maturité du projet, mais aussi des inégalités en matière de formation informatique dans la population des professionnels de santé. La révolution numérique en cours dans le domaine de la santé rend nécessaire de tenir compte de ce fait et surtout de le régler autant que possible, notamment lors des formations, initiale et continue.

#### **2.3.4. Récupération des données**

L'essentiel du travail de récupération de données s'est fait entre les équipes de MODIS® et PULSY®. Nous participions toutefois au test de la plateforme retenue pour effectuer cette récupération, la plateforme Bluefiles®, ainsi qu'au choix du format de récupération, à savoir un fichier Excel par patient contenant une première feuille avec ses informations administratives, puis une feuille pour chaque sous-dossier « Notes », « Demandes » et « Formulaires ». Nous participions également à l'organisation de celle-ci, l'objectif étant de faciliter l'extraction des données et la récupération par les professionnels de santé.

Un courriel a été adressé via la CPTS le 16 janvier 2022 aux professionnels de santé les informant de l'envoi prochain d'un lien de récupération ainsi que la procédure à

suivre. Un guide de récupération détaillé a été associé à ce courriel. N'ayant eu que peu de retours au questionnaire au moment de l'envoi de ce courriel, nous avons également relancé les professionnels à ce sujet.

Nous allons maintenant aborder la troisième et dernière partie : l'étude à proprement parler.



## Partie 3 : Étude

### 3.1. Introduction

Bien que ce travail de thèse soit déjà relativement dense, l'objectif de cette dernière partie est de proposer un projet complet : analyse de la littérature, étude de terrain, développement et déploiement d'un outil numérique de coordination des soins de proximité puis étude de son usage.

Cependant, en raison de la charge de travail importante pendant la période de développement et des délais courts pour mettre en place l'étude (intégration au nouveau projet fin juillet seulement), nous n'avons pas réussi à mettre en place un groupe contrôle en recrutant une deuxième CPTS. Au moment de la réalisation de l'enquête fin septembre, nous n'étions même pas sûrs d'avoir suffisamment de professionnels impliqués au sein de la CPTS Vignoble-Mossig.

Afin de tenter de pallier ces problèmes, l'ARS a été contactée le 26 septembre 2021 pour permettre de trouver un groupe contrôle, ainsi qu'une solution alternative en cas de manque de professionnels impliqués sur la CPTS. Malheureusement, il s'est avéré impossible pour l'ARS de trouver une solution dans le délai imparti. Les professionnels de la CPTS Vignoble-Mossig ont finalement répondu en nombre à la participation à l'étude, ce qui a sauvé le projet, sans pour autant permettre d'avoir un groupe contrôle. Cette absence fragilise les résultats statistiques que nous allons vous présenter.

L'autre élément problématique est la perte d'appariement des données lors de l'étude, en raison d'un problème technique lors de l'envoi du questionnaire. Il nous est donc impossible de relier les réponses du questionnaire d'entrée à celles du questionnaire de retour.

## 3.2. Matériel et méthode

### 3.2.1. Type d'étude

Le projet s'appuie sur une étude interventionnelle (avant-après) non contrôlée. Elle se situe donc quelque part entre une enquête de satisfaction et une étude descriptive longitudinale. Elle s'appuie essentiellement sur une analyse quantitative de variables issues d'échelles de Likert (échelles sémantiques) et comprend également une partie qualitative avec une question ouverte après usage de l'outil à la fin du questionnaire de retour. Concernant l'analyse quantitative, il faut noter que les variables obtenues sont des variables qualitatives ordinales, ce qui implique certaines obligations en matière d'analyse statistique.

Son objectif principal est d'évaluer l'impact de l'outil numérique sur le degré de satisfaction du système de coordination de proximité pour les professionnels de santé.

Ses objectifs secondaires sont :

- D'évaluer le degré d'impact de l'outil pour certains marqueurs mis en avant dans l'analyse de la littérature et le questionnaire national :
  - Qualité de la communication entre les professionnels de santé : fluidité, clarté, modalités adaptées à l'activité, pertinence ;
  - Qualité des informations concernant les patients : exhaustivité, fiabilité, sécurité ;
  - Qualité de l'accès et du partage des documents médicaux des patients ;
  - Qualité du travail en équipe pour les prises en charge à domicile : initiation, suivi, gestion des problématiques et des urgences ;
  - Qualité des prises en charge pluridisciplinaires de manière globale : adaptabilité, efficacité, pertinence ;

- Efficience temporelle du système de coordination de proximité pour les patients et les professionnels de santé ;
- D'identifier les avantages et inconvénients de l'outil, ainsi que les éventuelles pistes d'amélioration (question ouverte de fin de l'étude).

### **3.2.2. Population étudiée**

Cette étude cible les professionnels de santé exerçant sur le territoire de la CPTS Vignoble-Mossig. Comme il s'agit d'évaluer la coordination des soins de proximité, nous avons ciblé les professionnels de santé intervenant au domicile des patients. Ce sont principalement les médecins généralistes (MG) et les IDE, mais également les MKDE, les pharmaciens, les pédicures-podologues et les biologistes médicaux.

Nous nous sommes appuyés sur la CPTS Vignoble-Mossig afin de recruter les participants. Cette CPTS concerne directement 22 MG, 47 IDE, 43 MKDE, 5 pharmaciens titulaires, 1 pédicure-podologue et 1 biologiste médical. Elle concerne également indirectement 6 pharmaciens salariés, 2 pédicures-podologues associés et 2 biologistes médicaux associés. Ainsi, un total de 129 professionnels de santé pouvait participer à cette étude. Nous ne disposions initialement que de 50 licences d'utilisation, étendues à 70.

Le critère d'inclusion est le suivant : être un professionnel de santé appartenant au secteur de la CPTS Vignoble-Mossig, en lien directement ou indirectement (cf. supra) avec cette CPTS et appartenant à l'une des professions suivantes

- MG ;
- IDE ;
- MKDE ;
- Pharmacien ;
- Pédicure-podologue ;

- Biologiste médicale.

Les critères d'exclusions sont les suivants :

- Avoir testé l'outil avant de remplir le questionnaire d'entrée ;
- Appartenir à une autre profession ;
- Ne pas être en lien, directement ou indirectement, avec la CPTS Vignoble-Mossig.

### **3.2.3. Déroulement de l'étude**

L'étude a été réalisée du 4 octobre 2021, date d'envoi du questionnaire avant usage de l'outil, au 8 mars 2022, date d'enregistrement des derniers retours après usage de l'outil. La période d'usage s'est déroulée du 13 octobre 2021 au 14 décembre 2021.

Les deux questionnaires ont été diffusés grâce à la liste de publipostage de la CPTS Vignoble-Mossig.

Plusieurs relances ont été effectuées pour récupérer les réponses : 4 pour le questionnaire d'entrée et 6 pour le questionnaire de retour.

Tous les professionnels de santé qui ont répondu au questionnaire d'entrée se sont engagés à le faire avant usage de l'outil.

### **3.2.4. Les questionnaires**

Les questionnaires d'entrée et de retour sont identiques, sauf pour deux questions spécifiques au questionnaire de sortie.

Ces questionnaires ont été élaborés à partir des données de la littérature présentées dans la première partie de cette thèse ainsi qu'à partir des résultats du questionnaire national présentés dans la deuxième partie.



Ces questionnaires ont été réalisés sur le logiciel en ligne Google Forms. Ils sont complètement anonymes.

Le questionnaire d'entrée est composé de deux parties :

- Une première recueillant les caractéristiques sociodémographiques : genre, tranche d'âge, mode d'exercice, profession ;
- Une deuxième permettant d'évaluer la coordination des soins à l'aide de 19 questions réparties en 6 catégories. Ces questions sont construites sous le format d'une échelle de Likert à 5 points.

Le questionnaire de retour est quasi identique avec en plus :

- Une question sur la fréquence d'utilisation de l'outil ;
- Une question ouverte pour identifier les avantages et les inconvénients de l'outil, ainsi que les pistes d'amélioration.

Le questionnaire de retour est présenté en Annexe 12.

### **3.2.5. Recueil des données**

Les données ont été recueillies de deux manières : directement en ligne à partir du questionnaire ou, pour les professionnels qui le souhaitent, sous format papier. Nous nous sommes alors chargés de retranscrire les résultats directement sur le logiciel Google Forms.

### **3.2.6. Analyse statistique**

L'analyse a été faite en répartissant le questionnaire en huit sous-ensembles, six communs aux deux questionnaires et deux spécifiques de l'étude après usage de l'outil. Les sous-ensembles communs étaient les suivants : les caractéristiques démographiques et professionnelles, la qualité de la communication entre professionnels de santé, la qualité des informations concernant le patient, la qualité

d'échange et d'accès aux documents concernant les patients, la qualité du travail en équipe concernant les prises en charge à domicile, l'évaluation des prises en charge pluridisciplinaires, l'efficacité temporelle du système de coordination de proximité et le degré de satisfaction globale du système de coordination de proximité. Les deux sous-ensembles spécifiques du questionnaire de retour étaient la fréquence d'usage de l'outil et la question ouverte : « Cet outil correspond-il à vos attentes, quels sont les inconvénients ou les avantages que vous avez remarqués, avez-vous des suggestions éventuelles, des remarques particulières ? ».

Pour chaque sous-ensemble, nous voulions réaliser une analyse descriptive et analytique. Le choix des outils statistiques dépendait des analyses réalisées. Nous allons maintenant les détailler.

Pour les caractéristiques sociodémographiques, la comparaison entre les groupes n'est pas nécessaire comme il s'agit du même groupe, avec les données manquantes en moins. Celles-ci sont liées aux professionnels n'ayant pas répondu au questionnaire de retour, que nous appellerons les non-répondants. Ainsi, si une dépendance entre les deux groupes n'est pas mise en évidence, cela ne peut être lié qu'à un manque de puissance de l'analyse réalisée. Cependant, concernant ces caractéristiques, une analyse a tout de même été réalisée afin d'identifier s'il existe une dépendance entre les non-répondants et les différentes caractéristiques de l'échantillon. Il s'agit d'une analyse de variables qualitatives nominales à partir de groupes non appariés. Cette analyse s'appuie sur plusieurs tests et méthodes :

- **Le test chi2 d'indépendance ;**
- **La méthode de simulation de Monte-Carlo ;**
- **Le test exact de Fisher lorsqu'il n'y a que 2 groupes de variable** (par exemple le sexe).

La multiplication des analyses a pour objectif d'améliorer la certitude d'indépendance entre non-répondants et caractéristiques sociodémographiques. Cette certitude est importante pour le traitement des données manquantes liées aux non-répondants. En effet, celles-ci surviennent soit totalement par hasard (mécanisme dit Missing Completely At Random (MCAR)) soit suivant un mécanisme dit missing at random (MAR), ne dépendant pas de la valeur des données manquantes mais éventuellement d'autres variables, ou dit missing not at random (MNAR), où la probabilité de manquer dépend au moins de la valeur de la valeur manquante elle-même. Le traitement statistique des données incomplètes diffère selon le mécanisme identifié.

Concernant la fréquence d'utilisation, nous allons chercher à identifier s'il existe une dépendance entre une catégorie et la fréquence d'utilisation. Concernant le choix du test statistique, il est nécessaire de poser un premier constat, qui s'étend au reste de l'analyse, notamment concernant l'échelle de Likert. En effet, **dans la littérature il est souvent fait usage du test T de Student pour analyser les résultats d'une échelle de Likert ou d'une fréquence d'utilisation estimative** (comme c'est le cas dans notre étude). **Or, d'un point de vue purement statistique, ce test doit être réservé à des variables purement quantitatives, c'est-à-dire qui contiennent des valeurs numériques entre lesquelles il existe une notion de proportionnalité.** Dans les faits, qu'il s'agisse d'une échelle de Likert ou d'une fréquence estimative, ce n'est pas le cas. Ces données correspondent à des variables qualitatives ordinales que nous pouvons classer par rang ou par préférence, et non à des variables quantitatives que nous pouvons classer par moyenne et cela, même si pour des raisons de simplification analytique, des valeurs numériques leur sont associées. En effet, la réponse « moins d'une fois par mois » ne vaut pas deux fois moins que la réponse « une fois tous les quinze jours », tout comme la réponse « tout à fait satisfaisant » ne vaut pas cinq fois plus que la réponse « pas du tout satisfaisant ». Pour en revenir au choix du test

statistique utilisé pour ces variables qualitatives ordinales lorsqu'il existe une indépendance des groupes (dans les cas où nous ne comparons pas les deux études), nous utiliserons

- **le test U de Mann-Whitney** (test des rangs) quand il n'y a que deux groupes à comparer ;
- **le test de Kruskal-Wallis** lorsqu'il y a plus de deux groupes à comparer. Ce dernier test permet uniquement d'identifier s'il existe une différence significative entre les groupes et de les classer, mais il ne permet pas de dire entre quels groupes la différence est significative. C'est pourquoi, en cas de test de Kruskal-Wallis positif, on le couple à un **test post-hoc de Dunn**.

Les cas où il existe une dépendance des groupes seront abordés plus loin.

Concernant les données issues des échelles de Likert qui visent à évaluer l'évolution de la coordination des soins avant et après usage de l'outil numérique de coordination des soins de proximité, l'analyse descriptive se fera sur les deux groupes au complet, mais également à l'aide de deux stratifications. La première se fera selon la profession et la seconde selon la fréquence d'usage. Cette dernière stratification nous semble plus pertinente en raison de la courbe d'apprentissage associée à un tel outil. Comme cela est détaillé dans la partie « fréquence d'utilisation », il existe une relation statistiquement significative entre la fréquence d'usage et certaines professions. Concernant la façon de décrire ces données, bien qu'il semble séduisant et facile d'utiliser la moyenne, l'écart-type et le coefficient interquartile, ce choix n'est pas statistiquement convenable. Comme signifié plus haut, les données recueillies avec les échelles de Likert sont qualitatives et ordinales. Par conséquent, il n'existe pas de relation de proportionnalité entre elles, ce qui empêche l'usage de ces éléments statistiques.

L'analyse descriptive de ces données se fera donc à partir du **mode, du minimum, du maximum, des quartiles, de la médiane, de l'étendue, du rapport interquartile et du coefficient interquartile** ; les définitions de ces différents éléments statistiques sont rappelées dans le glossaire.

Nous décrirons également la représentativité et l'évolution en pourcentage de chaque élément ; cette dernière analyse se fera sur l'ensemble des cinq niveaux (« très négatif », « négatif », « neutre », « positif », « très positif ») de réponses de l'échelle de Likert. Pour les conclusions et conclusions intermédiaires, qui sont en gras, l'analyse des pourcentages se fera de façon simplifiée sur trois niveaux (globalement négatif, « neutre », globalement positif) afin de faciliter l'analyse et la lisibilité. Enfin, afin de savoir si la distribution des données suit une loi normale, en plus de donner des informations sur la distribution par rapport à l'écart-type, un test de normalité sera utilisé. Compte tenu de la petite taille de notre échantillon. Nous utiliserons **le test de Shapiro-Wilk (TSW)**.

La partie analytique est plus complexe. En effet, il s'agit d'une **étude avant-après sans groupe contrôle. Par conséquent, quel que soit le test choisi, la partie analytique ne permettra pas d'affirmer que les variations observées ne sont pas le fruit du hasard**. Afin tout de même de présenter des résultats, l'analyse doit s'effectuer sur le même groupe avant et après usage de l'outil, afin d'identifier s'il y a une variation de la qualité de la coordination (en positif ou en négatif). Il nous faut donc **un test permettant de comparer des groupes dépendants**. Par ailleurs, l'évaluation s'appuie sur une échelle de Likert, ce qui impose l'utilisation **d'un test comparant des variables qualitatives ordinales**. Concernant cette échelle, chaque type de réponses sera pondéré de 1 (réponse la plus négative) à 5 (réponse la plus positive), la valeur 3 correspondant à une réponse neutre ou une absence d'avis. Dans notre situation l'un des tests possible est donc le **test des rangs signés de Wilcoxon, qui permet**

**de comparer des données qualitatives ordinales ne répondant pas à une distribution normale. Cependant, ce test nécessite un appariement. Malheureusement, comme cela a été signifié dans l'introduction, l'appariement a été perdu au moment de l'envoi des données.** Une autre solution, plus complexe mais probablement plus adaptée, aurait été d'utiliser une régression logistique ordinale afin de modéliser des variables ordinales. Enfin, entre le questionnaire d'entrée dans l'étude et le questionnaire de retour, nous avons 10 non-répondants (passage de 58 à 48 répondants) et donc autant de données manquantes sur l'ensemble du questionnaire. Il faudra donc réaliser **un traitement des données manquantes.**

Ce traitement est une étape essentielle dans notre cas, sans quoi aucun test statistique n'est applicable. Plusieurs techniques sont possibles avec chacune leurs défauts et leurs avantages. Ces techniques sont référencées dans plusieurs cours et travaux (210–214). Elles se répartissent essentiellement sous trois formes :

- L'imputation simple, lorsque des valeurs viennent remplacer les données manquantes, ces valeurs étant obtenues à partir d'une et unique estimation. Ces imputations peuvent être soit déterministes (moyenne, médiane, plus proche voisin...) soit stochastiques (à partir du hasard). Ces imputations simples entraînent une réduction de la variance et peuvent entraîner une distorsion des données, créant alors une altération de la perception des relations entre les variables. De plus, dans notre cas, soit elles ne sont pas applicables (moyenne), soit le manque de précision des caractéristiques de l'échantillon les rendent non pertinentes (méthode du « plus proche voisin »).
- L'omission ou la suppression des lignes incomplètes du fichier de données, lorsque les échantillons contenant des données manquantes sont supprimés totalement (analyse des cas complets) ou partiellement (analyse des cas disponibles). Concernant les limites, il y a tout d'abord la perte d'information qui

est très délétère lorsque l'échantillon est petit (ce qui est notre cas). De plus, cette méthode n'est pas applicable à notre situation. En effet, pour des raisons techniques (problème lors de l'envoi des questionnaires), l'appariement n'a pas pu être maintenu. Il est donc impossible d'identifier quels professionnels ont répondu au premier questionnaire sans répondre au deuxième questionnaire. Ce qui rend inutilisable cette méthode pour le traitement des données manquantes.

- Les méthodes complexes qui nécessitent l'usage de logiciels statistiques évolués et s'appuient à la fois sur des itérations multiples et des extrapolations à partir des données présentes. Plusieurs méthodes existent : l'algorithme espérance-maximisation (EM), l'algorithme NIPALS (pour « Nonlinear estimation by iterative partial least squares »), l'imputation multiple... Le choix de la méthode dépend de différents éléments et notamment du type de variable. L'avantage de ces techniques est de préserver ou au moins de tenter de préserver la structure multidimensionnelle des données et notamment les relations entre les variables (covariance). Leur inconvénient est de nécessiter un travail statistique plus complexe à partir notamment de logiciels statistiques.

Dans notre situation, pour le traitement des données manquantes, nous avons opté pour l'utilisation de **l'algorithme NIPALS à partir du logiciel XLSTAT®**. L'objectif est de corrélérer la structure multidimensionnelle des variables prédictrices avec la variable à prédire (214–220). Le Tableau 12 et le Tableau 13 montrent que le traitement des données manquantes avec cet algorithme a entraîné peu de distorsion des données, cela ne concernant que 9,65% (11/116) des données qui nous intéressent. L'importance de la distorsion pour ces données est en moyenne de 0,70 points (amplitude de 0,25 à 1), soit 17,5% pour une échelle allant de 1 à 5. L'ensemble des

données avant et après usage de l'outil, ainsi que les données traitées par l'algorithme NIPALS, sont détaillées en (Annexe 13 et (Annexe 14).

**Tableau 12 : Données de l'études après l'usage de l'outil (sans et avec traitement par NIPALS)**

		TRAITEMENT DES DONNÉES AVANT L'USAGE DE L'OUTIL						TRAITEMENT DES DONNÉES PAR NIPALS						
		KMO	MS	QUANTILES	MEDIANE	QUANTILES	MS	KMO	MS	QUANTILES	MEDIANE	QUANTILES	MS	
GÉNÉRALISÉ CORRÉLATION ENTRE PROFESSEUR(S)	Musée	1,00	1,00	2,00	3,00	5,00	5,00	2,00	1,00	2,00	3,00	3,00	3,00	5,00
	Carte	4,00	1,00	5,00	6,00	5,00	5,00	3,00	1,00	1,00	1,00	1,00	4,00	5,00
	Autopne	7,00	5,00	2,00	2,00	6,00	5,00	2,00	1,00	2,00	2,00	1,00	1,00	5,00
	Partenaire	8,00	1,00	6,00	4,00	5,00	5,00	5,00	1,00	1,00	4,00	3,00	5,00	
GÉNÉRALISÉ CORRÉLATION DES PROFESSEUR	Fabrique	4,00	2,00	3,00	3,00	6,00	5,00	4,00	2,00	3,00	3,00	4,00	5,00	
	Façon	1,00	2,00	2,00	4,00	6,00	5,00	4,00	1,00	2,00	4,00	4,00	5,00	
	Structure	5,00	1,00	3,00	4,00	5,00	5,00	3,00	3,00	3,00	4,00	3,00	5,00	
GÉNÉRALISÉ CORRÉLATION DES PROFESSEUR	Avant-Révisé	4,00	2,00	2,00	3,00	6,00	5,00	4,00	1,00	2,00	3,00	3,00	5,00	
	Séance	1,00	1,00	3,00	3,00	6,00	5,00	2,00	1,00	2,00	2,00	3,00	5,00	
GÉNÉRALISÉ CORRÉLATION DES PROFESSEUR	Institut	4,00	1,00	3,00	3,00	6,00	5,00	4,00	1,00	2,00	3,00	3,00	5,00	
	Séat	2,00	1,00	2,00	3,00	6,00	5,00	2,00	1,00	2,00	3,00	3,00	5,00	
	Section des professionnels	5,00	1,00	3,00	3,00	6,00	5,00	3,00	1,00	2,00	3,00	3,00	5,00	
	Section des enseignants	1,00	1,00	2,00	3,00	6,00	5,00	3,00	1,00	2,00	3,00	3,00	5,00	
GÉNÉRALISÉ CORRÉLATION DES PROFESSEUR	Algorithme	1,00	2,00	2,00	3,00	6,00	5,00	2,00	1,00	2,00	3,00	3,00	5,00	
	Étude	4,00	1,00	3,00	4,00	6,00	5,00	2,00	1,00	2,00	3,00	3,00	5,00	
	Partenaire	1,00	1,00	3,00	3,00	6,00	5,00	3,00	1,00	2,00	3,00	3,00	5,00	
GÉNÉRALISÉ CORRÉLATION DES PROFESSEUR	Musée/Section partenaires	5,00	2,00	3,00	3,00	6,00	5,00	3,00	1,00	2,00	3,00	3,00	5,00	
	Musée/Section professionnels	1,00	1,00	2,00	3,00	6,00	5,00	2,00	1,00	2,00	3,00	3,00	5,00	
	Séance général	1,00	1,00	2,00	3,00	6,00	5,00	3,00	1,00	2,00	3,00	3,00	5,00	



Tableau 13 : Différence entre données traitées et données non traitées

		DIFFÉRENCE DONNÉES TRAITÉES - NON TRAITÉES						SOMME DES DIFFÉRENCES
		MOYEN	MINI	QUANTILE 1	MÉDIAN	QUANTILE 3	MAXI	
ÉVALUÉS 7 COMMENTAIRES ENTRE PROFESSIONNELS	Fidélité	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Clarté	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Adaptés	0,00	0,00	0,00	-1,00	0,00	0,00	-1,00
	Pertinence	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
RECOMMANDATIONS CONCERNANT LES MÉTIERS	Exhaustivité	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Fidélité	0,00	0,00	0,00	0,00	0,75	0,00	0,75
	Sécurité	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
OBJECTIFS CONCERNANT LES PATIENTS	Accessibilité	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Étendue	1,00	0,00	0,00	0,00	-1,00	0,00	0,00
PRISE EN CHARGE À POURTELE EN COURS	Initiation	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Autel	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Éclosion des problématiques	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	1,00
	Gestion des urgences	0,00	0,00	0,25	0,00	-0,25	0,00	0,00
QUALITÉ DE LA PRISE EN CHARGE	Adaptabilité	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Efficacité	0,00	0,00	0,25	0,00	0,00	0,00	0,25
	Pertinence	0,00	0,00	0,00	0,00	-1,00	0,00	-1,00
AUX DÉBATS SUR LA COORDINATION	Bénéfice/temps patients	0,00	0,00	0,25	0,00	0,00	0,00	0,25
	Bénéfice/temps professionnels	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Satisfaction globale	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00
SOMME TOTALE								4,25

Concernant la perte de l'appariement, celui-ci peut être partiellement compensé grâce aux données sociodémographiques. Cette solution est cependant très imparfaite, car elle ne permet de récupérer l'appariement que pour 32,8% de l'effectif. Dans le détail, cette tentative de récupération de l'appariement permet :

- D'apparier correctement les réponses des 2 biologistes médicaux ;
- D'apparier correctement 3 des 20 réponses des IDE, il persiste trois groupes respectivement de 3, 4 et 10 IDE qui sont alors appariés par le hasard ;
- D'apparier correctement 3 des 13 réponses des MG, il persiste quatre groupes respectivement de 2, 2, 2 et 4 MG qui sont alors appariés par le hasard ;
- D'apparier correctement 4 des 15 réponses des MKDE, il persiste deux groupes respectivement de 3 et 8 MKDE qui sont alors appariés par le hasard ;
- D'apparier correctement la réponse de la pédicure-podologue ;

- D'apparier correctement 3 des 7 réponses des pharmaciens, il persiste deux groupes de 2 pharmaciens chacun qui sont alors appariés par le hasard.

**Au vu de l'ensemble de ces limites (absence de groupe contrôle, perte d'appariement des données et 10 données manquantes), la valeur de la partie inférentielle serait très faible, voire nulle. De ce fait, et après discussion avec le Professeur Nicolas Meyer, Professeur des Universités – Praticien Hospitalier en Santé publique au CHU de Strasbourg, et le Docteur Pascal Charles, Directeur de cette thèse, il a été convenu de se limiter à des statistiques descriptives pour les échelles de Likert dans l'analyse de leur évolution avant-après. En effet, la réalisation de statistiques analytiques ne peut pas être pertinente dans cette situation.**

L'ensemble des analyses statistiques a été réalisée à partir du logiciel XLSTAT, du site Web Statistics Kingdom® (<https://www.statskingdom.com/index.html>) ou encore du site Web BiostaTGV (<https://biostatgv.sentiweb.fr/>).

### **3.2.7. Recherche bibliographique**

Les recherches bibliographiques ont donné lieu à la réalisation de la première partie.

Celles-ci ont été réalisées pour l'essentiel à partir :

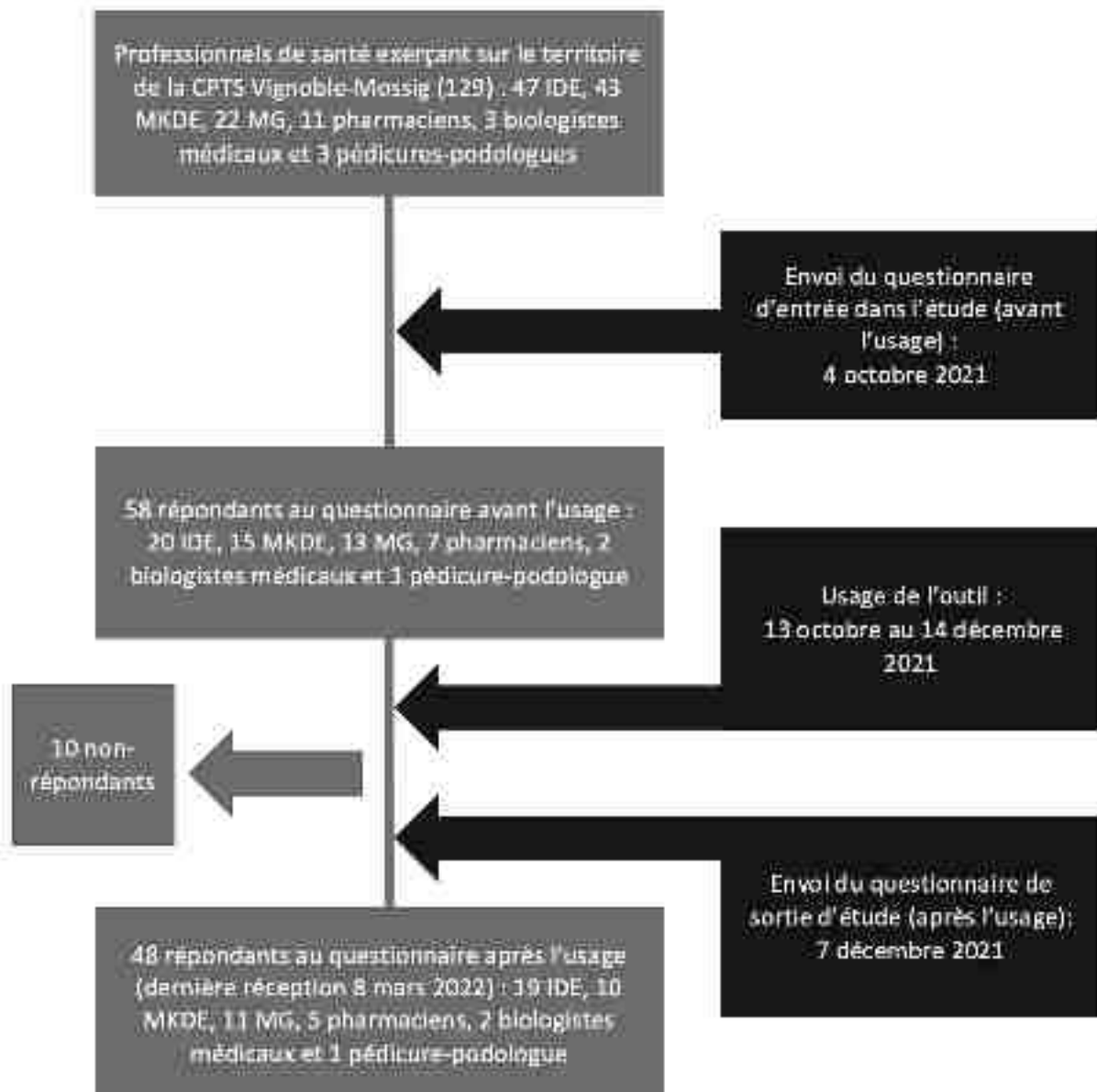
- De sites officiels : site du service public de la diffusion des lois, celui du ministère de la Santé et de la prévention ainsi que du ministère des Solidarités, de l'autonomie et des personnes handicapées, celui de l'agence du numérique en santé, celui de l'assurance maladie, celui de la HAS, celui de la DREES, celui de l'INSEE, celui de l'IRDES, celui de l'EHESP, celui de l'ANAP, celui de l'IGAS, celui de la Cour des comptes, celui du sénat, celui de l'Assemblée nationale, celui de l'OMS et celui de l'OCDE ;

- De bases de données permettant de rechercher dans la littérature universitaire et scientifique : CAIRN, CISMEF, CISMEF, SUDOC, COCHRANE, DUMAS, LISSA, EMBASE et PUBMED.

### 3.3. Résultats

#### 3.3.1. Diagramme de flux

Figure 12 : Diagramme de flux



### 3.3.2. Caractéristiques sociodémographiques

#### 3.3.2.1. Étude avant usage de l'outil numérique

L'ensemble des caractéristiques sociodémographiques sont résumées dans le Tableau 14 et représentées dans plusieurs diagrammes circulaires (Figure 13, Figure 14, Figure 15 et Figure 16).

Pour rappel, l'échantillon de participants à l'étude (58) représente environ 45% des professionnels de santé de la CPTS Vignoble-Mossig.

Ce tableau permet également d'évaluer la représentativité de l'échantillon à partir de différentes études de la DREES. Nous avons récupéré les chiffres en ligne et fait des calculs afin de déterminer l'effectif des professionnels de santé à activité libérale ou mixte (sauf pour les pharmaciens, cf. supra).

Nous pouvons considérer que l'échantillon est globalement représentatif pour la répartition homme/femme, avec légèrement plus de femmes que dans la population nationale.

Comme le questionnaire fait une répartition par tranche d'âge et non pas par âge, il est difficile de dire si l'échantillon est représentatif ou pas concernant l'âge. En faisant comme extrapolation que dans chaque tranche d'âge la répartition pour chaque année est identique, nous arrivons alors à une moyenne de 40,5 ans, légèrement plus jeune que la moyenne nationale (45,5 ans).

Concernant le mode d'exercice, il n'est possible de conclure que pour les MG, n'ayant pas retrouvé d'études récentes pour les autres catégories professionnelles. Nous observons pour les MG une surreprésentation de l'exercice seul (53,8%, soit +14,8% par rapport à la moyenne nationale) et de l'association monodisciplinaire (46,2%, soit +13,5%) aux dépens de l'association pluridisciplinaire (0%, soit -28,3%). Ce point est à interpréter avec précaution en raison de la création de la CPTS sur le territoire

pouvant pour certains représenter une forme élargie d'exercice pluridisciplinaire, sans pour autant être une association.

Concernant la répartition des professions, nous sommes relativement proches de la répartition nationale avec une sous-représentation des pharmaciens (-4,6%), des IDE (-3,5%) et des pédicures-podologues (-2,2%) et une surreprésentation des MKDE (+4,6%), des MG (+4%) et des biologistes médicaux (+1,6%).

**Tableau 14 : Caractéristiques sociodémographiques avant l'usage de l'outil numérique**

	Effectif	Pourcentage	Représentativité	Source
<b>Genre</b>				
Femme	40	69,0%	65,0%	DREES (202)
Homme	18	31,0%	35,0%	
<b>Tranche d'âge</b>				
Entre 20 et 34 ans	21	36,2%	45,5 ans	DREES (202)
Entre 35 et 49 ans	22	37,9%		
Entre 50 et 64 ans	15	25,9%		
65 ans et plus	0	0,0%		
<b>Mode d'exercice</b>				
Seul	14	24,1%	39,0%	DREES (concernant les médecins généralistes)(12)
Association monodisciplinaire	39	67,2%	32,7%	
Association pluridisciplinaire	5	8,6%	28,3%	
<b>Profession</b>				
IDE	20	34,5%	38,0%	DREES (202)
MKDE	15	25,9%	21,3%	
Médecins généralistes	13	22,4%	18,4%	
Pharmaciens	7	12,1%	16,7%	
Biologistes médicaux	2	3,4%	1,8%	
Pédicure-podologue	1	1,7%	3,9%	

Figure 13 : Répartition selon le genre avant l'usage de l'outil numérique (Extrait de Google Forms)

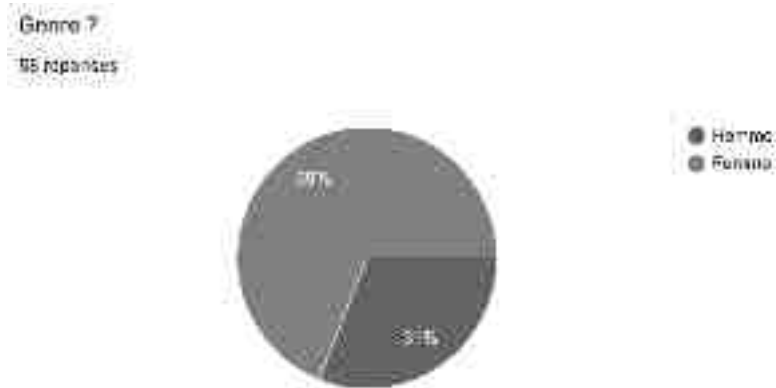


Figure 14 : Répartition selon la tranche d'âge avant l'usage de l'outil numérique (Extrait de Google Forms)



Figure 15 : Répartition selon le mode d'exercice avant l'usage de l'outil numérique (Extrait de Google Forms)



**Figure 16 : Répartition selon la profession avant l'usage de l'outil numérique  
(Extrait de Google Forms)**



### 3.3.2.2. Étude après usage de l'outil numérique

Les caractéristiques sociodémographiques après usage de l'outil sont résumées dans le Tableau 15 et représentées dans plusieurs diagrammes circulaires (Figure 17, Figure 18, Figure 19 et Figure 20).

Pour rappel, nous avons 10 non-répondants au questionnaire après l'étude.

Au-delà de la diminution en valeur absolue, il peut être intéressant de voir comment ces données manquantes influent sur l'évolution de la représentativité de chaque catégorie par rapport à l'effectif total (ET), celui-ci passant de 58 pour l'étude avant à 48 pour l'étude après. Par rapport à l'effectif total, les catégories les plus impactées sont les hommes (-1,8% ET), les professionnels âgés de 35 à 49 ans (-2,5% ET), les professionnels exerçant en association pluridisciplinaire (-2,3% ET) et les MKDE (-5,1% ET).

Il peut également être intéressant de voir comment ces données manquantes influencent l'effectif de chaque catégorie. Par rapport à l'effectif catégoriel (EC), les catégories les plus impactées sont les hommes (-22,2% EC), les professionnels âgés de 35 à 49 ans ; (-22,7% EC), les professionnels exerçant en association pluridisciplinaire (-40% EC) et les MKDE (-33,3% EC). Nous remarquons une superposition des catégories impactées entre l'ET et l'EC. Cette situation n'est pas

obligatoire lorsque les effectifs ne sont pas proches les uns des autres, comme c'est le cas dans notre situation.

Nous n'avons pas identifié les causes exactes expliquant le taux de non-répondants pour les associations pluridisciplinaires. Les réponses au questionnaire permettent cependant d'émettre plusieurs hypothèses en fonction de leur catégorie professionnelle, ce que nous détaillerons dans la partie discussion.

D'un point de vue analytique, les tests utilisés ne montrent pas de dépendance entre le nombre de non-répondants et l'appartenance à une catégorie, quelle qu'elle soit. Il faut cependant prendre en compte la puissance moyenne de certains tests réalisés ( $50\% < 1-\beta < 80\%$ ), notamment concernant le type de profession ( $1-\beta = 0,653$ ). Ce manque de puissance est lié à la petitesse de l'effectif, ce qui ne permet pas de rejeter à coup sûr une hypothèse  $H_0$  d'indépendance des variables qui serait incorrecte. Pour autant, l'absence de dépendance permet de réaliser un traitement des données manquantes, car elles sont considérées comme manquantes à cause du hasard (MAR).



**Tableau 15 : Caractéristiques sociodémographiques après l'usage de l'outil numérique**

	Effectif		Variation (ET=48)			Indépendance		
	VA	% ET	VA	% ET	% EC	Chi2 (indépendance)	Test Exact de Fisher	Test de simulation de Monte-Carlo
<b>Genre</b>								
Femme	34	70,8%	-6	1,8%	-15,0%	p = 0,835 1-β = 0,871	p = 1	p = 1
Homme	14	29,2%	-4	-1,8%	-22,2%			
<b>Tranche d'âge</b>								
20 - 34ans	18	37,5%	-3	1,3%	-14,3%	p=0,965 1-β=0,796	/	p = 1
35 - 49 ans	17	35,4%	-5	-2,5%	-22,7%			
50 - 64 ans	13	27,1%	-2	1,2%	-13,3%			
65 ans et plus	0	0,0%	/	/	/			
<b>Mode d'exercice</b>								
Seul	11	22,9%	-3	-1,2%	-21,4%	p=0,878 1-β=0,796	/	p = 0,902
Association mono disciplinaire	34	70,8%	-5	3,6%	-12,8%			
Association pluridisciplinaire	3	6,3%	-2	-2,3%	-40,0%			
<b>Profession</b>								
IDE	19	39,6%	-1	5,1%	-5,0%	p=0,989 1-β=0,653	/	p=0,985
MKDE	10	20,8%	-5	-5,1%	-33,3%			
Médecins généralistes	11	22,9%	-2	0,5%	-15,4%			
Pharmaciens	5	10,4%	-2	-1,7%	-28,6%			
Biologistes médicaux	2	4,2%	0	0,8%	0,0%			
Pédicure-podologue	1	2,1%	0	0,4%	0,0%			

**Figure 17 : Répartition selon le genre après l'usage de l'outil numérique (Extrait de Google Forms)**



Figure 18 : Répartition selon la tranche d'âge après l'usage de l'outil numérique (Extrait de Google Forms)

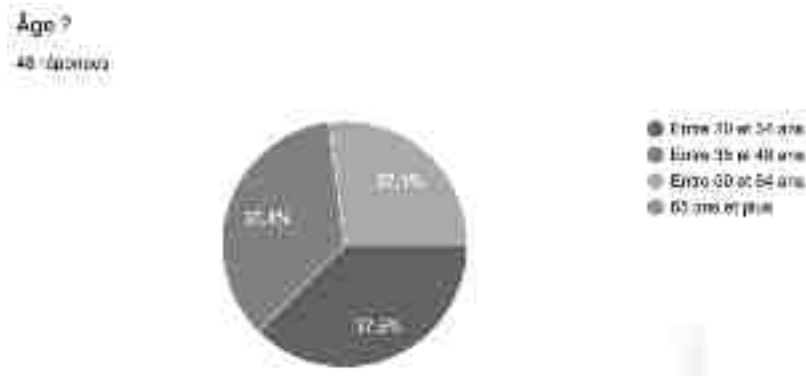


Figure 19 : Répartition selon le mode d'exercice après l'usage de l'outil numérique (Extrait de Google Forms)



Figure 20 : Répartition selon la profession après l'usage de l'outil numérique (Extrait de Google Forms)



### 3.3.3. Fréquence d'utilisation de l'outil de coordination des soins

Cette donnée ne concerne que l'étude après usage de l'outil numérique.

Le Tableau 16 et la Figure 21 résument la fréquence de l'usage de l'outil numérique de coordination des soins.

Concernant le lien entre la fréquence d'usage et le genre (Tableau 17), nous constatons d'un point de vue descriptif un usage plus fréquent chez les femmes (3,09) que chez les hommes (2,79). Cette différence n'est cependant pas significative d'un point de vue analytique ( $p=0,565$ ).

Concernant le lien entre la fréquence d'usage et la tranche d'âge (Tableau 18) d'un point de vue descriptif, plus la tranche d'âge est élevée, plus l'usage est fréquent, ce qui est assez étonnant (effet générationnel inversé sur l'usage d'outils numériques ?). Il faut cependant prendre en considération que la tranche d'âge de 50 à 64 ans est la plus petite en effectif. D'un point de vue analytique, cette observation n'est pas significative ( $p=0,605$ ) ; cependant du fait de la petitesse de l'effectif, la puissance est faible ( $1-\beta=0,251$ ), ce qui expose au risque de ne pas mettre en évidence une différence significative alors qu'elle existe.

Concernant le lien entre la fréquence d'usage et les modalités d'exercice (Tableau 19) d'un point de vue descriptif, l'usage est plus fréquent chez les professionnels de santé exerçant en association monodisciplinaire (25,66), que chez ceux exerçant seuls (22,27) et ceux exerçant en association pluridisciplinaire (19,5). Cependant, les effectifs sont très disparates et petits, avec uniquement 3 professionnels exerçant en association pluridisciplinaire, ce qui rend peu probante la réalisation de tests statistiques. D'ailleurs, d'un point de vue analytique, si ce constat n'est pas significatif ( $p=0,619$ ), il faut surtout noter la faiblesse de la puissance de cette analyse ( $1-\beta=0,136$ ).

Concernant le lien entre la fréquence d'usage et la profession (Tableau 20) d'un point de vue analytique, l'usage est plus fréquent chez les IDE (32,84), que chez les MG (27,95), les pharmaciens (22,5), les MKDE (10,5), les biologistes médicaux ou le pédicure-podologue (9). D'un point de vue analytique, ce résultat est significatif ( $p < 0,001$ ), malgré une puissance moyenne ( $1-\beta=0,427$ ). Le test réalisé permet

uniquement de signifier qu'il existe une différence significative entre les différents groupes, mais pas de dire pour quel couple de groupes cette différence est significative. Pour cela, le site statistique utilisé réalise un test post-hoc de Dunn qui révèle que la différence est significative entre les IDE et les MKDE et entre les MG et les MKDE ( $p=0,003$ ). Pour les autres couples soit la différence n'est pas significative (IDE / MG / pharmacien et pharmacien / MKDE), soit l'échantillon est trop petit (biologistes médicaux et pédicure-podologue).

Nous constatons que 100% des MKDE ont utilisé l'application une fois par mois (1) ou moins (9), de même 100% des biologistes médicaux (2) et des pédicures-podologues (1) n'ont pas utilisé l'application du tout. Concernant les autres professionnels de santé, ceux ayant le plus utilisé l'application, et de très loin, sont les IDE avec une utilisation au moins une fois par semaine pour plus de 50% (10) d'entre eux. De manière plus générale, 60,5% (29) de l'effectif total ont utilisé l'application au moins une fois par mois avec respectivement : 81,9% (9) des MG, 80% (4) des pharmaciens et 79% (15) des IDE ayant utilisé l'application au moins une fois par mois. Ces constatations révèlent qu'il existe une différence significative de la fréquence d'usage selon la profession.

Comme pour les non-répondants, les réponses au questionnaire permettent d'émettre plusieurs hypothèses au sujet des causes du non-usage ou du faible usage, ce que nous détaillerons dans la partie discussion.

Pour la suite de l'étude, afin d'identifier clairement l'ensemble des limites et avantages liés à cet outil, il nous semble essentiel de réaliser une analyse stratifiée selon la fréquence d'usage de l'outil. Cette stratification comprendra deux niveaux, en plus de l'analyse du groupe au complet :

- Les utilisateurs qui ont utilisé l'outil au minimum une fois par mois, cette utilisation est désignée par **l'abréviation « UMUM »** ;

- Les utilisateurs qui ont utilisé l'outil au minimum une fois par semaine, cette utilisation est désignée par **l'abréviation « UMUS »**.

Le choix de débiter la stratification avec un usage minimum d'une utilisation par mois est lié au fait que certains professionnels n'interviennent qu'une fois par mois au domicile d'un même patient. Leur fréquence d'utilisation ne peut donc pas être plus élevée, à moins d'intégrer plusieurs patients dans l'étude, ce qui n'est pas forcément évident en raison notamment de l'absence d'intégration de l'ensemble des professionnels du territoire à l'étude.

**Tableau 16 : Fréquence d'usage de l'outil numérique**

	Pas du tout (1)	Moins d'une fois par mois (2)	Une fois par mois (3)	Une fois tous les 15 jours (4)	Une fois par semaine (5)	Plusieurs fois par semaine (6)
<b>Effectif total</b>						
<b>VA</b>	17	2	9	6	12	2
<b>% ET (48)</b>	35,4%	4,2%	18,8%	12,5%	25,0%	4,2%

**Figure 21 : Fréquence d'usage de l'outil numérique (Extrait de Google Forms)**



**Tableau 17 : Fréquence d'usage de l'outil numérique selon le genre**

	Pas du tout (1)	Moins d'une fois par mois (2)	Une fois par mois (3)	Une fois tous les 15 jours (4)	Une fois par semaine (5)	Plusieurs fois par semaine (6)	Médiane
<b>FEMMES</b>							
<b>VA</b>	12	2	4	5	9	2	<b>3</b>
<b>% EC</b>	35,3%	5,9%	11,8%	14,7%	26,5%	5,9%	
<b>HOMMES</b>							
<b>VA</b>	5	0	5	1	3	0	<b>3</b>
<b>% EC</b>	35,7%	0,0%	35,7%	7,1%	21,4%	0,0%	
<b>Test U de Mann Whitney : p = 0,565</b>							

Tableau 18 : Fréquence d'usage de l'outil numérique selon la tranche l'âge

	Pas du tout (1)	Moins d'une fois par mois (2)	Une fois par mois (3)	Une fois tous les 15 jours (4)	Une fois par semaine (5)	Plusieurs fois par semaine (6)	Score de classement du test de Kruskal-Wallis	Test post-hoc (Dunn)	
<b>20 à 34 ans</b>									
VA	8	0	4	2	3	1	22,22	/	
% EC	44,4%	0,0%	22,2%	11,1%	16,7%	5,6%			
<b>35 à 49 ans</b>									
VA	6	2	3	2	5	1	25,05		
% EC	31,6%	10,5%	15,8%	10,5%	26,3%	5,3%			
<b>50 à 64 ans</b>									
VA	3	0	2	2	4	0	27,27		
% EC	27,3%	0,0%	18,2%	18,2%	36,4%	0,0%			
Test de Kruskal-Wallis : $p = 0,605$ et $1-\beta = 0,251$									

Tableau 19 : Fréquence d'usage de l'outil numérique selon le mode d'exercice

	Pas du tout (1)	Moins d'une fois par mois (2)	Une fois par mois (3)	Une fois tous les 15 jours (4)	Une fois par semaine (5)	Plusieurs fois par semaine (6)	Score de classement du test de Kruskal-Wallis	Test post-hoc (Dunn)	
<b>SEUL</b>									
VA	3	1	4	2	1		22,27	/	
% EC	27,3%	9,1%	36,4%	18,2%	9,1%	0,0%			
<b>ASSOCIATION MONO-DISCIPLINAIRE</b>									
VA	12	1	5	4	10	2	25,66		
% EC	35,3%	2,9%	14,7%	11,8%	29,4%	5,9%			
<b>ASSOCIATION PLURIDISCIPLINAIRE</b>									
VA	2				1		19,5		
% EC	66,7%	0,0%	0,0%	0,0%	33,3%	0,0%			
Test de Kruskal-Wallis : $p = 0,619$ et $1-\beta = 0,136$									

Tableau 20 : Fréquence d'usage de l'outil numérique selon la profession

	Pas du tout (1)	Moins d'une fois par mois (2)	Une fois par mois (3)	Une fois tous les 15 jours (4)	Une fois par semaine (5)	Plusieurs fois par semaine (6)	Score de classement du test de Kruskal-Wallis	Test post-hoc (Dunn)	
<b>IDE</b>									
VA	2	2	1	4	8	2	32,84	IDE≠MKDE MKDE≠MED	
% EC	10,5%	10,5%	5,3%	21,1%	42,1%	10,5%			
<b>MKDE</b>									
VA	9	0	1	0	0	0	10,5		
% EC	90,0%	0,0%	10,0%	0,0%	0,0%	0,0%			
<b>MG</b>									
VA	2	0	4	1	4	0	27,95		
% EC	18,2%	0,0%	36,4%	9,1%	36,4%	0,0%			
<b>Pharmaciens</b>									
VA	1	0	3	1	0	0	22,5		
% EC	20,0%	0,0%	60,0%	20,0%	0,0%	0,0%			
<b>Biologistes médicaux</b>									
VA	2	0	0	0	0	0	9		
% EC	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%			
<b>Pédicure-podologue</b>									
VA	1	0	0	0	0	0	9		
% EC	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%			
Test de Kruskal-Wallis : $p < 0,001$ et $1-\beta = 0,427$									

### **3.3.4. Caractérisation de la communication avec les autres professionnels de santé**

#### **3.3.4.1. Remarques d'introduction générales**

Nous nous cantonnons, pour les échelles de Likert, à la réalisation de statistiques descriptives, comme cela a été expliqué plus haut (cf. « 3.2.6. Analyse statistique »).

Avant d'aborder cette analyse, il est important de rappeler quelques éléments au sujet des données qualitatives ordinales. Comme détaillé plus haut, ces données sont décrites à partir de leur mode, leur minimum, leur maximum, leurs quartiles, leur médiane, leur étendue, leur rapport interquartile, leur coefficient interquartile, mais également à partir des valeurs et de la variation en pourcentages de chaque donnée. Les définitions de ces éléments statistiques sont rappelées dans le glossaire.

Les correspondances de l'échelle de Likert, valables pour l'ensemble de l'analyse, sont les suivantes :

- la valeur 1 correspond à une réponse très négative ;
- la valeur 2 à une réponse négative ;
- la valeur 3 à une réponse neutre ou à une absence d'avis ;
- la valeur 4 à une réponse positive ;
- la valeur 5 à une réponse très positive.

Pour des raisons de simplification afin d'interpréter ces résultats, nous considérons sur une égalité d'intensité les variations « positives » et « négatives » ainsi que « très positives » et « très négatives ».

Il faut également bien garder à l'esprit que 35,4% des professionnels ayant répondu au deuxième questionnaire n'ont jamais utilisé l'outil proposé. Nous observons ici une variation importante selon la profession : 100% des biologistes médicaux (2) et des

pédicures-podologues (1), 90% des MKDE (9), 20% des pharmaciens (1), 18,2% des MG (2) et 10,5% des IDE (2) ne l'ont pas du tout utilisé.

Les données sont analysées dans leur ensemble, puis avec une stratification par profession et une stratification par fréquence d'utilisation (UMUS et UMUM).

Il est important de noter ici que **chaque partie à venir** (de 3.3.4. à 3.3.9. inclus), est en lien avec un des **objectifs secondaires**. Afin d'apporter la précision nécessaire à une bonne évaluation de l'impact de l'outil, chacune de ces parties est subdivisée en sous-parties dans un objectif à terme de correction et d'amélioration de celui-ci. Les **critères de jugements secondaires** correspondent aux variations observées (après-avant) pour chaque partie, elles-mêmes obtenues par sommation des variations de chacune des sous-parties. Ce choix peut manquer de pertinence d'un point de vue statistique mais est en réalité un parti pris pour servir au mieux le projet dans sa portée. **La dernière partie (3.3.10.)** est en lien avec l'**objectif principal**. La variation observée sur le degré de satisfaction du système de coordination des soins correspond à notre **critère de jugement principal**.

Par ailleurs, bien que l'analyse traite à la fois des résultats complets et simplifiés, seuls les tableaux simplifiés sont intégrés dans chaque partie afin d'alléger le corps de la thèse ; les tableaux complets sont quant à eux intégrés aux annexes. Les tableaux simplifiés correspondent à un assemblage des réponses « très positives » et « positives » en réponses globalement positives, et des réponses « très négatives » et « négatives » en globalement négatives. Cela permet de rendre les résultats plus clairs, bien qu'on perde en degré de pondération. Les descriptions détaillées se font à partir des tableaux complets ; les conclusions intermédiaires et générales, en gras, à partir des tableaux simplifiés. Concernant ces tableaux, il faut également noter des variations possibles au dixième de pourcentage en raison de l'arrondi.



Afin d'éviter la redondance, nous indiquons ici que selon le test de Shapiro-Wilk aucun résultat ne suit une distribution normale ( $p < 0,05$ ) (Tableau 21).

Toutes ces remarques sont valables pour l'ensemble des analyses qui vont suivre (de la partie 3.3.4. à la partie 3.3.10.) et ne seront donc plus reprises.

**Tableau 21 : Test de Shapiro-Wilk**

Variable	Shapiro-Wilk (avant l'étude)	Shapiro-Wilk (après l'étude)
La communication se fait-elle de manière fluide / facile ?	<0,0001	0,0007
Les attentes des professionnels de santé les uns par rapport aux autres sont-elles claires et explicites ?	<0,0001	0,0011
Les modalités d'échanges entre professionnels de santé sont-elles adaptées à votre manière de travailler ?	<0,0001	0,0008
Le contenu des échanges entre professionnels de santé est-il pertinent pour votre activité ?	<0,0001	0,0002
Comment qualifieriez-vous leur exhaustivité ?	<0,0001	0,0001
Comment qualifieriez-vous leur fiabilité / exactitude ?	<0,0001	0,0001
Dans quelle mesure l'accès à l'information est-il sécurisé ?	<0,0001	0,0000
Comment qualifieriez-vous l'accès aux documents nécessaires à votre prise en charge ?	<0,0001	0,0003
De quelle manière se déroule l'échange (envoi ou réception) de documents avec un autre professionnel de santé ?	<0,0001	0,0022
Comment caractériseriez-vous l'initiation d'une prise en charge coordonnée au domicile des patients ?	<0,0001	0,0001
Comment évalueriez-vous le suivi pluridisciplinaire au quotidien ?	<0,0001	0,0025
Comment évalueriez-vous la gestion des problématiques / incidents ?	<0,0001	0,0003
Comment évalueriez-vous la prise en charge des urgences ?	<0,0001	0,0006
Comment évalueriez-vous la capacité d'adaptation des prises en charges pluridisciplinaires à la situation du patient	<0,0001	0,0005
Comment évalueriez-vous l'efficacité des prises en charges pluridisciplinaires (atteinte des objectifs) ?	<0,0001	0,0006
Comment évalueriez-vous la pertinence des prises en charge pluridisciplinaires ?	<0,0001	0,0002
Comment évalueriez-vous le rapport bénéfice obtenu / temps consacré pour le patient ?	<0,0001	0,0020
Comment évalueriez-vous le rapport bénéfice obtenu / temps consacré pour les professionnels de santé ?	<0,0001	0,0003
Au global, quel est votre degré de satisfaction du système de coordination de proximité ?	<0,0001	0,0001

### 3.3.4.2. Présentation des tableaux et diagrammes

Le Tableau 22 montre le nombre de réponses de chaque niveau de l'échelle de Likert, en valeur absolue et en pourcentage des réponses de l'effectif, avant et après usage de l'outil numérique, ainsi que la stratification par fréquence d'utilisation, qui nous semble la plus pertinente. La ligne « variation 1 » correspond à la différence par rapport à la situation avant usage de l'outil. La ligne « variation 2 » correspond à la différence entre les résultats non stratifiés et ceux stratifiés selon la fréquence d'utilisation, ces deux résultats étant après usage de l'outil. Son équivalent non simplifié est présenté en Annexe 15.

Plusieurs tableaux (Tableau 23, Tableau 24, Tableau 25 et Tableau 26) montrent les mêmes éléments avec une stratification par profession. Leurs équivalents non simplifiés sont présentés en Annexe 16. Le Tableau 27 résume l'ensemble de ces données, son équivalent non simplifié est présenté en Annexe 17.

Le Tableau 28 présente les éléments statistiques obtenus (mode ...), avant et après usage de l'outil numérique, pour les groupes non stratifiés.

Plusieurs diagrammes circulaires (Figure 22, Figure 23, Figure 24 et Figure 25) permettent d'avoir une représentation imagée des résultats généraux (il n'y en a pas pour les résultats stratifiés).

### 3.3.4.3. Analyse descriptive des différents résultats de la partie « Communication entre les professionnels de santé »

#### 3.3.4.3.1. Fluidité

Concernant la fluidité de la communication, avant usage de l'outil aucun professionnel n'avait une évaluation « très négative », 29,3% (17) en avaient une évaluation « négative », 6,9% (4) une évaluation « neutre », 51,7% (30) une évaluation « positive » et 12,1% (7) une évaluation « très positive ». Le mode associé à cette

question est de 4, le minimum de 2, le 1<sup>er</sup> quartile de 2, la médiane de 4, le 3<sup>e</sup> quartile de 4 et le maximum de 5. En matière de distribution, l'étendue est de 3 le rapport interquartile de 2 et le coefficient interquartile de 0,50.

**La stratification selon le type de profession** montre des évaluations qui comprennent :

- **pour les IDE**, 30% de réponses « négatives », 20% de « neutres », 45% de « positives » et 5% de « très positives » ;
- **pour les MKDE**, 46,7% de réponses « négatives », 26,7% de « positives » et 26,7% de « très positives » ;
- **pour les MG**, 23,1% de réponses « négatives », 69,2% de « positives » et 7,7% de « très positives » ;
- **pour les pharmaciens**, 14,3% de réponses « négatives », 71,4% de « positives » et 14,3% de « très positives » ;
- **pour les biologistes médicaux**, 100% de réponses « positives » ;
- **pour la pédicure-podologue**, 100% de réponses « positives ».

**Avant l'étude, l'opinion des professionnels de santé sur la fluidité de la communication est positive avec une majorité absolue (63,8%) de réponses globalement positives et près d'un tiers (29,3%) de réponses globalement négatives. La stratification par profession vient confirmer cet avis positif et permet d'identifier deux groupes :**

- les IDE pour lesquels il n'y a qu'une majorité relative (50%) de réponses globalement positives et environ un tiers (30%) de réponses globalement négatives ;
- les MKDE, MG, pharmaciens, biologistes médicaux et la pédicure-podologue pour lesquels il y a une majorité absolue de réponses

**globalement positives (variant de 53,3% à 100%) avec un taux de réponses globalement négatives variant de 0% à 46,7%.**

Après usage de l'outil, nous observons une augmentation des réponses « neutres » (+22,3%), « très négatives » (+10,4%) et « négatives » (+8,2%), aux dépens des réponses « positives » (-35,1%) et « très positives » (-5,8%). Cela témoigne d'une altération de la situation. Le mode passe à 2 (baisse de 2 points), le minimum à 1 (baisse de 1 point), le 1<sup>er</sup> quartile reste à 2, la médiane passe à 3 (baisse de 1 point), le 3<sup>e</sup> quartile à 3 (baisse de 1 point) et le maximum reste à 5. En matière de distribution, l'étendue passe à 4 (augmente de 1 point), le rapport interquartile à 1,50 (baisse de 0,50 point) et le coefficient interquartile à 0,33 (baisse de 0,17 point). Cela traduit une augmentation de la dispersion générale, et une diminution de la dispersion pour les réponses proches de la médiane.

**Nous observons donc après usage de l'outil, une majorité relative de réponses globalement négatives (47,9%, soit une augmentation de 18,6%) avec environ un cinquième de réponses globalement positives (22,2%, soit une diminution de 40,9%). Cela témoigne d'une dégradation de la situation sur ce critère, liée à l'augmentation du taux et à l'intensité des réponses globalement négatives.**

**La stratification selon le type de profession** nous permet d'observer que l'usage de l'outil entraîne :

- **pour les IDE**, une augmentation des réponses « très négatives » (+15,8%), « neutres » (+6,3%) et « très positives » (+0,3%) aux dépens des réponses « positives » (-18,7%) et « négatives » (-3,7%) ; cela témoigne d'une altération de la situation ;
- **pour les MKDE**, une augmentation des réponses « neutres » (+70%) aux dépens des réponses « négatives » (-26,7%), « très positives » (-26,7%) et

« positives » (-16,7%) ; cela témoigne d'une altération de la situation uniquement en faveur de la neutralité ;

- **pour les MG**, une augmentation des réponses « négatives » (+40,6%), « très négatives » (+9,1%) et « très positives » (+1,4%) aux dépens des réponses « positives » (-51%) ; cela témoigne d'une altération de la situation ;
- **pour les pharmaciens**, il y a une majoration des réponses « négatives » (+25,7%), « très négatives » (+20%), « neutres » (+20%) et « très positives » (+5,7%), aux dépens des réponses « positives » (-71,4%) ; cela témoigne d'une altération de la situation ;
- **pour les biologistes médicaux**, une augmentation des réponses « négatives » (+100%) aux dépens des réponses « positives » (-100%) ; cela témoigne d'une altération de la situation ;
- **pour la pédicure-podologue**, une augmentation des réponses « neutres » (+100%) aux dépens des réponses « positives » (-100%) ; cela témoigne d'une altération de la situation.

**La stratification par profession vient confirmer la tendance générale qui correspond à une dégradation pour l'ensemble des professionnels. Il faut noter que cette dégradation se fait uniquement en faveur de la neutralité pour les MKDE et la pédicure-podologue.**

**La stratification selon la fréquence d'utilisation** nous permet d'observer que l'usage de l'outil entraîne :

- **pour une UMUM**, une augmentation des réponses « négatives » (+15,5%), « très négatives » (+10,3%) et « neutres » (+6,9%), aux dépens des réponses « positives » (-27,6%) et « très positives » (-5,2%). **Si nous comparons ces chiffres aux résultats non stratifiés**, nous observons une variation pour les réponses « très négatives » de -0,1%, pour les « négatives »

de +7,3%, pour les « neutres » de -15,4%, pour les « positives » de +7,5% et pour les « très positives » de +0,6% ; ce niveau de stratification ne montre pas de franche variation de la dégradation, mais une majoration de la dichotomie positif/négatif ;

- **pour une UMUS**, une augmentation des réponses « négatives » (+20,7%) et « neutres » (+7,4%), aux dépens des réponses « positives » (-23,2%) et « très positives » (-4,9%). **Si nous comparons ces chiffres aux résultats non stratifiés**, nous observons une variation pour les réponses « très négatives » de -10,4%, pour les « négatives » de +12,5%, pour les « neutres » de -14,9%, pour les « positives » de +11,9% et pour les « très positives » de 0,9% ; ce niveau de stratification montre une atténuation de la dégradation liée à deux phénomènes : une diminution de l'intensité des réponses globalement négatives et une atténuation de la réduction du taux de réponses globalement positives.

**La stratification selon la fréquence d'utilisation montre pour une UMUM une dispersion des données autour de la valeur neutre sans amélioration avec une majorité absolue de réponses globalement négatives (55,2%, soit une augmentation de 25,9% par rapport aux résultats généraux avant l'étude) et près d'un tiers de réponses globalement positives (31%, soit une diminution de 32,8%). Pour une UMUS, nous observons une atténuation de la dégradation avec une majorité relative de réponses globalement négatives (50%, soit une augmentation de 20,7%) et plus d'un tiers de réponses globalement positives (35,7%, soit une diminution de 28,1%).**

**Pour conclure cette sous-partie sur la fluidité de la communication, l'outil numérique semble altérer la situation sur les résultats généraux, stratifiés selon**

**la profession et la fréquence d'utilisation. Il faut noter que cette dégradation est atténuée dans le cadre de l'UMUS.**

### **3.3.4.3.2. Clarté des attentes**

Concernant la clarté des attentes, avant usage de l'outil, aucun professionnel n'avait une évaluation « très négative », 32,8% (19) en avaient une évaluation « négative », 15,5% (9) une évaluation « neutre », 41,4% (24) une évaluation « positive » et 10,3% (6) une évaluation « très positive ». Le mode associé à cette question est de 4, le minimum de 2, le 1<sup>er</sup> quartile de 2, la médiane de 4, le 3<sup>e</sup> quartile de 4 et le maximum de 5. En matière de distribution, l'étendue est de 3, le rapport interquartile de 2 et le coefficient interquartile de 0,50.

**La stratification selon le type de profession** montre des évaluations qui comprennent :

- **pour les IDE**, 40% de réponses « négatives », 15% de « neutres », 35% de « positives » et 10% de « très positives » ;
- **pour les MKDE**, 40% de réponses « négatives », 13,3% de « neutres », 40% de « positives » et 6,7% de « très positives » ;
- **pour les MG**, 30,8% de réponses « négatives », 15,4% de « neutres », 38,5% de « positives » et 15,4% de « très positives » ;
- **pour les pharmaciens**, 14,3% de réponses « négatives », 14,3% de « neutres » et 71,4% de « positives » ;
- **pour les biologistes médicaux**, 50% de réponses « neutres » et 50% de « très positives » ;
- **pour la pédicure-podologue**, 100% de réponses « positives ».

**Avant l'étude, l'opinion des professionnels de santé sur la clarté des attentes est plutôt positive avec une majorité absolue de réponses globalement positives**

(51,7%). Il y a tout de même près d'un tiers (32,8%) de réponses globalement négatives. La stratification par profession vient confirmer cette opinion positive pour l'ensemble des professionnels et permet d'identifier deux groupes :

- les IDE, MKDE et biologistes médicaux pour lesquels il existe une majorité relative de réponses globalement positives (variant de 45% à 50%) avec un taux de réponses globalement négatives variant de 0 à 40% ;
- les MG, pharmaciens et la pédicure-podologue pour lesquels il y a une majorité absolue de réponses globalement positives (variant de 53,8% à 100%) avec un taux de réponses globalement négatives variant de 0% à 30,8%.

Après usage de l'outil, nous observons une augmentation des réponses « neutres » (+15,7%), « très négatives » (+4,2%) et « très positives » (+0,1%), aux dépens des réponses « négatives » (-14%) et « positives » (-6%). Les variations de taux et d'intensité ne permettent pas de conclure à une variation vers le positif ou le négatif. Le mode reste à 4, le minimum passe à 1 (baisse de 1 point), le 1<sup>er</sup> quartile à 3 (augmente de 1 point), la médiane à 3 (baisse de 1 point), le 3<sup>e</sup> quartile reste à 4 et le maximum à 5. En matière de distribution, l'étendue passe à 4 (augmente de 1 point), le rapport interquartile à 1,33 (baisse de 0,67 point) et le coefficient interquartile à 0,33 (baisse de 0,17 point) ; cela traduit une augmentation de la dispersion générale, et une diminution de la dispersion pour les réponses proches de la médiane.

**Nous observons donc après usage de l'outil, une majorité relative de réponses globalement positives (45,8%, soit une baisse de 5,9%) et près d'un quart de réponses globalement négatives (22,9%, soit une diminution de 9,8%). Les variations de taux et d'intensités ne nous permettent pas de conclure à une évolution dans un sens ou l'autre, mais uniquement à une diminution de la dichotomie positif/négatif.**



**La stratification selon le type de profession** nous permet d'observer que l'usage de l'outil entraîne :

- **pour les IDE**, une augmentation des réponses « positives » (+7,1%), « neutres » (+6,1%), « très négatives » (+5,3) et « très positives » (+0,5%), aux dépens des réponses « négatives » (-18,9%) ; cela témoigne a priori d'une amélioration de la situation ;
- **pour les MKDE**, une augmentation des réponses « neutres » (+66,7%) et « très positives » (+3,3%) aux dépens des réponses « négatives » (-40%) et « positives » (-30%) ; cela témoigne d'une amélioration de la situation qui se fait uniquement en faveur de la neutralité ;
- **pour les MG**, une augmentation des réponses « positives » (+7%) et « très positives » (+2,8%) aux dépens des réponses « neutres » (-6,3%) et « négatives » (-3,5%) ; cela témoigne d'une amélioration de la situation ;
- **pour les pharmaciens**, il y a une majoration des réponses « négatives » (+25,7%) et « neutres » (+5,7%) aux dépens des réponses « positives » (-31,4%) ; cela témoigne d'une altération de la situation ;
- **pour les biologistes médicaux**, une augmentation des réponses « très négatives » (+50%) et « positives » (+50%), aux dépens des réponses « neutres » (-50%) et « très positives » (-50%) ; cela témoigne d'une altération de la situation ;
- **pour la pédicure-podologue**, une augmentation des réponses « neutres » (+100%) aux dépens des réponses « positives » (-100%) ; cela témoigne d'une altération de la situation qui se fait uniquement en faveur de la neutralité.

**Si l'évaluation non stratifiée montre une diminution globale de la dichotomie positif/négatif au profit des réponses « neutres », la stratification par profession montre au contraire une division des avis en deux groupes. D'un côté, les**

pharmaciens, les biologistes médicaux et la pédicure-podologue pour lesquels il y a une altération de la situation. De l'autre, les IDE, MKDE et MG pour lesquels il y a une amélioration de la situation. Il faut noter que ces variations tendent vers la neutralité pour les MKDE et la pédicure-podologue.

La stratification selon la fréquence d'utilisation nous permet d'observer que l'usage de l'outil entraîne :

- **pour une UMUM**, une augmentation des réponses « positives » (+10,3%), « très négatives » (+3,4%) et « très positives » (+3,4%), aux dépens des réponses « négatives » (-15,5%) et « neutres » (-1,7%). **Si nous comparons ces chiffres aux résultats non stratifiés**, nous observons une variation pour les réponses « très négatives » de -0,7%, pour les « négatives » de -1,5%, pour les « neutres » de -17,5%, pour les « positives » de +16,3% et pour les « très positives » de +3,4% ; ce niveau de stratification montre une amélioration de la situation liée à une augmentation du taux de réponses globalement positives ;
- **pour une UMUS**, une augmentation des réponses « très positives » (+11,1%) et « positives » (+8,6%), aux dépens des réponses « négatives » (-18,5%) et « neutres » (-1,2%). **Si nous comparons ces chiffres aux résultats non stratifiés**, nous observons une variation pour les réponses « très négatives » de -4,2%, pour les « négatives » de -4,5%, pour les « neutres » de -17%, pour les « positives » de +14,6% et pour les « très positives » de +11% ; ce niveau de stratification montre une amélioration de la situation liée à une augmentation du taux et de l'intensité des réponses globalement positives.

La stratification selon la fréquence d'utilisation montre pour une UMUM une majorité absolue de réponses globalement positives (65,5%, soit une augmentation de 13,8%) avec environ un cinquième de réponses globalement négatives (20,7%, soit une diminution de 12,1%). Pour une UMUS, elle met en

avant une majorité absolue de réponses globalement positives (71,4%, soit une augmentation de 19,7%) et moins d'un sixième de réponses globalement négatives (14,3%, soit une diminution de 18,5%). Cette stratification montre donc une amélioration en lien avec la fréquence d'utilisation, liée à l'augmentation du taux et de l'intensité (pour l'UMUS) de réponses globalement positives.

Pour conclure cette sous-partie sur la clarté des attentes, les variations de taux et d'intensités ne nous permettent pas de conclure à une évolution dans un sens ou l'autre pour les résultats généraux. La stratification par profession montre que les avis sont partagés entre amélioration et dégradation. La stratification selon la fréquence d'utilisation montre une amélioration proportionnelle à celle-ci.

#### 3.3.4.3.3. Adaptation à la pratique professionnelle des modalités de communication

Concernant le caractère adapté à l'activité des modalités de communication, avant usage de l'outil, aucun professionnel n'avait une évaluation « très négative », 44,8% (26) en avaient une évaluation « négative », 12,1% (7), une évaluation « neutre », 37,9% (22) une évaluation « positive » et 5,2% (3) une évaluation « très positive ». Le mode associé à cette question est de 2, le minimum de 2, le 1<sup>er</sup> quartile de 2, la médiane de 3, le 3<sup>e</sup> quartile de 4 et le maximum de 5. En matière de distribution, l'étendue est de 3, le rapport interquartile de 2 et le coefficient interquartile de 0,67.

La stratification selon le type de profession montre des évaluations qui comprennent :

- pour les IDE, 40% de réponses « négatives », 15% de « neutres » et 45% de « positives » ;

- **pour les MKDE**, 53,3% de réponses « négatives », 13,3% de « neutres », 26,7% de « positives » et 6,7% de « très positives » ;
- **pour les MG**, 53,8% de réponses « négatives », 7,7% de « neutres », 30,8% de « positives » et 7,7% de « très positives » ;
- **pour les pharmaciens**, 42,9% de réponses « négatives », 14,3% de « neutres » et 42,9% de « positives » ;
- **pour les biologistes médicaux**, 50% de réponses « positives » et 50% de « très positives » ;
- **pour la pédicure-podologue**, 100% de réponses « positives ».

**Avant l'étude, l'opinion des professionnels de santé sur le caractère adapté à l'activité des modalités de communication est divisée avec certes une majorité relative (44,8%) de réponses globalement négatives, mais également 43,1% de réponses globalement positives qui sont pour part ( $\approx 5\%$ ), plus intense que les négatives. La stratification par profession vient confirmer cette division avec quatre groupes identifiés :**

- les MKDE et les MG avec une majorité absolue de réponses globalement négatives (53,3% et 53,8% respectivement) et près d'un tiers de réponses globalement positives (33,3% et 38,5% respectivement) légèrement plus intenses que celles globalement négatives ;
- les pharmaciens avec autant de réponses globalement négatives que de positives (42,9%) et des profils d'intensité identiques ;
- les IDE avec une majorité relative de réponses globalement positives (45%), un taux de réponses globalement négatives très proche (40%) et des profils d'intensité identiques ;
- les biologistes médicaux et la pédicure-podologue avec 100% de réponses globalement positives.

Après usage de l'outil, nous observons une augmentation des réponses « très négatives » (+20,8%), « neutres » (+10,8%) et « très positives » (+3,2%), aux dépens des réponses « négatives » (-17,7%) et « positives » (-17,1%). Cela témoigne d'une altération de la situation qui se fait cependant majoritairement en faveur de la neutralité, avec tout de même une augmentation importante des intensités négatives. Le mode reste à 2, le minimum passe à 1 (baisse de 1 point), le 1<sup>er</sup> quartile reste à 2, la médiane à 3, le 3<sup>e</sup> quartile à 4 et le maximum à 5. En matière de distribution, l'étendue passe à 4 (augmente de 1 point), le rapport interquartile reste à 2 et le coefficient interquartile à 0,67. Cela traduit une augmentation de la dispersion générale, mais une stabilité de la dispersion pour les réponses proches de la médiane.

**Nous observons donc après usage de l'outil, une majorité relative de réponses globalement négatives (47,9%, soit une augmentation de 3,1%) avec près d'un tiers de réponses globalement positives (29,2%, soit une diminution de 13,9%).**  
Cela témoigne d'une dégradation de la situation sur ce critère ; elle est liée à l'augmentation du taux et de l'intensité des réponses globalement négatives.  
Cette dégradation se fait majoritairement en faveur de la neutralité bien qu'il faille prendre en compte l'augmentation importante des intensités négatives.

**La stratification selon le type de profession** nous permet d'observer que l'usage de l'outil entraîne :

- **pour les IDE**, une augmentation des réponses « très négatives » (+10,5%), « très positives » (+10,5%) et « neutres » (+0,8%) aux dépens des réponses « positives » (-13,4%) et « négatives » (-8,4%) ; cela témoigne d'une altération de la situation ;
- **pour les MKDE**, une augmentation des réponses « neutres » (+46,7%), « très négatives » (+10%) et « très positives » (+3,3%) aux dépens des réponses « négatives » (-33,3%) et « positives » (-26,7%) ; cela témoigne d'une altération

de la situation, liée à l'intensité des réponses négatives, qui se fait uniquement en faveur de la neutralité ;

- **pour les MG**, une augmentation des réponses « très négatives » (+45,5%), « neutres » (+1,4%) et « très positives » (+1,4%) aux dépens des réponses « négatives » (-44,8%) et « positives » (-3,5%) ; cela témoigne d'une altération de la situation liée à l'intensité des réponses négatives ;
- **pour les pharmaciens**, il y a une majoration des réponses « très négatives » (+40%), aux dépens des réponses « positives » (-22,9%), « neutres » (-14,3%) et « négatives » (-2,9%) ; cela témoigne d'une altération de la situation ;
- **pour les biologistes médicaux**, une augmentation des réponses « négatives » (+100%) aux dépens des réponses « positives » (-50%) et « très positives » (-50%) ; cela témoigne d'une altération de la situation ;
- **pour la pédicure-podologue**, une augmentation des réponses « neutres » (+100%) aux dépens des réponses « positives » (-100%) ; cela témoigne d'une altération de la situation qui se fait uniquement en faveur de la neutralité.

**La stratification par profession vient confirmer la tendance générale qui correspond à une dégradation pour l'ensemble des professionnels. Il faut noter que cette dégradation se fait majoritairement, voire uniquement, en faveur de la neutralité pour les MKDE et la pédicure-podologue.**

**La stratification selon la fréquence d'utilisation** nous permet d'observer que l'usage de l'outil entraîne :

- **pour une UMUM**, une augmentation des réponses « très négatives » (+27,6%) et « très positives » (+8,6%), aux dépens des réponses « négatives » (-24,1%), « positives » (-10,3%) et « neutres » (-1,7%). **Si nous comparons ces chiffres aux résultats non stratifiés**, nous observons une variation pour les réponses « très négatives » de +6,8%, pour les « négatives » de -6,4%, pour les

« neutres » de -12,6%, pour les « positives » de +6,8% et pour les « très positives » de +5,5% ; ce niveau de stratification montre à la fois une dichotomie positif/négatif légèrement plus marquée ainsi qu'une atténuation de la dégradation en raison de la moindre diminution du taux de réponses globalement positives ;

- **pour une UMUS**, une augmentation des réponses « neutres » (+9,4%), « très positives » (+9,1%), « très négatives » (+7,1%) et « positives » (+4,9%), aux dépens des réponses « négatives » (-30,5%). **Si nous comparons ces chiffres aux résultats non stratifiés**, nous observons une variation pour les réponses « très négatives » de -13,7%, pour les « négatives » de -12,8%, pour les « neutres » de -1,5%, pour les « positives » de +22% et pour les « très positives » de +6% ; ce niveau de stratification montre une amélioration de la situation liée à une augmentation du taux et de l'intensité des réponses globalement positives.

**La stratification selon la fréquence d'utilisation montre pour une UMUM une atténuation de la dégradation avec une majorité relative de réponses globalement négatives (48,3%, soit une augmentation de 3,4%) et des réponses globalement positives proches (41,4%, soit une diminution de 1,7%) ; les réponses globalement négatives sont cependant plus intenses. Pour une UMUS, nous observons une amélioration de la situation avec une majorité absolue de réponses globalement positives (57,1%, soit une augmentation de 14%) et environ un cinquième de réponses globalement négatives (21,4%, soit une diminution de 23,4%). Cette amélioration est liée tant à l'augmentation du taux qu'à celle de l'intensité des réponses globalement positives.**

**Pour conclure cette sous-partie sur le caractère adapté à l'activité des modalités de communication, l'outil numérique semble altérer la situation sur les résultats**

**généraux, stratifié selon la profession et dans le cadre d'une UMUM. Cette dégradation est toutefois atténuée pour une UMUM. Dans le cadre d'une UMUS, il semble améliorer la situation.**

#### **3.3.4.3.4. Pertinence du contenu des échanges**

Concernant **la pertinence du contenu des échanges**, avant usage de l'outil, aucun professionnel n'avait une évaluation « très négative », 10,3% (6) en avaient une évaluation « négative », 22,4% (13), une évaluation « neutre », 44,8% (26) une évaluation « positive » et 22,4% (13) une évaluation « très positive ». Le mode associé à cette question est de 4, le minimum de 2, le 1<sup>er</sup> quartile de 3, la médiane de 4, le 3<sup>e</sup> quartile de 4 et le maximum de 5. En matière de distribution, l'étendue est de 3, le rapport interquartile de 1,33 et le coefficient interquartile de 0,25.

**La stratification selon le type de profession** montre des évaluations qui comprennent :

- **pour les IDE**, 10% de réponses « négatives », 20% de « neutres », 50% de « positives » et 20% de « très positives » ;
- **pour les MKDE**, 6,7% de réponses « négatives », 33,3% de « neutres », 26,7% de « positives » et 33,3% de « très positives » ;
- **pour les MG**, 7,7% de réponses « négatives », 15,4% de « neutres », 61,5% de « positives » et 15,4% de « très positives » ;
- **pour les pharmaciens**, 14,3% de réponses « négatives », 28,6% de « neutres », 42,9% de « positives » et 14,3% de « très positives » ;
- **pour les biologistes médicaux**, 50% de réponses « négatives » et 50% de « très positives » ;
- **pour la pédicure-podologue**, 100% de réponses « positives ».



**Avant l'étude, l'opinion des professionnels de santé sur la pertinence du contenu des échanges est positive, avec une majorité absolue de réponses globalement positives (67,2%) et environ un dixième de réponses globalement négatives (10,3%). La stratification par profession confirme cela pour tous les professionnels et permet d'identifier deux groupes :**

- les biologistes médicaux pour lesquels il y a une égalité (50%) de réponses globalement positives et négatives avec cependant une intensité moindre pour les réponses globalement négatives ;
- les autres professionnels pour lesquels il y a une majorité absolue (variant de 57,1% à 100%) de réponses globalement positives avec un taux de réponses globalement négatives variant de 14,3% à 0%.

Après usage de l'outil, nous observons une augmentation des réponses « très positives » (+6,8%), « très négatives » (+6,3%), « négatives » (+4,2%) et « neutres » (+0,5%), aux dépens des réponses « positives » (-17,7%). Cela témoigne d'une altération de la situation. Le mode passe à 5 (augmente de 1 point), le minimum à 1 (baisse de 1 point), le 1<sup>er</sup> quartile reste à 3, la médiane à 4, le 3<sup>e</sup> quartile passe à 5 (augmente de 1 point) et le maximum reste à 5. En matière de distribution, l'étendue passe à 4 (augmente de 1 point), le rapport interquartile à 1,67 (augmente de 0,67 point) et le coefficient interquartile à 0,50 (augmente de 0,25 point) ; cela traduit une augmentation de la dispersion de manière générale, ainsi que pour les réponses proches de la médiane.

**Nous observons donc après usage de l'outil, une majorité absolue de réponses globalement positives (56,3%, soit une diminution de 11%) et près d'un cinquième de réponses globalement négatives (20,8%, soit une augmentation de 10,5%). Cela témoigne d'une dégradation de la situation sur ce critère ; elle est liée à l'augmentation du taux de réponses globalement négatives.**

**La stratification selon le type de profession** nous permet d'observer que l'usage de l'outil entraîne :

- **pour les IDE**, une augmentation des réponses « négatives » (+16,3%), « très positives » (+11,6%) et « très négatives » (+5,3%), aux dépens des réponses « positives » (-23,7%) et « neutres » (-9,5%) ; cela témoigne d'une altération de la situation et d'une dichotomie positif/négatif plus importante ;
- **pour les MKDE**, une augmentation des réponses « neutres » (+36,7%), aux dépens des réponses « très positives » (-20%), « négatives » (-6,7%) et « positives » (-6,7%) ; cela témoigne d'une altération de la situation uniquement au profit des réponses « neutres » ;
- **pour les MG**, une augmentation des réponses « très positives » (+21%), « très négatives » (+9,1%) et « négatives » (+1,4%), aux dépens des réponses « positives » (-21%) et « neutres » (-15,4%) ; cela témoigne d'une majoration de la dichotomie positif/négatif, les variations d'intensité et de taux ne nous permettent cependant pas de conclure à une variation dans un sens ou dans l'autre ;
- **pour les pharmaciens**, il y a une majoration des réponses « très positives » (+45,7%) et « très négatives » (+20%), aux dépens des réponses « positives » (-42,9%), « négatives » (-14,3%) et « neutres » (-8,6%) ; cela témoigne là aussi d'une majoration de la dichotomie positif/négatif, les variations d'intensité et de taux ne nous permettent cependant pas de conclure à une variation dans un sens ou dans l'autre ;
- **pour les biologistes médicaux**, une augmentation des réponses « positives » (+50%) aux dépens des réponses « très positives » (-50%) ; cela témoigne d'une altération de la situation ;

- **pour la pédicure-podologue**, une augmentation des réponses « neutres » (+100%) aux dépens des réponses « positives » (-100%) ; cela témoigne d'une altération de la situation uniquement en faveur de la neutralité.

**La stratification par profession confirme cette dégradation pour les IDE, MKDE, les biologistes médicaux et la pédicure-podologue. Il faut noter que cette dégradation se fait uniquement vers la neutralité pour les MKDE et la pédicure-podologue. Les variations de taux et d'intensité ne nous permettent pas de conclure pour les MG et les pharmaciens.**

**La stratification selon la fréquence d'utilisation** nous permet d'observer que l'usage de l'outil entraîne :

- **pour une UMUM**, une augmentation des réponses « très positives » (+25,9%) et « très négatives » (+6,9%), aux dépens des réponses « positives » (-17,2%) et « neutres » (-15,5%). **Si nous comparons ces chiffres aux résultats non stratifiés**, nous observons une variation pour les réponses « très négatives » de +0,6%, pour les « négatives » de -4,2%, pour les « neutres » de -16%, pour les « positives » de +0,5% et pour les « très positives » de +19,1% ; ce niveau de stratification montre à la fois une dichotomie positif/négatif plus marquée, mais surtout une amélioration de la situation liée à une augmentation du taux et de l'intensité des réponses globalement positives ;
- **pour une UMUS**, une augmentation des réponses « très positives » (+27,6%) et « négatives » (+11,1%), aux dépens des réponses « positives » (-23,4%) et « neutres » (-15,3%). **Si nous comparons ces chiffres aux résultats non stratifiés**, nous observons une variation pour les réponses « très négatives » de -6,3%, pour les « négatives » de +6,8%, pour les « neutres » de -15,8%, pour les « positives » de -5,7% et pour les « très positives » de +20,8% ; ce niveau de stratification ne nous permet pas de conclure à une variation dans un

sens ou dans l'autre en raison des variations de taux et d'intensité. Nous constatons juste une augmentation de la dichotomie positif/négatif.

La stratification selon la fréquence d'utilisation montre pour une UMUM une majorité absolue de réponses globalement positives (75,9%, soit une augmentation de 8,6%) et près d'un cinquième de réponses globalement négatives (17,2%, soit une augmentation de 6,9%). Pour une UMUS, il y a également une majorité absolue de réponses globalement positives (71,4%, soit une augmentation de 4,2%) avec un peu plus d'un cinquième de réponses globalement négatives (21,4%, soit une augmentation de 11,1%), mais des profils d'intensité plus en faveur des réponses positives que l'UMUM. Cela témoigne d'une légère amélioration de la situation pour l'UMUM, liée surtout aux profils d'intensité. Les variations observées dans l'UMUS, même si elles semblent aller dans le même sens, ne nous permettent pas de conclure en raison des faibles différences de taux. Cette amélioration constatée dans l'UMUM semble donc être plafonnée. Dans les deux cas, nous observons une dichotomie positif/négatif plus importante.

Pour conclure cette sous-partie sur la pertinence du contenu des échanges, l'outil numérique semble altérer la situation sur les résultats généraux. La stratification par profession confirme cette dégradation pour l'ensemble des professionnels pour lesquels les résultats nous permettent de conclure. La stratification par fréquence d'utilisation montre une amélioration qui semble cependant plafonnée.

#### 3.3.4.4. Évaluation moyenne de cette partie

En moyenne, l'évaluation de la communication avant usage de l'outil montre qu'aucun professionnel n'en avait une évaluation « très négative », 29,3% en avaient

une évaluation « négative », 14,2% une évaluation « neutre », 44,0% une évaluation « positive » et 12,5% une évaluation « très positive ».

**La stratification selon le type de profession** montre une moyenne des évaluations qui comprend :

- **pour les IDE**, 30% de réponses « négatives », 17,5% de « neutres », 43,8% de « positives » et 8,8% de « très positives » ;
- **pour les MKDE**, 36,7% de réponses « négatives », 15% de « neutres », 30% de « positives » et 18,3% de « très positives » ;
- **pour les MG**, 28,8% de réponses « négatives », 9,6% de « neutres », 50% de « positives » et 11,5% de « très positives » ;
- **pour les pharmaciens**, 21,4% de réponses « négatives », 14,3% de « neutres », 57,1% de « positives » et 7,1% de « très positives » ;
- **pour les biologistes médicaux**, 12,5% de réponses « négatives », 12,5% de « neutres », 37,5% de « positives » et 37,5% de « très positives » ;
- **pour la pédicure-podologue**, 100% de réponses « positives ».

**Avant l'étude, l'opinion des professionnels de santé sur la communication de manière générale est positive, avec une majorité absolue (56,5%) de réponses globalement positives et près d'un tiers (29,3%) de réponses globalement négatives. La stratification par profession confirme cela pour tous les professionnels et permet d'identifier deux groupes :**

- **les MKDE pour lesquels il n'y a qu'une majorité relative (48,3%) de réponses globalement positives et un peu plus d'un tiers (36,7%) de réponses globalement négatives ;**
- **les autres professionnels pour lesquels il y a une majorité absolue de réponses globalement positives (variant de 52,5% à 100%) avec un taux de réponses globalement négatives variant de 30% à 0%.**

Après usage de l'outil, nous observons une augmentation des réponses « neutres » (+12,3%), « très négatives » (+10,4%) et « très positives » (+1%), aux dépens des réponses « positives » (-19%) et « négatives » (-4,8%).

**Nous observons donc après usage de l'outil, une majorité relative de réponses globalement positives (38,5%, soit une diminution de 17,9%) avec près d'un tiers de réponses globalement négatives (34,9%, soit une augmentation de 5,6%). Cela témoigne d'une dégradation de la situation sur la communication de manière générale liée à une augmentation du taux et de l'intensité des réponses globalement négatives. Cette dégradation se fait cependant majoritairement en faveur de la neutralité.**

**La stratification selon le type de profession** nous permet d'observer que l'usage de l'outil entraîne :

- **pour les IDE**, une augmentation des réponses « très négatives » (+9,2%), « très positives » (+5,7%) et « neutres » (+0,9%), aux dépens des réponses « positives » (-12,2%) et « négatives » (-3,7%) ; cela témoigne d'une altération de la situation ;
- **pour les MKDE**, une augmentation des réponses « neutres » (+55%) et « très négatives » (+2,5%), aux dépens des réponses « négatives » (-26,7%), « positives » (-20%) et « très positives » (-10,8%) ; cela témoigne d'une altération de la situation qui se fait uniquement en faveur de la neutralité ;
- **pour les MG**, une augmentation des réponses « très négatives » (+15,9%) et « très positives » (+6,6%) aux dépens des réponses « positives » (-15,9%), « neutres » (-5,1%) et « négatives » (-1,6%) ; cela témoigne d'une altération de la situation ;
- **pour les pharmaciens**, une augmentation des réponses « très négatives » (+20%), « très positives » (+12,9%), « négatives » (+8,6%) et « neutres »

(+0,7%) aux dépens des réponses « positives » (-42,1%) ; cela témoigne d'une altération de la situation ;

- **pour les biologistes médicaux**, une augmentation des réponses « négatives » (+50%) et « très négatives » (+12,5%) aux dépens des réponses « très positives » (-37,5%), « neutres » (-12,5%) et « positives » (-12,5%) ; cela témoigne d'une altération de la situation ;
- **pour la pédicure-podologue**, une augmentation des réponses « neutres » (+100%) aux dépens des réponses « positives » (-100%) ; cela témoigne d'une altération de la situation qui se fait uniquement en faveur de la neutralité.

**La stratification par profession vient confirmer la tendance générale, avec une dégradation de la situation pour l'ensemble des professionnels. Il faut noter que cette dégradation se fait uniquement en faveur de la neutralité pour les MKDE et la pédicure-podologue.**

**La stratification selon la fréquence d'utilisation** nous permet d'observer que l'usage de l'outil entraîne :

- **pour une UMUM**, une augmentation des réponses « très négatives » (+12,1%), et « très positives » (+8,2%), aux dépens des réponses « positives » (-11,2%), « négatives » (-6%) et « neutres » (-3%). **Si nous comparons ces chiffres aux résultats non stratifiés**, nous observons une variation pour les réponses « très négatives » de +1,7%, pour les « négatives » de -1,2%, pour les « neutres » de -15,4%, pour les « positives » de +7,8% et pour les « très positives » de +7,1% ; ce niveau de stratification montre une atténuation de la dégradation en raison d'une moindre diminution des réponses globalement positives ;
- **pour une UMUS**, une augmentation des réponses « très positives » (+10,7%), « très négatives » (+1,8%) et « neutres » (+0,1%), aux dépens des réponses « positives » (-8,3%) et « négatives » (-4,3%). **Si nous comparons ces**

**chiffres aux résultats non stratifiés**, nous observons une variation pour les réponses « très négatives » de -8,6%, pour les « négatives » de +0,5%, pour les « neutres » de -12,3%, pour les « positives » de +10,7% et pour les « très positives » de +9,7% ; ce niveau de stratification montre une légère amélioration de la situation liée à une augmentation du taux et de l'intensité des réponses globalement positives et la diminution du taux de réponses globalement négatives.

La stratification selon la fréquence d'utilisation montre pour une UMUM une majorité absolue de réponses globalement positives (53,4%, soit une baisse de 3%), avec plus d'un tiers de réponses globalement négatives (35,3%, soit une augmentation de 6%). Les répartitions en intensité sont peu ou prou équivalentes. Pour une UMUS, il y a une majorité absolue de réponses globalement positives (58,9%, soit une augmentation de 2,5%) et environ un quart de réponses globalement négatives (26,8%, soit une diminution de 2,5%). Nous observons donc pour une UMUM une atténuation de la dégradation et pour une UMUS une légère amélioration de la situation.

Pour conclure cette partie sur la communication, l'outil numérique semble altérer la situation aussi bien sur les résultats généraux que sur les résultats stratifiés selon la profession. Les résultats stratifiés selon la fréquence d'utilisation montrent qu'une UMUM permet d'atténuer cette dégradation, alors qu'une UMUS permet une amélioration de la situation.



**Tableau 22 : La communication : résultats généraux et stratifiés par la fréquence d'utilisation (partie, versions simplifiée)**

LA COMMUNICATION (PARTIE) : RÉSULTATS GÉNÉRAUX ET STRATIFIÉS PAR FRÉQUENCE D'UTILISATION (VERSION SIMPLIFIÉE)												
	Réponse globalement négative				Neutre				Réponse globalement positive			
	AVANT (58)	APRÈS (48)	≥ 1 /MOIS (29)	≥ 1 /SEM (14)	AVANT (58)	APRÈS (48)	≥ 1 /MOIS (29)	≥ 1 /SEM (14)	AVANT (58)	APRÈS (48)	≥ 1 /MOIS (29)	≥ 1 /SEM (14)
<b>% EFFECTIF INITIAL</b>	100%	82,8%	50,0%	24,1%	100%	82,8%	50,0%	24,1%	100%	82,8%	50,0%	24,1%
<b>FLUIDITÉ</b>												
VA	17	23	16	7	4	14	4	2	37	11	9	5
% ET	29,3%	47,9%	55,2%	50,0%	6,9%	29,2%	13,8%	14,3%	63,8%	22,9%	31,0%	35,7%
Variation1	/	18,6%	25,9%	20,7%	/	22,3%	6,9%	7,4%	/	-40,9%	-32,8%	-28,1%
Variation2		/	7,3%	2,1%		/	-15,4%	-14,9%		/	8,1%	12,8%
<b>CLARTÉ</b>												
VA	19	11	6	2	9	15	4	2	30	22	19	10
% ET	32,8%	22,9%	20,7%	14,3%	15,5%	31,3%	13,8%	14,3%	51,7%	45,8%	65,5%	71,4%
Variation1	/	-9,8%	-12,1%	-18,5%	/	15,7%	-1,7%	-1,2%	/	-5,9%	13,8%	19,7%
Variation2		/	-2,2%	-8,6%		/	-17,5%	-17,0%		/	19,7%	25,6%
<b>ADAPTÉE À VOTRE ACTIVITÉ</b>												
VA	26	23	14	3	7	11	3	3	25	14	12	8
% ET	44,8%	47,9%	48,3%	21,4%	12,1%	22,9%	10,3%	21,4%	43,1%	29,2%	41,4%	57,1%
Variation1	/	3,1%	3,4%	-23,4%	/	10,8%	-1,7%	9,4%	/	-13,9%	-1,7%	14,0%
Variation2		/	0,4%	-26,5%		/	-12,6%	-1,5%		/	12,2%	28,0%
<b>PERTINENCE</b>												
VA	6	10	5	3	13	11	2	1	39	27	22	10
% ET	10,3%	20,8%	17,2%	21,4%	22,4%	22,9%	6,9%	7,1%	67,2%	56,3%	75,9%	71,4%
Variation	/	10,5%	6,9%	11,1%	/	0,5%	-15,5%	-15,3%	/	-11,0%	8,6%	4,2%
Variation2		/	-3,6%	0,6%		/	-16,0%	-15,8%		/	19,6%	15,2%
<b>MOYENNE GÉNÉRALE</b>												
VA	17	16,75	10,25	3,75	8,25	12,75	3,25	2	32,75	18,5	15,5	8,25
%	29,3%	34,9%	35,3%	26,8%	14,2%	26,6%	11,2%	14,3%	56,5%	38,5%	53,4%	58,9%
Variation1	/	5,6%	6,0%	-2,5%	/	12,3%	-3,0%	0,1%	/	-17,9%	-3,0%	2,5%
Variation2		/	0,4%	-8,1%		/	-15,4%	-12,3%		/	14,9%	20,4%

Tableau 23 : Fluidité de la communication (sous-partie, version simplifiée)

FLUIDITÉ DE LA COMMUNICATION (SOUS-PARTIE) : RÉSULTATS GÉNÉRAUX ET STRATIFIÉS PAR PROFESSION (VERSION SIMPLIFIÉE)						
	Réponse globalement négative		Réponse neutre (3)		Réponse globalement positive	
	AVANT (58)	APRÈS (48)	AVANT (58)	APRÈS (48)	AVANT (58)	APRÈS (48)
<b>Effectif total</b>						
VA	17	23	4	14	37	11
% ET	29,3%	47,9%	6,9%	29,2%	63,8%	22,9%
Variation	/	18,6%	/	22,3%	/	-40,9%
<b>IDE</b>						
VA	6	8	4	5	10	6
% P	30,0%	42,1%	20,0%	26,3%	50,0%	31,6%
Variation	/	12,1%	/	6,3%	/	-18,4%
<b>MKDE</b>						
VA	7	2	0	7	8	1
% P	46,7%	20,0%	0,0%	70,0%	53,3%	10,0%
Variation	/	-26,7%	/	70,0%	/	-43,3%
<b>MG</b>						
VA	3	8	0	0	10	3
% P	23,1%	72,7%	0,0%	0,0%	76,9%	27,3%
Variation	/	49,7%	/	0,0%	/	-49,7%
<b>Pharmaciens</b>						
VA	1	3	0	1	6	1
% P	14,3%	60,0%	0,0%	20,0%	85,7%	20,0%
Variation	/	45,7%	/	20,0%	/	-65,7%
<b>Biologistes médicaux</b>						
VA	0	2	0	0	2	0
% P	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%
Variation	/	100,0%	/	0,0%	/	-100,0%
<b>Pédicure-podologue</b>						
VA	0	0	0	1	1	0
% P	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%
Variation	/	0,0%	/	100,0%	/	-100,0%

Tableau 24 : Clarté des attentes des professionnels (sous-partie, versions simplifiée)

CLARTÉ DES ATTENTES DES PROFESSIONNELS : RÉSULTATS GÉNÉRAUX ET STRATIFIÉS PAR PROFESSION (VERSION SIMPLIFIÉE)						
	Réponse globalement négative		Réponse neutre (3)		Réponse globalement positive	
	AVANT (58)	APRÈS (48)	AVANT (58)	APRÈS (48)	AVANT (58)	APRÈS (48)
<b>Effectif total</b>						
VA	19	11	9	15	30	22
% ET	32,8%	22,9%	15,5%	31,3%	51,7%	45,8%
Variation	/	-9,8%	/	15,7%	/	-5,9%
<b>IDE</b>						
VA	8	5	3	4	9	10
% P	40,0%	26,3%	15,0%	21,1%	45,0%	52,6%
Variation	/	-13,7%	/	6,1%	/	7,6%
<b>MKDE</b>						
VA	6	0	2	8	7	2
% P	40,0%	0,0%	13,3%	80,0%	46,7%	20,0%
Variation	/	-40,0%	/	66,7%	/	-26,7%
<b>MG</b>						
VA	4	3	2	1	7	7
% P	30,8%	27,3%	15,4%	9,1%	53,8%	63,6%
Variation	/	-3,5%	/	-6,3%	/	9,8%
<b>Pharmaciens</b>						
VA	1	2	1	1	5	2
% P	14,3%	40,0%	14,3%	20,0%	71,4%	40,0%
Variation	/	25,7%	/	5,7%	/	-31,4%
<b>Biologistes médicaux</b>						
VA	0	1	1	0	1	1
% P	0,0%	50,0%	50,0%	0,0%	50,0%	50,0%
Variation	/	50,0%	/	-50,0%	/	0,0%
<b>Pédiatre-podologue</b>						
VA	0	0	0	1	1	0
% P	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%
Variation	/	0,0%	/	100,0%	/	-100,0%

Tableau 25 : Modalités d'échanges adaptées à votre activité (sous-partie, version simplifiée)

MODALITÉS D'ÉCHANGES ADAPTÉES À VOTRE ACTIVITÉ : RÉSULTATS						
GÉNÉRAUX ET STRATIFIÉS PAR PROFESSION (VERSION SIMPLIFIÉE)						
	Réponse globalement négative		Réponse neutre (3)		Réponse globalement positive	
	AVANT (58)	APRÈS (48)	AVANT (58)	APRÈS (48)	AVANT (58)	APRÈS (48)
<b>Effectif total</b>						
VA	26	23	7	11	25	14
% ET	44,8%	47,9%	12,1%	22,9%	43,1%	29,2%
Variation	/	3,1%	/	10,8%	/	-13,9%
<b>IDE</b>						
VA	8	8	3	3	9	8
% P	40,0%	42,1%	15,0%	15,8%	45,0%	42,1%
Variation	/	2,1%	/	0,8%	/	-2,9%
<b>MKDE</b>						
VA	8	3	2	6	5	1
% P	53,3%	30,0%	13,3%	60,0%	33,3%	10,0%
Variation	/	-23,3%	/	46,7%	/	-23,3%
<b>MG</b>						
VA	7	6	1	1	5	4
% P	53,8%	54,5%	7,7%	9,1%	38,5%	36,4%
Variation	/	0,7%	/	1,4%	/	-2,1%
<b>Pharmaciens</b>						
VA	3	4	1	0	3	1
% P	42,9%	80,0%	14,3%	0,0%	42,9%	20,0%
Variation	/	37,1%	/	-14,3%	/	-22,9%
<b>Biologistes médicaux</b>						
VA	0	2	0	0	2	0
% P	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%
Variation	/	100,0%	/	0,0%	/	-100,0%
<b>Pédiatre-podologue</b>						
VA	0	0	0	1	1	0
% P	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%
Variation	/	0,0%	/	100,0%	/	-100,0%

**Tableau 26 : Pertinence du contenu des échanges (sous-partie, version simplifiée)**

<b>PERTINENCE DU CONTENU DES ÉCHANGES (SOUS-PARTIE) : RÉSULTATS GÉNÉRAUX ET STRATIFIÉS PAR PROFESSION (VERSION SIMPLIFIÉE)</b>						
	<b>Réponse globalement négative</b>		<b>Réponse neutre (3)</b>		<b>Réponse globalement positive</b>	
	<b>AVANT (58)</b>	<b>APRÈS (48)</b>	<b>AVANT (58)</b>	<b>APRÈS (48)</b>	<b>AVANT (58)</b>	<b>APRÈS (48)</b>
<b>Effectif total</b>						
<b>VA</b>	<b>6</b>	<b>10</b>	<b>13</b>	<b>11</b>	<b>39</b>	<b>27</b>
<b>% ET</b>	<b>10,3%</b>	<b>20,8%</b>	<b>22,4%</b>	<b>22,9%</b>	<b>67,2%</b>	<b>56,3%</b>
<b>Variation</b>	<b>/</b>	<b>10,5%</b>	<b>/</b>	<b>0,5%</b>	<b>/</b>	<b>-11,0%</b>
<b>IDE</b>						
<b>VA</b>	<b>2</b>	<b>6</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>14</b>	<b>11</b>
<b>% P</b>	<b>10,0%</b>	<b>31,6%</b>	<b>20,0%</b>	<b>10,5%</b>	<b>70,0%</b>	<b>57,9%</b>
<b>Variation</b>	<b>/</b>	<b>21,6%</b>	<b>/</b>	<b>-9,5%</b>	<b>/</b>	<b>-12,1%</b>
<b>MKDE</b>						
<b>VA</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>5</b>	<b>7</b>	<b>9</b>	<b>3</b>
<b>% P</b>	<b>6,7%</b>	<b>0,0%</b>	<b>33,3%</b>	<b>70,0%</b>	<b>60,0%</b>	<b>30,0%</b>
<b>Variation</b>	<b>/</b>	<b>-6,7%</b>	<b>/</b>	<b>36,7%</b>	<b>/</b>	<b>-30,0%</b>
<b>MG</b>						
<b>VA</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>10</b>	<b>9</b>
<b>% P</b>	<b>7,7%</b>	<b>18,2%</b>	<b>15,4%</b>	<b>0,0%</b>	<b>76,9%</b>	<b>81,8%</b>
<b>Variation</b>	<b>/</b>	<b>10,5%</b>	<b>/</b>	<b>-15,4%</b>	<b>/</b>	<b>4,9%</b>
<b>Pharmaciens</b>						
<b>VA</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>4</b>	<b>3</b>
<b>% P</b>	<b>14,3%</b>	<b>20,0%</b>	<b>28,6%</b>	<b>20,0%</b>	<b>57,1%</b>	<b>60,0%</b>
<b>Variation</b>	<b>/</b>	<b>5,7%</b>	<b>/</b>	<b>-8,6%</b>	<b>/</b>	<b>2,9%</b>
<b>Biologistes médicaux</b>						
<b>VA</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
<b>% P</b>	<b>50,0%</b>	<b>50,0%</b>	<b>0,0%</b>	<b>0,0%</b>	<b>50,0%</b>	<b>50,0%</b>
<b>Variation</b>	<b>/</b>	<b>0,0%</b>	<b>/</b>	<b>0,0%</b>	<b>/</b>	<b>0,0%</b>
<b>Pédicure-podologue</b>						
<b>VA</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0</b>
<b>% P</b>	<b>0,0%</b>	<b>0,0%</b>	<b>0,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>0,0%</b>
<b>Variation</b>	<b>/</b>	<b>0,0%</b>	<b>/</b>	<b>100,0%</b>	<b>/</b>	<b>-100,0%</b>

**Tableau 27 : La communication : moyenne générale et moyenne par profession (partie, versions simplifiée)**

<b>LA COMMUNICATION (PARTIE) : MOYENNE GÉNÉRALE ET MOYENNE PAR PROFESSION (VERSION SIMPLIFIÉE)</b>						
	Réponse globalement négative		Réponse neutre (3)		Réponse globalement positive	
	AVANT (58)	APRÈS (48)	AVANT (58)	APRÈS (48)	AVANT (58)	APRÈS (48)
<b>MOYENNE GÉNÉRALE</b>						
VA	17	16,75	8,25	12,75	32,75	18,5
% ET	29,3%	34,9%	14,2%	26,6%	56,5%	38,5%
Variation	/	5,6%	/	12,3%	/	-17,9%
<b>MOYENNE IDE</b>						
VA	6	6,75	3,5	3,5	10,5	8,75
% P	30,0%	35,5%	17,5%	18,4%	52,5%	46,1%
Variation	/	5,5%	/	0,9%	/	-6,4%
<b>MOYENNE MKDE</b>						
VA	5,5	1,25	2,25	7	7,25	1,75
% P	36,7%	12,5%	15,0%	70,0%	48,3%	17,5%
Variation	/	-24,2%	/	55,0%	/	-30,8%
<b>MOYENNE MG</b>						
VA	3,75	4,75	1,25	0,5	8	5,75
% P	28,8%	43,2%	9,6%	4,5%	61,5%	52,3%
Variation	/	14,3%	/	-5,1%	/	-9,3%
<b>MOYENNE Pharmaciens</b>						
VA	1,5	2,5	1	0,75	4,5	1,75
% P	21,4%	50,0%	14,3%	15,0%	64,3%	35,0%
Variation	/	28,6%	/	0,7%	/	-29,3%
<b>MOYENNE Biologistes médicaux</b>						
VA	0,25	1,5	0,25	0	1,5	0,5
% P	12,5%	75,0%	12,5%	0,0%	75,0%	25,0%
Variation	/	62,5%	/	-12,5%	/	-50,0%
<b>MOYENNE Pédicure-podologue</b>						
VA	0	0	0	1	1	0
% P	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%
Variation	/	0,0%	/	100,0%	/	-100,0%

**Tableau 28 : La communication entre professionnels de santé (éléments statistiques)**

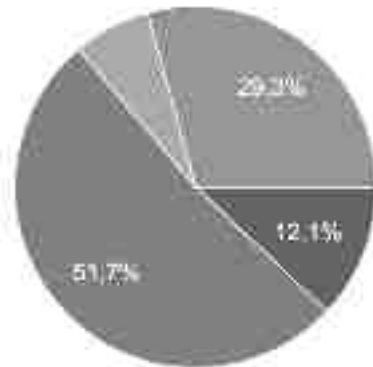
LA COMMUNICATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTÉ		
	Avant (58)	Après (48)
% EFFECTIF INITIAL (58)	100%	82,8%
<b>FLUIDITE</b>		
MODE	4,00	2,00
MINIMUM	2,00	1,00
1er QUARTILE	2,00	2,00
MEDIANE	4,00	3,00
3e QUARTILE	4,00	3,00
MAXIMUM	5,00	5,00
Étendue	3,00	4,00
Rapport interquartile	2,00	1,50
Différence (après - avant)	/	-0,50
Coefficient interquartile	0,50	0,33
Différence (après - avant)	/	-0,17
<b>CLARTEE</b>		
MODE	4,00	4,00
MINIMUM	2,00	1,00
1er QUARTILE	2,00	3,00
MEDIANE	4,00	3,00
3e QUARTILE	4,00	4,00
MAXIMUM	5,00	5,00
Étendue	3,00	4,00
Rapport interquartile	2,00	1,33
Différence (après - avant)	/	-0,67
Coefficient interquartile	0,50	0,33
Différence (après - avant)	/	-0,17
<b>ADAPTEE A VOTRE ACTIVITE</b>		
MODE	2,00	2,00
MINIMUM	2,00	1,00
1er QUARTILE	2,00	2,00
MEDIANE	3,00	3,00
3e QUARTILE	4,00	4,00
MAXIMUM	5,00	5,00
Étendue	3,00	4,00
Rapport interquartile	2,00	2,00
Différence (après - avant)	/	0,00
Coefficient interquartile	0,67	0,67
Différence (après - avant)	/	0,00
<b>PERTINENCE</b>		
MODE	4,00	5,00
MINIMUM	2,00	1,00
1er QUARTILE	3,00	3,00
MEDIANE	4,00	4,00
3e QUARTILE	4,00	5,00
MAXIMUM	5,00	5,00
Étendue	3,00	4,00
Rapport interquartile	1,33	1,67
Différence (après - avant)	/	0,33
Coefficient interquartile	0,25	0,50
Différence (après - avant)	/	0,25

Figure 22 : Fluidité de la communication (Extrait de Google Forms)

## AVANT

La communication se fait-elle de manière fluide / facile ?

58 réponses

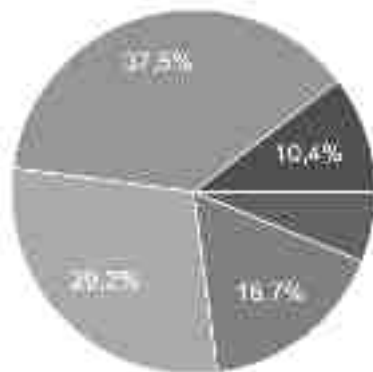


- Tout à fait d'accord
- D'accord
- Ne se prononce pas
- Pas d'accord
- Pas du tout d'accord

## APRÈS

La communication se fait-elle de manière fluide / facile ?

48 réponses



- Tout à fait d'accord
- D'accord
- Ne se prononce pas
- Pas d'accord
- Pas du tout d'accord

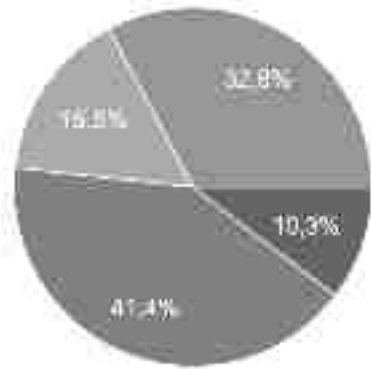


Figure 23 : Clarté des attentes des professionnels (Extrait de Google Forms)

### AVANT

Les attentes des professionnels de santé les uns par rapport aux autres sont-elles claires et explicites ?

58 réponses

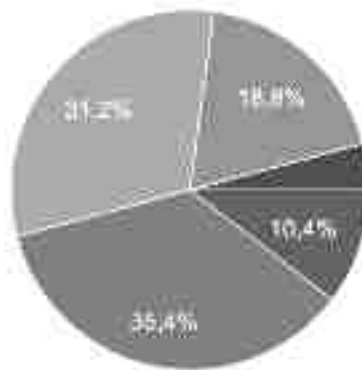


- Tout à fait d'accord
- D'accord
- Ne se prononce pas
- Pas d'accord
- Pas d'accord du tout

### APRÈS

Les attentes des professionnels de santé les uns par rapport aux autres sont-elles claires et explicites ?

48 réponses



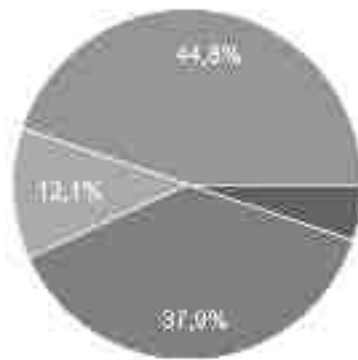
- Tout à fait d'accord
- D'accord
- Ne se prononce pas
- Pas d'accord
- Pas d'accord du tout

**Figure 24 : Caractère adapté à l'activité des modalités d'échanges (Extrait de Google Forms)**

### AVANT

Les modalités d'échanges entre professionnels de santé sont-elles adaptées à votre manière de travailler ?

58 réponses

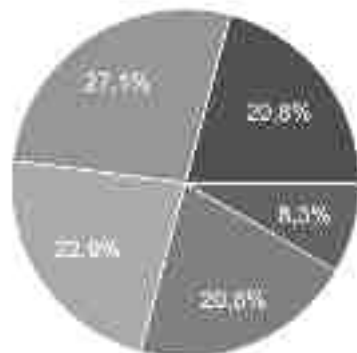


- Tout à fait d'accord
- D'accord
- Ne se prononce pas
- Pas d'accord
- Pas d'accord du tout

### APRÈS

Les modalités d'échanges entre professionnels de santé sont-elles adaptées à votre manière de travailler ?

48 réponses



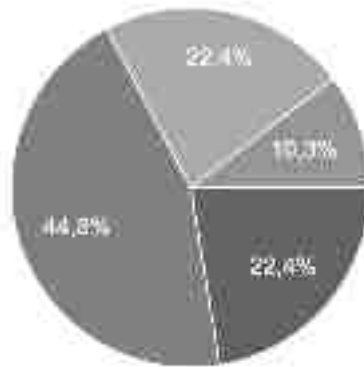
- Tout à fait d'accord
- D'accord
- Ne se prononce pas
- Pas d'accord
- Pas d'accord du tout

Figure 25 : Pertinence du contenu des échanges (Extrait de Google Forms)

**AVANT**

Le contenu des échanges entre professionnels de santé est-il pertinent pour votre activité ?

58 réponses

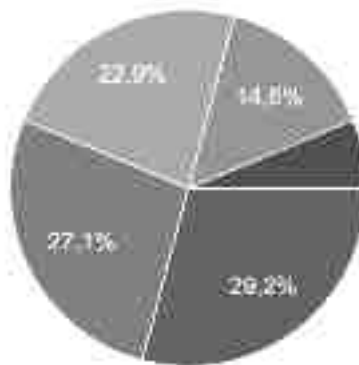


- Tout à fait d'accord
- D'accord
- Ne se prononce pas
- Pas d'accord
- Pas d'accord du tout

**APRÈS**

Le contenu des échanges entre professionnels de santé est-il pertinent pour votre activité ?

48 réponses



- Tout à fait d'accord
- D'accord
- Ne se prononce pas
- Pas d'accord
- Pas d'accord du tout

### **3.3.5. Caractérisation des informations concernant les patients**

Pour rappel, les remarques d'introduction de la partie « 3.3.4. Caractérisation de la communication avec les autres professionnels de santé » s'appliquent également ici et ne seront pas reprises.

#### **3.3.5.1. Présentation des tableaux et diagrammes**

Le Tableau 29 montre le nombre de réponses de chaque niveau de l'échelle de Likert, en valeur absolue et en pourcentage des réponses de l'effectif, avant et après usage de l'outil numérique, ainsi que la stratification par fréquence d'utilisation, qui nous semble la plus pertinente. La ligne « variation 1 » correspond à la différence par rapport à la situation avant usage de l'outil. La ligne « variation 2 » correspond à la différence entre les résultats non stratifiés et ceux stratifiés selon la fréquence d'utilisation, ces deux résultats étant après usage de l'outil. Son équivalent non simplifié est présenté en Annexe 18.

Plusieurs tableaux (Tableau 30, Tableau 31 et Tableau 32) montrent les mêmes éléments avec une stratification par profession. Leurs équivalents non simplifiés sont présentés en Annexe 19. Le Tableau 33 résume l'ensemble de ces données, son équivalent non simplifié est présenté en Annexe 20.

Le Tableau 34 présente les éléments statistiques obtenus (mode ...), avant et après usage de l'outil numérique, pour les groupes non stratifiés.

Plusieurs diagrammes circulaires (Figure 26, Figure 27 et Figure 28) permettent d'avoir une représentation imagée des résultats généraux (il n'y en a pas pour les résultats stratifiés).

### 3.3.5.2. Analyse descriptive des différents résultats de la partie « Les informations concernant les patients »

#### 3.3.5.2.1. Exhaustivité

À propos de l'exhaustivité des informations concernant les patients, avant usage de l'outil 1,7% (1) des professionnels en avait une évaluation « très négative », 46,6% (27) une évaluation « négative », 13,8% (8) une évaluation « neutre », 36,2% (21) une évaluation « positive » et 1,7% (1) une évaluation « très positive ». Le mode associé à cette question est de 2, le minimum de 1, le 1<sup>er</sup> quartile de 2, la médiane de 3, le 3<sup>e</sup> quartile de 4 et le maximum de 5. En matière de distribution, l'étendue est de 4, le rapport interquartile de 2 et le coefficient interquartile de 0,67.

La stratification selon le type de profession montre des évaluations qui comprennent :

- **pour les IDE**, 55% de réponses « négatives », 15% de « neutres » et 30% de « positives » ;
- **pour les MKDE**, 6,7% de réponses « très négatives », 53,3% de « négatives », 6,7% de « neutres », 26,7% de « positives » et 6,7% de « très positives » ;
- **pour les MG**, 38,5% de réponses « négatives », 15,4% de « neutres » et 46,2% de « positives » ;
- **pour les pharmaciens**, 28,6% de réponses « négatives », 28,6% de « neutres » et 42,9% de « positives » ;
- **pour les biologistes médicaux**, 50% de réponses « négatives » et 50% de « positives » ;
- **pour la pédicure-podologue**, 100% de réponses « positives ».

Avant l'étude, l'opinion des professionnels sur l'exhaustivité des informations concernant les patients est plutôt négative avec une majorité relative de

**réponses globalement négatives (48,3%) et tout de même plus d'un tiers (37,9%) de réponses globalement positives. La stratification par profession montre des divergences entre les différents professionnels et permet d'identifier quatre groupes :**

- les IDE et MKDE pour lesquels il existe une majorité absolue de réponses globalement négatives (55% et 60% respectivement) avec un taux de réponses globalement positives d'environ un tiers (30% et 33,3% respectivement) ;
- les biologistes médicaux pour lesquels il existe autant de réponses globalement positives que négatives (50%), avec une même intensité ;
- les MG et les pharmaciens pour lesquels il existe une majorité relative de réponses globalement positives (46,2% et 42,9% respectivement) avec des réponses globalement négatives de respectivement 38,5% et 28,6% ;
- la pédicure-podologue pour laquelle il existe une majorité absolue de réponses globalement positives (100%).

Après usage de l'outil, nous observons une augmentation des réponses « neutres » (+17,5%), « très positives » (+6,6%) et « positives » (+1,3%), aux dépens des réponses « négatives » (-23,6%) et « très négatives » (-1,7%). Cela témoigne d'une amélioration de la situation qui se fait majoritairement en faveur de la neutralité. Le mode passe à 4 (augmente de 2 points), le minimum à 2 (augmente de 1 point), le 1<sup>er</sup> quartile à 3 (augmente de 1 point), la médiane reste à 3, le 3<sup>e</sup> quartile à 4 et le maximum à 5. En matière de distribution, l'étendue passe à 3 (diminue de 1 point), le rapport interquartile à 1,33 (baisse de 0,67 point) et le coefficient interquartile à 0,33 (baisse de 0,33 point) ; cela traduit une diminution de la dispersion générale et pour les réponses proches de la médiane.

Nous observons donc après usage de l'outil, une majorité relative de réponses globalement positives (45,8%, soit une augmentation de 7,9%) et près d'un quart de réponses globalement négatives (22,9%, soit une diminution de 25,4%). Cela témoigne d'une amélioration de la situation sur ce critère, elle est liée à une augmentation du taux et de l'intensité des réponses globalement positives. Cependant, cette amélioration se fait majoritairement en faveur de la neutralité.

La stratification selon le type de profession nous permet d'observer que l'usage de l'outil entraîne :

- **pour les IDE**, une augmentation des réponses « neutres » (+16,6%) et « positives » (+12,1%), aux dépens des réponses « négatives » (-28,7%) ; cela témoigne d'une amélioration de la situation ;
- **pour les MKDE**, une augmentation des réponses « neutres » (+63,3%), aux dépens des réponses « négatives » (-33,3%), « positives » (-16,7%), « très négatives » (-6,7%) et « très positives » (-6,7%) ; cela témoigne d'une légère amélioration de la situation uniquement en faveur de la neutralité ;
- **pour les MG**, une augmentation des réponses « très positives » (+27,3%) et « positives » (+17,5%), aux dépens des réponses « négatives » (-29,4%) et « neutres » (-15,4%) ; cela témoigne d'une amélioration de la situation ;
- **pour les pharmaciens**, il y a une majoration des réponses « très positives » (+20%), aux dépens des réponses « négatives » (-8,6%), « neutres » (-8,6%) et « positives » (-2,9%) ; cela témoigne d'une amélioration de la situation ;
- **pour les biologistes médicaux**, une augmentation des réponses « négatives » (+50%), aux dépens des réponses « positives » (-50%) ; cela témoigne d'une altération de la situation ;

- **pour la pédicure-podologue**, une augmentation des réponses « neutres » (+100%) aux dépens des réponses « positives » (-100%) ; cela témoigne d'une altération de la situation qui se fait uniquement en faveur de la neutralité.

**La stratification par profession montre une division des avis en deux groupes.**

D'un côté, les **biologistes médicaux et la pédicure-podologue** pour lesquels il y a une **altération de la situation**. De l'autre, les **IDE, les MKDE, les MG et les pharmaciens** pour lesquels il y a une **amélioration de la situation**. Il faut noter que les variations des MKDE et de la pédicure-podologue se font uniquement en faveur de la neutralité.

**La stratification selon la fréquence d'utilisation** nous permet d'observer que l'usage de l'outil entraîne :

- **pour une UMUM**, une augmentation des réponses « positives » (+22,4%) et « très positives » (+8,6%), aux dépens des réponses « négatives » (-29,3%) et « très négatives » (-1,7%). **Si nous comparons ces chiffres aux résultats non stratifiés**, nous n'observons pas de variation pour les réponses « très négatives », une variation pour les réponses « négatives » de -5,7%, pour les « neutres » de -17,5%, pour les « positives » de +21,1% et pour les « très positives » de +2% ; ce niveau de stratification montre une amélioration de la situation liée à une augmentation du taux et de l'intensité des réponses globalement positives ;
- **pour une UMUS**, une augmentation des réponses « positives » (+20,9%), « très positives » (+12,6%) et « neutres » (+0,5%), aux dépens des réponses « négatives » (-32,3%) et « très négatives » (-1,7%). **Si nous comparons ces chiffres aux résultats non stratifiés**, nous n'observons pas de variation pour les réponses « très négatives », une variation pour les « négatives » de -8,6%, pour les « neutres » de -17%, pour les « positives » de +19,6% et pour les « très



positives » de +6% ; ce niveau de stratification montre une amélioration de la situation liée à une augmentation du taux et de l'intensité des réponses globalement positives, cette amélioration est légèrement plus marquée que pour l'UMUM.

**La stratification selon la fréquence d'utilisation montre pour une UMUM une majorité absolue de réponses globalement positives (69%, soit une augmentation de 31%) avec environ un cinquième de réponses globalement négatives (17,2%, soit une diminution de 31%). Pour une UMUS, elle met en avant une majorité absolue de réponses globalement positives (71,4%, soit une augmentation de 33,5%) et moins d'un sixième de réponses globalement négative (14,3%, soit une diminution de 34%). Cette stratification montre donc une amélioration en lien avec la fréquence d'utilisation et qui est liée à l'augmentation du taux et de l'intensité des réponses globalement positives.**

**Pour conclure cette sous-partie sur l'exhaustivité des informations concernant le patient, l'outil numérique améliore la situation sur les résultats généraux. La stratification par profession montre que les avis sont partagés entre amélioration et dégradation. La stratification selon la fréquence d'utilisation montre une amélioration en lien avec la fréquence d'utilisation.**

#### **3.3.5.2.2. Fiabilité et exactitude**

À propos de la fiabilité et de l'exactitude des informations concernant les patients, avant usage de l'outil 1,7% (1) des professionnels en avait une évaluation « très négative », 24,1% (14) une évaluation « négative », 25,9% (15) une évaluation « neutre », 48,3% (28) une évaluation « positive » et aucun une évaluation « très positive ». Le mode associé à cette question est de 4, le minimum de 1, le 1<sup>er</sup> quartile de 2,25, la médiane de 3, le 3<sup>e</sup> quartile de 4 et le maximum de 4. En matière de

distribution, l'étendue est de 3, le rapport interquartile de 1,78 et le coefficient interquartile de 0,58.

**La stratification selon le type de profession** montre des évaluations qui comprennent :

- **pour les IDE**, 35% de réponses « négatives », 35% de « neutres » et 30% de « positives » ;
- **pour les MKDE**, 6,7% de réponses « très négatives », 20% de « négatives », 40% de « neutres » et 33,3% de « positives » ;
- **pour les MG**, 15,4% de réponses « négatives », 7,7% de « neutres » et 76,9% de « positives » ;
- **pour les pharmaciens**, 14,3% de réponses « négatives », 14,3% de « neutres » et 71,4% de « positives » ;
- **pour les biologistes médicaux**, 50% de réponses « négatives » et 50% de « positives » ;
- **pour la pédicure-podologue**, 100% de réponses « positives ».

**Avant l'étude, l'opinion des professionnels de santé sur la fiabilité et l'exactitude des informations des patients est plutôt positive avec une majorité relative de réponses globalement positive (48,3%) et environ un quart (25,9%) de réponses globalement négatives. La stratification par profession montre des divergences entre les différents professionnels et permet d'identifier quatre groupes :**

- les IDE pour lesquels il y a une majorité relative (35%) ex aequo de réponses globalement négatives et « neutres », avec des intensités positives et négatives identiques ;
- les biologistes médicaux pour lesquels il existe autant de réponses globalement positives que négatives (50%) et avec une même intensité ;

- les MKDE pour lesquels il y a une majorité relative d'avis « neutres » (40%) avec un taux de réponses globalement positives plus élevé (33,3%), mais moins intense que celui des réponses globalement négatives (26,7%) ;
- les MG, les pharmaciens et la pédicure-podologue pour lesquels il existe une majorité absolue de réponses globalement positives (variant de 71,4% à 100%) avec des réponses globalement négatives inférieures à un sixième (comprises entre 15,4% et 0%).

Après usage de l'outil, nous observons une augmentation des réponses « très positives » (+22,9%), aux dépens des réponses « négatives » (-11,6%), « positives » (-8,7%), « très négatives » (-1,7%) et « neutres » (-0,9%). Cela témoigne d'une amélioration de la situation. Le mode reste à 4, le minimum passe à 2 (augmente de 1 point), le 1<sup>er</sup> quartile à 3 (augmente de 0,75 point), la médiane à 4 (augmente de 1 point), le 3<sup>e</sup> quartile reste à 4 et le maximum passe à 5 (augmente de 1 point). En matière de distribution, l'étendue reste à 3, le rapport interquartile passe à 1,33 (baisse de 0,44 point) et le coefficient interquartile à 0,25 (baisse de 0,33 point) ; cela traduit une stabilité de la dispersion générale et une diminution de la dispersion pour les réponses proches de la médiane.

**Nous observons donc après usage de l'outil, une majorité absolue de réponses globalement positives (62,5%, soit une augmentation de 14,2%) et moins d'un septième de réponses globalement négatives (12,5%, soit une diminution de 13,4%). Cela témoigne d'une amélioration de la situation sur ce critère, elle est liée à une augmentation du taux et de l'intensité des réponses globalement positives.**

**La stratification selon le type de profession** nous permet d'observer que l'usage de l'outil entraîne :

- **pour les IDE**, une augmentation des réponses « positives » (+22,6%) et « très positives » (+15,8%), aux dépens des réponses « neutres » (-24,5%) et « négatives » (-13,9%) ; cela témoigne d'une amélioration de la situation ;
- **pour les MKDE**, une augmentation des réponses « neutres » (+20%) et « très positives » (+10%), aux dépens des réponses « positives » (-13,3%), « négatives » (-10%) et « très négatives » (-6,7%) ; cela témoigne d'une amélioration de la situation, qui se fait uniquement en faveur de la neutralité, avec tout de même une augmentation des intensités positives ;
- **pour les MG**, une augmentation des réponses « très positives » (+27,3%) et « neutres » (+10,5%), aux dépens des réponses « positives » (-22,4%) et « négatives » (-15,4%) ; cela témoigne d'une amélioration de la situation, qui se fait majoritairement en faveur de la neutralité, avec tout de même une augmentation des intensités positives ;
- **pour les pharmaciens**, il y a une majoration des réponses « très positives » (+60%) et « neutres » (+5,7%), aux dépens des réponses « positives » (-51,4%) et « négatives » (-14,3%) ; cela témoigne d'une amélioration de la situation ;
- **pour les biologistes médicaux**, une augmentation des réponses « très positives » (+50%), aux dépens des réponses « positives » (-50%) ; cela témoigne d'une amélioration de la situation ;
- **pour la pédicure-podologue**, une augmentation des réponses « neutres » (+100%) aux dépens des réponses « positives » (-100%) ; cela témoigne d'une altération de la situation qui se fait uniquement en faveur de la neutralité.

**La stratification par profession montre une division des avis en deux groupes.**

**D'un côté, la pédicure-podologue pour laquelle il y a une altération de la situation. De l'autre, les IDE, MKDE, MG, les pharmaciens et les biologistes médicaux pour lesquels il y a une amélioration de la situation. Il faut noter que**

les variations des MKDE, des MG et de la pédicure-podologue se font majoritairement, voire uniquement, en faveur de la neutralité. Enfin, l'amélioration des biologistes médicaux se fait uniquement sur l'intensité des réponses globalement positives et pas sur leur taux.

La stratification selon la fréquence d'utilisation nous permet d'observer que l'usage de l'outil entraîne :

- **pour une UMUM**, une augmentation des réponses « très positives » (+27,6%) et « positives » (+3,4%), aux dépens des réponses « neutres » (-19%), « négatives » (-10,3%) et « très négatives » (-1,7%). **Si nous comparons ces chiffres aux résultats non stratifiés**, nous n'observons pas de variation pour les réponses « très négatives », une variation pour les réponses « négatives » de -1,3%, pour les « neutres » de -18,1%, pour les « positives » de +12,1% et pour les « très positives » de +4,7% ; ce niveau de stratification montre une amélioration de la situation liée à une augmentation du taux et de l'intensité des réponses globalement positives ;
- **pour une UMUS**, une augmentation des réponses « très positives » (+21,4%) et « positives » (+16%), aux dépens des réponses « neutres » (-25,9%), « négatives » (-9,9%) et « très négatives » (-1,7%). **Si nous comparons ces chiffres aux résultats non stratifiés**, nous n'observons pas de variation pour les réponses « très négatives », une variation pour les réponses « négatives » de +1,8%, pour les « neutres » de -25%, pour les « positives » de +24,7% et pour les « très positives » de -1,5% ; ce niveau de stratification montre une amélioration de la situation liée à une augmentation du taux et de l'intensité des réponses globalement positives. Les variations de taux et d'intensité ne permettent cependant pas de conclure si cette amélioration est supérieure à

celle de l'UMUM. Cette difficulté peut notamment s'expliquer par le degré de satisfaction déjà très élevé atteint dans l'UMUM.

**La stratification selon la fréquence d'utilisation montre pour une UMUM une majorité absolue de réponses globalement positives (79,3%, soit une augmentation de 31%) avec moins d'un sixième de réponses globalement négatives (13,8%, soit une diminution de 12,1%). Pour une UMUS, il y a une majorité absolue de réponses globalement positives (85,7%, soit une augmentation de 37,4%) et moins d'un sixième de réponses globalement négative (14,3%, soit une diminution de 11,6%). Cette stratification montre donc une amélioration très marquée dans les deux cas, avec peu de différences ensuite entre UMUM et UMUS.**

**Pour conclure cette sous-partie sur la fiabilité et l'exactitude des informations concernant les patients, l'outil numérique améliore la situation sur les résultats généraux. La stratification par profession montre que les avis sont partagés entre amélioration et dégradation. La stratification par fréquence d'utilisation montre une amélioration marquée quelle que soit la fréquence.**

#### **3.3.5.2.3. Sécurisation**

À propos de **la sécurisation de l'accès aux informations concernant les patients**, avant usage de l'outil 8,6% (5) des professionnels en avaient une évaluation « très négative », 39,7% (23) une évaluation « négative », 24,1% (14) une évaluation « neutre », 24,1% (14) une évaluation « positive » et 3,4% (2) une évaluation « très positive ». Le mode associé à cette question est de 2, le minimum de 1, le 1<sup>er</sup> quartile de 2, la médiane de 3, le 3<sup>e</sup> quartile de 4 et le maximum de 4. En matière de distribution, l'étendue est de 3, le rapport interquartile de 2 et le coefficient interquartile de 0,67.

**La stratification selon le type de profession** montre des évaluations qui comprennent :

- **pour les IDE**, 15% de réponses « très négatives », 35% de « négatives », 30% de « neutres » et 20% de « positives » ;
- **pour les MKDE**, 6,7% de réponses « très négatives », 20% de « négatives », 26,7% de « neutres » et 46,7% de « positives » ;
- **pour les MG**, 61,5% de réponses « négatives », 15,4% de « neutres » et 23,1% de « positives » ;
- **pour les pharmaciens**, 14,3% de réponses « très négatives », 71,4% de « négatives » et 14,3% de « neutres » ;
- **pour les biologistes médicaux**, 100% de réponses « très positives » ;
- **pour la pédicure-podologue** 100% de réponses « neutres ».

**Avant l'étude, l'opinion des professionnels de santé sur la sécurisation de l'accès aux informations concernant les patients est plutôt négative avec une majorité relative de réponses globalement négatives (48,3%) et environ un quart (27,6%) de réponses globalement positives. La stratification par profession montre des divergences entre les différents professionnels et permet d'identifier cinq groupes :**

- **les MG et les pharmaciens pour lesquels il existe une majorité absolue de réponses globalement négatives (61,5% et 85,7% respectivement) avec des réponses globalement positives de 23,1% et 0% respectivement ;**
- **les IDE pour lesquels il y a une majorité relative (50%) de réponses globalement négatives avec un cinquième (20%) de réponses globalement positives ;**
- **la pédicure-podologue pour laquelle il y a 100% de réponses « neutres » ;**

- les MKDE pour lesquels il y a une majorité relative (46,7%) de réponses globalement positives avec un taux de réponses globalement négatives et « neutres » identique (26,7%) ;
- les biologistes médicaux pour lesquels il existe une majorité absolue (100%) de réponses globalement positives.

Après usage de l'outil, nous observons une augmentation des réponses « très positives » (+36,1%) et « neutres » (+2,9%), aux dépens des réponses « négatives » (-31,3%), « très négatives » (-4,5%) et « positives » (-3,3%). Cela témoigne d'une amélioration de la situation. Le mode passe à 5 (augmente de 3 points), le minimum reste à 1, le 1<sup>er</sup> quartile passe à 3 (augmente de 1 point), la médiane à 4 (augmente de 1 point), le 3<sup>e</sup> quartile à 5 (augmente de 1 point) et le maximum à 5 (augmente de 1 point). En matière de distribution, l'étendue passe à 4 (augmente de 1 point), le rapport interquartile passe à 1,67 (baisse de 0,33 point) et le coefficient interquartile à 0,50 (baisse de 0,17 point) ; cela traduit une augmentation de la dispersion générale et une diminution de la dispersion pour les réponses proches de la médiane.

**Nous observons donc après usage de l'outil, une majorité absolue de réponses globalement positives (60,4%, soit une augmentation de 32,8%) et moins d'un septième de réponses globalement négatives (12,5%, soit une diminution de 35,8%). Cela témoigne d'une amélioration de la situation sur ce critère ; elle est liée à une augmentation du taux et de l'intensité des réponses globalement positives.**

**La stratification selon le type de profession** nous permet d'observer que l'usage de l'outil entraîne :

- **pour les IDE**, une augmentation des réponses « très positives » (+42,1%) et « positives » (+16,8%), aux dépens des réponses « négatives » (-29,7%), «



très négatives » (-15%) et « neutres » (-14,2%) ; cela témoigne d'une amélioration de la situation ;

- **pour les MKDE**, une augmentation des réponses « neutres » (+33,3%), aux dépens des réponses « positives » (-26,7%) et « très négatives » (-6,7%) ; cela témoigne d'une dégradation de la situation qui se fait uniquement en faveur de la neutralité ;
- **pour les MG**, une augmentation des réponses « très positives » (+72,7%) et « neutres » (+11,9%), aux dépens des réponses « négatives » (-61,5%) et « positives » (-23,1%) ; cela témoigne d'une amélioration de la situation ;
- **pour les pharmaciens**, il y a une majoration des réponses « très positives » (+60%), « positives » (+20%) et « très négatives » (+5,7%), aux dépens des réponses « négatives » (-71,4%) et « neutres » (-14,3%) ; cela témoigne d'une amélioration de la situation ;
- **pour les biologistes médicaux**, une augmentation des réponses « très négatives » (+50%) et « négatives » (+50%), aux dépens des réponses « très positives » (-100%) ; cela témoigne d'une dégradation de la situation ;
- **pour la pédicure-podologue**, il n'y a pas de variation.

**La stratification par profession montre une division des avis en trois groupes.**

**D'un côté, les MKDE et les biologistes médicaux pour lesquels il y a une dégradation de la situation. Il faut noter que pour les MKDE cette dégradation tend vers la neutralité, alors que pour les biologistes médicaux elle est globalement négative. De l'autre la pédicure-podologue pour laquelle il n'y a pas de variation. Et enfin les IDE, MG et pharmaciens pour lesquels il y a une amélioration de la situation.**

**La stratification selon la fréquence d'utilisation** nous permet d'observer que l'usage de l'outil entraîne :

- **pour une UMUM**, une augmentation des réponses « très positives » (+58,6%) et « positives » (+6,9%), aux dépens des réponses « négatives » (-39,7%), « neutres » (-17,2%) et « très négatives » (-8,6%). **Si nous comparons ces chiffres aux résultats non stratifiés**, nous observons une variation pour les réponses « très négatives » de -4,2%, pour les « négatives » de -8,3%, pour les « neutres » de -20,2%, pour les « positives » de +10,2% et pour les « très positives » de +22,5% ; ce niveau de stratification montre une amélioration de la situation liée à une augmentation du taux et de l'intensité des réponses globalement positives ;
- **pour une UMUS**, une augmentation des réponses « très positives » (+60,8%) et « positives » (+4,4%), aux dépens des réponses « négatives » (-39,7%), « neutres » (-17%) et « très négatives » (-8,6%). **Si nous comparons ces chiffres aux résultats non stratifiés**, nous observons une variation pour les réponses « très négatives » de -4,2%, pour les « négatives » de -8,3%, pour les « neutres » de -19,9%, pour les « positives » de +7,7% et pour les « très positives » de +24,7% ; ce niveau de stratification montre une amélioration de la situation liée à une augmentation du taux et de l'intensité des réponses globalement positives. Cette amélioration est légèrement plus marquée pour l'UMUS que pour l'UMUM, probablement en raison du niveau de satisfaction sur ce critère déjà très élevé dans l'UMUM.

**La stratification selon la fréquence d'utilisation montre, pour une UMUM, une majorité absolue de réponses globalement positives (93,1%, soit une augmentation de 65,5%) avec aucune réponse globalement négative (0%, soit une diminution de 48,3%). Pour une UMUS, elle met en avant une majorité absolue de réponses globalement positives (92,9%, soit une augmentation de 65,3%) avec aucune réponse globalement négative (0%, soit une diminution de**

**48,3%**). Cette stratification montre donc **une amélioration qui est proche du maximum dès l'UMUM**, liée à l'augmentation du taux et de l'intensité des réponses globalement positives.

**Pour conclure cette sous-partie sur la sécurisation de l'accès aux informations concernant les patients, l'outil numérique améliore la situation sur les résultats généraux. La stratification par profession montre que les avis sont partagés entre amélioration, dégradation et absence de variation. La stratification par fréquence d'utilisation montre une satisfaction quasi totale dans les deux cas.**

### **3.3.5.3. Évaluation moyenne de cette partie**

**En moyenne l'évaluation des informations concernant les patients**, avant usage de l'outil montre que 4% des professionnels en avaient une évaluation « très négative », 36,8% une « évaluation négative », 21,3% une évaluation « neutre », 36,2% une évaluation « positive » et 1,7% une évaluation « très positive ».

**La stratification selon le type de profession** montre des évaluations qui comprennent :

- **pour les IDE**, 5% de réponses « très négatives », 41,7% de « négatives », 26,7% de « neutres » et 26,7% de « positives » ;
- **pour les MKDE**, 6,7% de réponses « très négatives », 31,1% de « négatives », 24,4% de « neutres », 35,6% de « positives » et 2,2% de « très positives » ;
- **pour les MG**, 38,5% de réponses « négatives », 12,8% de « neutres » et 48,7% de « positives » ;
- **pour les pharmaciens**, 4,8% de réponses « très négatives », 38,1% de « négatives », 19% de « neutres » et 38,1% de « positives » ;
- **pour les biologistes médicaux**, 33% de réponses « négatives », 33% de « positives » et 33% de « très positives » ;

- pour la pédicure-podologue 33% de réponses « neutres » et 66,7% de « positives ».

**Avant l'étude, l'opinion des professionnels de santé sur les informations concernant les patients de manière générale est plutôt négative avec une majorité relative de réponses globalement négatives (40,8%) très proche des réponses globalement positives (37,9%), ces dernières étant cependant d'intensité moindre. La stratification par profession montre des divergences entre les différents professionnels et permet d'identifier quatre groupes :**

- les IDE et les pharmaciens pour lesquels il y a une majorité relative de réponses globalement négatives (46,7% et 42,9% respectivement) avec un taux de réponses globalement positives de 26,7% et 38,1% respectivement ;
- les MKDE pour lesquels le taux de réponses globalement négatives est identique à celui des réponses globalement positives (37,8%), mais avec des intensités négatives plus importantes ;
- les MG pour lesquels il y a une majorité relative (48,7%) de réponses globalement positives avec 38,5% de réponses globalement négatives ;
- les biologistes médicaux et la pédicure-podologue pour lesquels il existe une majorité absolue de réponses globalement positives (66,7% pour les deux professions) avec un taux de réponses globalement négatives respectivement de 33,3% et 0%.

Après usage de l'outil, nous observons une augmentation des réponses « très positives » (+21,9%) et « neutres » (+6,5%), aux dépens des réponses « négatives » (-22,2%), « positives » (-3,6%) et « très négatives » (-2,6%).

Nous observons donc après usage de l'outil, une majorité absolue de réponses globalement positives (56,3%, soit une augmentation de 18,3%) et moins d'un

sixième de réponses globalement négatives (16%, soit une diminution de 24,8%).  
Cela témoigne d'une amélioration de la situation sur ce critère ; elle est liée à une augmentation du taux et de l'intensité des réponses globalement positives.

La stratification selon le type de profession nous permet d'observer que l'usage de l'outil entraîne :

- **pour les IDE**, une augmentation des réponses « très positives » (+19,3%) et « positives » (+17,2%), aux dépens des réponses « négatives » (-24,1%), « neutres » (-7,4%) et « très négatives » (-5%) ; cela témoigne d'une amélioration de la situation ;
- **pour les MKDE**, une augmentation des réponses « neutres » (+38,9%) et « très positives » (+1,1%), aux dépens des réponses « positives » (-18,9%), « négatives » (-14,4%) et « très négatives » (-6,7%) ; cela témoigne d'une amélioration de la situation qui se fait uniquement en faveur de la neutralité ;
- **pour les MG**, une augmentation des réponses « très positives » (+42,4%) et « neutres » (+2,3%), aux dépens des réponses « négatives » (-35,4%) et « positives » (-9,3%) ; cela témoigne d'une amélioration de la situation ;
- **pour les pharmaciens**, il y a une majoration des réponses « très positives » (+46,7%) et « très négatives » (+1,9%), aux dépens des réponses « négatives » (-31,4%), « positives » (-11,4%) et « neutres » (-5,7%) ; cela témoigne d'une amélioration de la situation ;
- **pour les biologistes médicaux**, une augmentation des réponses « négatives » (+33,3%) et « très négatives » (+16,7%), aux dépens des réponses « positives » (-33,3%) et « très positives » (-16,7%) ; cela témoigne d'une dégradation de la situation ;

- **pour la pédicure-podologue** une augmentation des réponses « neutres » (+66,7%), aux dépens des réponses « positives » (-66,7%) ; cela témoigne d'une dégradation de la situation uniquement en faveur de la neutralité.

**La stratification par profession montre une division des avis en deux groupes.**

**D'un côté, les biologistes médicaux et la pédicure-podologue pour lesquels il y a une dégradation de la situation. De l'autre les IDE, MKDE, MG et pharmaciens pour lesquels il y a une amélioration de la situation. Il faut noter que pour les MKDE et la pédicure-podologue ces variations se font uniquement en faveur de la neutralité.**

**La stratification selon la fréquence d'utilisation** nous permet d'observer que l'usage de l'outil entraîne :

- **pour une UMUM**, une augmentation des réponses « très positives » (+31,6%) et « positives » (+10,9%), aux dépens des réponses « négatives » (-26,4%), « neutres » (-12,1%) et « très négatives » (-4%). **Si nous comparons ces chiffres aux résultats non stratifiés**, nous observons une variation pour les réponses « très négatives » de -1,4%, pour les « négatives » de -4,2%, pour les « neutres » de -18,6%, pour les « positives » de +14,5% et pour les « très positives » de +9,7% ; ce niveau de stratification montre une amélioration de la situation liée à une augmentation du taux et de l'intensité des réponses globalement positives ;
- **pour une UMUS**, une augmentation des réponses « très positives » (+31,6%) et « positives » (+13,8%), aux dépens des réponses « négatives » (-27,3%), « neutres » (-14,1%) et « très négatives » (-4%). **Si nous comparons ces chiffres aux résultats non stratifiés**, nous observons une variation pour les réponses « très négatives » de -1,4%, pour les « négatives » de -5,1%, pour les « neutres » de -20,6%, pour les « positives » de +17,4% et pour les « très

positives » de +9,7%, ce niveau de stratification montre une amélioration de la situation liée à une augmentation du taux et de l'intensité des réponses globalement positives. Cette amélioration est légèrement plus marquée pour l'UMUS que pour l'UMUM, probablement en raison du niveau de satisfaction déjà très élevé dans l'UMUM.

**La stratification selon la fréquence d'utilisation montre pour une UMUM une majorité absolue de réponses globalement positives (80,5%, soit une augmentation de 42,5%) avec environ un dixième de réponses globalement négatives (10,3%, soit une diminution de 30,5%). Pour une UMUS, il y a une majorité absolue de réponses globalement positives (83,3%, soit une augmentation de 45,4%) avec environ un dixième de réponses globalement négatives (9,5%, soit une diminution de 31,3%). Cette stratification montre donc une amélioration, qui semble plafonnée; elle est liée à l'augmentation du taux et de l'intensité des réponses globalement positives. Le plafonnement est probablement dû au niveau de satisfaction déjà très élevé obtenu dans l'UMUM.**

**Pour conclure cette partie sur les informations concernant les patients, l'outil numérique améliore la situation sur les résultats généraux. La stratification par profession montre que les avis sont partagés entre amélioration et dégradation. La stratification par fréquence d'utilisation montre une amélioration, toutefois plafonnée.**

**Tableau 29 : Les informations concernant les patients : résultats généraux et stratifiés par la fréquence d'utilisation (partie, versions simplifiée)**

LES INFORMATIONS CONCERNANT LES PATIENTS (PARTIE) : RÉSULTATS GÉNÉRAUX ET STRATIFIÉS PAR FRÉQUENCE D'UTILISATION (VERSION SIMPLIFIÉE)												
	Réponse globalement négative				Neutre				Réponse globalement positive			
	AVANT (58)	APRÈS (48)	>= 1 /MOIS (29)	>= 1 /SEM (14)	AVANT (58)	APRÈS (48)	>= 1 /MOIS (29)	>= 1 /SEM (14)	AVANT (58)	APRÈS (48)	>= 1 /MOIS (29)	>= 1 /SEM (14)
% EFFECTIF INITIAL	100%	82,8%	50,0%	24,1%	100%	82,8%	50,0%	24,1%	100%	82,8%	50,0%	24,1%
<b>EXHAUSTIVITÉ</b>												
VA	28	11	5	2	8	15	4	2	22	22	20	10
% ET	48,3%	22,9%	17,2%	14,3%	13,8%	31,3%	13,8%	14,3%	37,9%	45,8%	69,0%	71,4%
Variation1	/	-25,4%	-31,0%	-34,0%	/	17,5%	0,0%	0,5%	/	7,9%	31,0%	33,5%
Variation2		/	-5,7%	-8,6%		/	-17,5%	-17,0%		/	23,1%	25,6%
<b>FIABILITÉ / EXACTITUDE</b>												
VA	15	6	4	2	15	12	2	0	28	30	23	12
% ET	25,9%	12,5%	13,8%	14,3%	25,9%	25,0%	6,9%	0,0%	48,3%	62,5%	79,3%	85,7%
Variation1	/	-13,4%	-12,1%	-11,6%	/	-0,9%	-19,0%	-25,9%	/	14,2%	31,0%	37,4%
Variation2		/	1,3%	1,8%		/	-18,1%	-25,0%		/	16,8%	23,2%
<b>SÉCURISATION DE L'ACCÈS</b>												
VA	28	6	0	0	14	13	2	1	16	29	27	13
% ET	48,3%	12,5%	0,0%	0,0%	24,1%	27,1%	6,9%	7,1%	27,6%	60,4%	93,1%	92,9%
Variation1	/	-35,8%	-48,3%	-48,3%	/	2,9%	-17,2%	-17,0%	/	32,8%	65,5%	65,3%
Variation2		/	-12,5%	-12,5%		/	-20,2%	-19,9%		/	32,7%	32,4%
<b>MOYENNE GÉNÉRALE</b>												
VA	23,67	7,667	3	1,333	12,33	13,33	2,667	1	22	27	23,33	11,67
%	40,8%	16,0%	10,3%	9,5%	21,3%	27,8%	9,2%	7,1%	37,9%	56,3%	80,5%	83,3%
Variation1	/	-24,8%	-30,5%	-31,3%	/	6,5%	-12,1%	-14,1%	/	18,3%	42,5%	45,4%
Variation2		/	-5,6%	-6,4%		/	-18,6%	-20,6%		/	24,2%	27,1%



**Tableau 30 : Exhaustivité des informations concernant les patients (sous-partie, version simplifiée)**

<b>EXHAUSTIVITÉ (SOUS-PARTIE) : RÉSULTATS GÉNÉRAUX ET STRATIFIÉS PAR PROFESSION (VERSION SIMPLIFIÉE)</b>						
	<b>Réponse globalement négative</b>		<b>Réponse neutre (3)</b>		<b>Réponse globalement positive</b>	
	<b>AVANT (58)</b>	<b>APRÈS (48)</b>	<b>AVANT (58)</b>	<b>APRÈS (48)</b>	<b>AVANT (58)</b>	<b>APRÈS (48)</b>
<b>Effectif total</b>						
<b>VA</b>	<b>28</b>	<b>11</b>	<b>8</b>	<b>15</b>	<b>22</b>	<b>22</b>
<b>% ET</b>	<b>48,3%</b>	<b>22,9%</b>	<b>13,8%</b>	<b>31,3%</b>	<b>37,9%</b>	<b>45,8%</b>
<b>Variation</b>	<b>/</b>	<b>-25,4%</b>	<b>/</b>	<b>17,5%</b>	<b>/</b>	<b>7,9%</b>
<b>IDE</b>						
<b>VA</b>	<b>11</b>	<b>5</b>	<b>3</b>	<b>6</b>	<b>6</b>	<b>8</b>
<b>% P</b>	<b>55,0%</b>	<b>26,3%</b>	<b>15,0%</b>	<b>31,6%</b>	<b>30,0%</b>	<b>42,1%</b>
<b>Variation</b>	<b>/</b>	<b>-28,7%</b>	<b>/</b>	<b>16,6%</b>	<b>/</b>	<b>12,1%</b>
<b>MKDE</b>						
<b>VA</b>	<b>9</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>7</b>	<b>5</b>	<b>1</b>
<b>% P</b>	<b>60,0%</b>	<b>20,0%</b>	<b>6,7%</b>	<b>70,0%</b>	<b>33,3%</b>	<b>10,0%</b>
<b>Variation</b>	<b>/</b>	<b>-40,0%</b>	<b>/</b>	<b>63,3%</b>	<b>/</b>	<b>-23,3%</b>
<b>MG</b>						
<b>VA</b>	<b>5</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>6</b>	<b>10</b>
<b>% P</b>	<b>38,5%</b>	<b>9,1%</b>	<b>15,4%</b>	<b>0,0%</b>	<b>46,2%</b>	<b>90,9%</b>
<b>Variation</b>	<b>/</b>	<b>-29,4%</b>	<b>/</b>	<b>-15,4%</b>	<b>/</b>	<b>44,8%</b>
<b>Pharmaciens</b>						
<b>VA</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>3</b>
<b>% P</b>	<b>28,6%</b>	<b>20,0%</b>	<b>28,6%</b>	<b>20,0%</b>	<b>42,9%</b>	<b>60,0%</b>
<b>Variation</b>	<b>/</b>	<b>-8,6%</b>	<b>/</b>	<b>-8,6%</b>	<b>/</b>	<b>17,1%</b>
<b>Biologistes médicaux</b>						
<b>VA</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>
<b>% P</b>	<b>50,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>0,0%</b>	<b>0,0%</b>	<b>50,0%</b>	<b>0,0%</b>
<b>Variation</b>	<b>/</b>	<b>50,0%</b>	<b>/</b>	<b>0,0%</b>	<b>/</b>	<b>-50,0%</b>
<b>Pédicure-podologue</b>						
<b>VA</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0</b>
<b>% P</b>	<b>0,0%</b>	<b>0,0%</b>	<b>0,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>0,0%</b>
<b>Variation</b>	<b>/</b>	<b>0,0%</b>	<b>/</b>	<b>100,0%</b>	<b>/</b>	<b>-100,0%</b>

**Tableau 31 : Fiabilité/exactitude des informations concernant les patients  
(sous-partie, version simplifiée)**

<b>FIABILITÉ / EXACTITUDE (SOUS-PARTIE) : RÉSULTATS GÉNÉRAUX ET STRATIFIÉS PAR PROFESSION (VERSION SIMPLIFIÉE)</b>						
	<b>Réponse globalement négative</b>		<b>Réponse neutre (3)</b>		<b>Réponse globalement positive</b>	
	<b>AVANT (58)</b>	<b>APRÈS (48)</b>	<b>AVANT (58)</b>	<b>APRÈS (48)</b>	<b>AVANT (58)</b>	<b>APRÈS (48)</b>
<b>Effectif total</b>						
<b>VA</b>	15	6	15	12	28	30
<b>% ET</b>	25,9%	12,5%	25,9%	25,0%	48,3%	62,5%
<b>Variation</b>	/	-13,4%	/	-0,9%	/	14,2%
<b>IDE</b>						
<b>VA</b>	7	4	7	2	6	13
<b>% P</b>	35,0%	21,1%	35,0%	10,5%	30,0%	68,4%
<b>Variation</b>	/	-13,9%	/	-24,5%	/	38,4%
<b>MKDE</b>						
<b>VA</b>	4	1	6	6	5	3
<b>% P</b>	26,7%	10,0%	40,0%	60,0%	33,3%	30,0%
<b>Variation</b>	/	-16,7%	/	20,0%	/	-3,3%
<b>MG</b>						
<b>VA</b>	2	0	1	2	10	9
<b>% P</b>	15,4%	0,0%	7,7%	18,2%	76,9%	81,8%
<b>Variation</b>	/	-15,4%	/	10,5%	/	4,9%
<b>Pharmaciens</b>						
<b>VA</b>	1	0	1	1	5	4
<b>% P</b>	14,3%	0,0%	14,3%	20,0%	71,4%	80,0%
<b>Variation</b>	/	-14,3%	/	5,7%	/	8,6%
<b>Biologistes médicaux</b>						
<b>VA</b>	1	1	0	0	1	1
<b>% P</b>	50,0%	50,0%	0,0%	0,0%	50,0%	50,0%
<b>Variation</b>	/	0,0%	/	0,0%	/	0,0%
<b>Pédicure-podologue</b>						
<b>VA</b>	0	0	0	1	1	0
<b>% P</b>	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%
<b>Variation</b>	/	0,0%	/	100,0%	/	-100,0%

**Tableau 32 : Sécurisation de l'accès aux informations concernant les patients  
(sous-partie, version simplifiée)**

<b>SÉCURISATION DE L'ACCÈS (SOUS-PARTIE) : RÉSULTATS GÉNÉRAUX ET STRATIFIÉS PAR PROFESSION (VERSION SIMPLIFIÉE)</b>						
	Réponse globalement négative		Réponse neutre (3)		Réponse globalement positive	
	AVANT (58)	APRÈS (48)	AVANT (58)	APRÈS (48)	AVANT (58)	APRÈS (48)
<b>Effectif total</b>						
VA	28	6	14	13	16	29
% ET	48,3%	12,5%	24,1%	27,1%	27,6%	60,4%
Variation	/	-35,8%	/	2,9%	/	32,8%
<b>IDE</b>						
VA	10	1	6	3	4	15
% P	50,0%	5,3%	30,0%	15,8%	20,0%	78,9%
Variation	/	-44,7%	/	-14,2%	/	58,9%
<b>MKDE</b>						
VA	4	2	4	6	7	2
% P	26,7%	20,0%	26,7%	60,0%	46,7%	20,0%
Variation	/	-6,7%	/	33,3%	/	-26,7%
<b>MG</b>						
VA	8	0	2	3	3	8
% P	61,5%	0,0%	15,4%	27,3%	23,1%	72,7%
Variation	/	-61,5%	/	11,9%	/	49,7%
<b>Pharmaciens</b>						
VA	6	1	1	0	0	4
% P	85,7%	20,0%	14,3%	0,0%	0,0%	80,0%
Variation	/	-65,7%	/	-14,3%	/	80,0%
<b>Biologistes médicaux</b>						
VA	0	2	0	0	2	0
% P	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%
Variation	/	100,0%	/	0,0%	/	-100,0%
<b>Pédicure-podologue</b>						
VA	0	0	1	1	0	0
% P	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	0,0%
Variation	/	0,0%	/	0,0%	/	0,0%

**Tableau 33 : Les informations concernant les patients : moyenne générale et moyenne par profession (partie, versions simplifiée)**

<b>LES INFORMATIONS (PARTIE) : MOYENNE GÉNÉRALE ET MOYENNE PAR PROFESSION (VERSION SIMPLIFIÉE)</b>						
	<b>Réponse globalement négative</b>		<b>Réponse neutre (3)</b>		<b>Réponse globalement positive</b>	
	<b>AVANT (58)</b>	<b>APRÈS (48)</b>	<b>AVANT (58)</b>	<b>APRÈS (48)</b>	<b>AVANT (58)</b>	<b>APRÈS (48)</b>
<b>MOYENNE GÉNÉRALE</b>						
<b>VA</b>	<b>23,66667</b>	<b>7,66667</b>	<b>12,33333</b>	<b>13,33333</b>	<b>22</b>	<b>27</b>
<b>% ET</b>	<b>40,8%</b>	<b>16,0%</b>	<b>21,3%</b>	<b>27,8%</b>	<b>37,9%</b>	<b>56,3%</b>
<b>Variation</b>	<b>/</b>	<b>-24,8%</b>	<b>/</b>	<b>6,5%</b>	<b>/</b>	<b>18,3%</b>
<b>MOYENNE IDE</b>						
<b>VA</b>	<b>9,33333</b>	<b>3,33333</b>	<b>5,33333</b>	<b>3,66667</b>	<b>5,33333</b>	<b>12</b>
<b>% P</b>	<b>46,7%</b>	<b>17,5%</b>	<b>26,7%</b>	<b>19,3%</b>	<b>26,7%</b>	<b>63,2%</b>
<b>Variation</b>	<b>/</b>	<b>-29,1%</b>	<b>/</b>	<b>-7,4%</b>	<b>/</b>	<b>36,5%</b>
<b>MOYENNE MKDE</b>						
<b>VA</b>	<b>5,66667</b>	<b>1,66667</b>	<b>3,66667</b>	<b>6,33333</b>	<b>5,66667</b>	<b>2</b>
<b>% P</b>	<b>37,8%</b>	<b>16,7%</b>	<b>24,4%</b>	<b>63,3%</b>	<b>37,8%</b>	<b>20,0%</b>
<b>Variation</b>	<b>/</b>	<b>-21,1%</b>	<b>/</b>	<b>38,9%</b>	<b>/</b>	<b>-17,8%</b>
<b>MOYENNE MG</b>						
<b>VA</b>	<b>5</b>	<b>0,33333</b>	<b>1,66667</b>	<b>1,66667</b>	<b>6,33333</b>	<b>9</b>
<b>% P</b>	<b>38,5%</b>	<b>3,0%</b>	<b>12,8%</b>	<b>15,2%</b>	<b>48,7%</b>	<b>81,8%</b>
<b>Variation</b>	<b>/</b>	<b>-35,4%</b>	<b>/</b>	<b>2,3%</b>	<b>/</b>	<b>33,1%</b>
<b>MOYENNE Pharmaciens</b>						
<b>VA</b>	<b>3</b>	<b>0,66667</b>	<b>1,33333</b>	<b>0,66667</b>	<b>2,66667</b>	<b>3,66667</b>
<b>% P</b>	<b>42,9%</b>	<b>13,3%</b>	<b>19,0%</b>	<b>13,3%</b>	<b>38,1%</b>	<b>73,3%</b>
<b>Variation</b>	<b>/</b>	<b>-29,5%</b>	<b>/</b>	<b>-5,7%</b>	<b>/</b>	<b>35,2%</b>
<b>MOYENNE Biologistes médicaux</b>						
<b>VA</b>	<b>0,66667</b>	<b>1,66667</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1,33333</b>	<b>0,33333</b>
<b>% P</b>	<b>33,3%</b>	<b>83,3%</b>	<b>0,0%</b>	<b>0,0%</b>	<b>66,7%</b>	<b>16,7%</b>
<b>Variation</b>	<b>/</b>	<b>50,0%</b>	<b>/</b>	<b>0,0%</b>	<b>/</b>	<b>-50,0%</b>
<b>MOYENNE Pédicure-podologue</b>						
<b>VA</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0,33333</b>	<b>1</b>	<b>0,66667</b>	<b>0</b>
<b>% P</b>	<b>0,0%</b>	<b>0,0%</b>	<b>33,3%</b>	<b>100,0%</b>	<b>66,7%</b>	<b>0,0%</b>
<b>Variation</b>	<b>/</b>	<b>0,0%</b>	<b>/</b>	<b>66,7%</b>	<b>/</b>	<b>-66,7%</b>

Tableau 34 : Les informations concernant les patients (éléments statistiques)

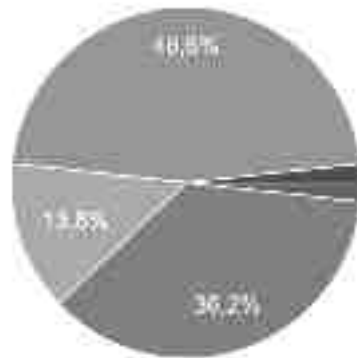
LES INFORMATIONS CONCERNANT LES PATIENTS		
	Avant (58)	Après (48)
% EFFECTIF INITIAL (58)	100%	82,8%
<b>EXHAUSTIVITE</b>		
MODE	2,00	4,00
MINIMUM	1,00	2,00
1er QUARTILE	2,00	3,00
MEDIANE	3,00	3,00
3e QUARTILE	4,00	4,00
MAXIMUM	5,00	5,00
Étendue	4,00	3,00
Rapport interquartile	2,00	1,33
Différence (après - avant)	/	-0,67
Coefficient interquartile	0,67	0,33
Différence (après - avant)	/	-0,33
<b>FIABILITE / EXACTITUDE</b>		
MODE	4,00	4,00
MINIMUM	1,00	2,00
1er QUARTILE	2,25	3,00
MEDIANE	3,00	4,00
3e QUARTILE	4,00	4,00
MAXIMUM	4,00	5,00
Étendue	3,00	3,00
Rapport interquartile	1,78	1,33
Différence (après - avant)	/	-0,44
Coefficient interquartile	0,58	0,25
Différence (après - avant)	/	-0,33
<b>SECURISATION DE L'ACCES</b>		
MODE	2,00	5,00
MINIMUM	1,00	1,00
1er QUARTILE	2,00	3,00
MEDIANE	3,00	4,00
3e QUARTILE	4,00	5,00
MAXIMUM	4,00	5,00
Étendue	3,00	4,00
Rapport interquartile	2,00	1,67
Différence (après - avant)	/	-0,33
Coefficient interquartile	0,67	0,50
Différence (après - avant)	/	-0,17

**Figure 26 : Exhaustivité des informations concernant les patients (Extrait de Google Forms)**

### AVANT

Comment qualifieriez-vous leur exhaustivité ?

58 réponses

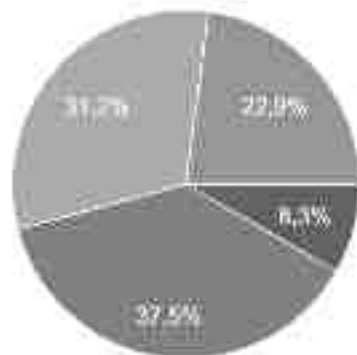


- Tout à fait satisfaisante
- Satisfaisante
- Ne se prononce pas
- Pas satisfaisante
- Pas du tout satisfaisante

### APRÈS

Comment qualifieriez-vous leur exhaustivité ?

48 réponses



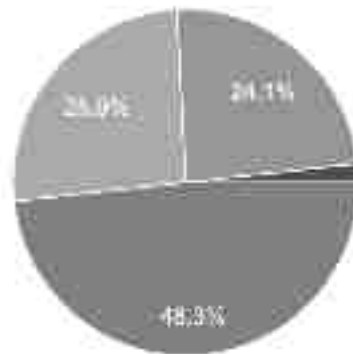
- Tout à fait satisfaisante
- Satisfaisante
- Ne se prononce pas
- Pas satisfaisante
- Pas du tout satisfaisante

**Figure 27 : Fiabilité/exactitude des informations concernant les patients  
(Extrait de Google Forms)**

### AVANT

Comment qualifieriez-vous leur fiabilité / exactitude ?

58 réponses :

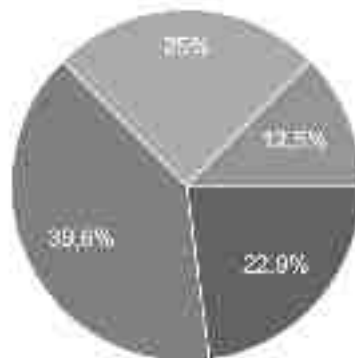


- Tout à fait satisfaisante
- Satisfaisante
- Ne se prononce pas
- Pas satisfaisante
- Pas du tout satisfaisante

### APRÈS

Comment qualifieriez-vous leur fiabilité / exactitude ?

48 réponses :



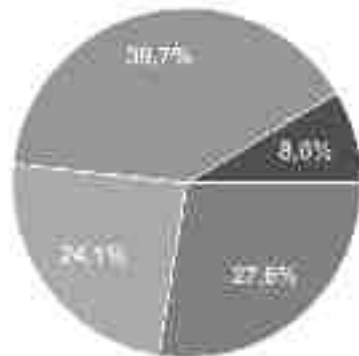
- Tout à fait satisfaisante
- Satisfaisante
- Ne se prononce pas
- Pas satisfaisante
- Pas du tout satisfaisante

**Figure 28 : Sécurisation de l'accès aux informations concernant les patients  
(Extrait de Google Forms)**

### AVANT

Dans quelle mesure l'accès à l'information est-il sécurisé ?

58 réponses

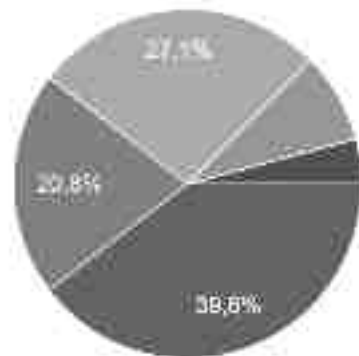


- Tout à fait satisfaisant
- Satisfaisant
- Ne se prononce pas
- Pas satisfaisant
- Pas du tout satisfaisant

### APRÈS

Dans quelle mesure l'accès à l'information est-il sécurisé ?

48 réponses



- Tout à fait satisfaisant
- Satisfaisant
- Ne se prononce pas
- Pas satisfaisant
- Pas du tout satisfaisant



### **3.3.6. Caractérisation des documents médicaux concernant les patients**

Pour rappel, les remarques d'introduction de la partie « 3.3.4. Caractérisation de la communication avec les autres professionnels de santé » s'appliquent également ici et ne seront pas reprises.

#### **3.3.6.1. Présentation des tableaux et diagrammes**

Le Tableau 35 montre le nombre de réponses de chaque niveau de l'échelle de Likert, en valeur absolue et en pourcentage des réponses de l'effectif, avant et après usage de l'outil numérique, ainsi que la stratification par fréquence d'utilisation, qui nous semble la plus pertinente. La ligne « variation 1 » correspond à la différence par rapport à la situation avant usage de l'outil. La ligne « variation 2 » correspond à la différence entre les résultats non stratifiés et ceux stratifiés selon la fréquence d'utilisation, ces deux résultats étant après usage de l'outil. Son équivalent non simplifié est présenté en Annexe 21.

Plusieurs tableaux (Tableau 36 et Tableau 37) montrent les mêmes éléments avec une stratification par profession. Leurs équivalents non simplifiés sont présentés en Annexe 22. Le Tableau 38 résume l'ensemble de ces données, son équivalent non simplifié est présenté en Annexe 23.

Le Tableau 39 présente les éléments statistiques obtenus (mode ...), avant et après usage de l'outil numérique, pour les groupes non stratifiés.

Plusieurs diagrammes circulaires (Figure 29 et Figure 30) permettent d'avoir une représentation imagée des résultats généraux (il n'y en a pas pour les résultats stratifiés).

### 3.3.6.2. Analyse descriptive des différents résultats de la partie « Les documents médicaux concernant les patients »

#### 3.3.6.2.1. Accès

À propos de l'accès aux documents médicaux des patients, avant usage de l'outil 6,9% (4) des professionnels en avaient une évaluation « très négative », 55,2% (32) une évaluation « négative », 13,8% (8) une évaluation « neutre », 22,4% (13) une évaluation « positive » et 1,7% (1) une évaluation « très positive ». Le mode associé à cette question est de 2, le minimum de 1, le 1<sup>er</sup> quartile de 2, la médiane de 2, le 3<sup>e</sup> quartile de 3 et le maximum de 5. En matière de distribution, l'étendue est de 4, le rapport interquartile de 1,50 et le coefficient interquartile de 0,50.

**La stratification selon le type de profession** montre des évaluations qui comprennent :

- **pour les IDE**, 70% de réponses « négatives », 15% de « neutres » et 15% de « positives » ;
- **pour les MKDE**, 13,3% de réponses « très négatives », 53,3% de « négatives », 6,7% de « neutres », 20% de « positives » et 6,7% de « très positives » ;
- **pour les MG**, 53,8% de réponses « négatives », 7,7% de « neutres » et 38,5% de « positives » ;
- **pour les pharmaciens**, 14,3% de réponses « très négatives », 28,6% de réponses « négatives », 28,6% de « neutres » et 28,6% de « positives » ;
- **pour les biologistes médicaux**, 50% de réponses « négatives » et 50% de « neutres » ;
- **pour la pédicure-podologue** 100% de réponses « très négatives ».

**Avant l'étude, l'opinion des professionnels de santé sur l'accès aux documents médicaux des patients est plutôt négative avec une majorité absolue de réponses globalement négatives (62,1%) avec environ un quart (24,1%) de réponses globalement positives. La stratification par profession montre que cet avis négatif est partagé par les différents professionnels et permet d'identifier deux groupes :**

- les IDE, MKDE, MG et la pédicure-podologue pour lesquels il existe une majorité absolue de réponses globalement négatives (variant entre 53,8% et 100%) avec un taux de réponses globalement positives variant entre 38,5% et 0% ;
- les pharmaciens et les biologistes médicaux pour lesquels il existe une majorité relative de réponses globalement négatives (42,9% et 50% respectivement) avec un taux de réponses globalement positives de 28,6% et 0% respectivement.

Après usage de l'outil, nous observons une augmentation des réponses « très négatives » (+11,9%), « neutres » (+9,1%), « positives » (+8,8%) et « très positives » (+2,4%), aux dépens des réponses « négatives » (-32,3%). Cela témoigne a priori d'une amélioration de la situation. Le mode passe à 4 (augmente de 2 points), le minimum reste à 1, le 1<sup>er</sup> quartile à 2, la médiane passe à 3 (augmente de 1 point), le 3<sup>e</sup> quartile à 4 (augmente de 1 point) et le maximum reste à 5. En matière de distribution, l'étendue reste à 4, le rapport interquartile passe à 2 (augmente de 0,50 point) et le coefficient interquartile à 0,67 (augmente de 0,17 point) ; cela traduit une stabilité de la dispersion générale, avec une augmentation de la dispersion pour les réponses proches de la médiane.

**Nous observons donc après usage de l'outil, une majorité relative de réponses globalement négatives (41,7%, soit une diminution de 20,4%) et près d'un tiers**

de réponses globalement positives (35,4%, soit une augmentation de 11,3%). Cela témoigne a priori d'une amélioration de la situation sur ce critère, elle est liée à une augmentation du taux de réponses globalement positives et cela bien que l'intensité des réponses négatives ait augmenté.

La stratification selon le type de profession nous permet d'observer que l'usage de l'outil entraîne :

- **pour les IDE**, une augmentation des réponses « positives » (+27,1%), « très négatives » (+10,5%), « neutres » (+6,1%) et « très positives » (+5,3%), aux dépens des réponses « négatives » (-48,9%) ; cela témoigne d'une amélioration de la situation ;
- **pour les MKDE**, une augmentation des réponses « neutres » (+53,3%), aux dépens des réponses « négatives » (-33,3%), « très négatives » (-13,3%) et « très positives » (-6,7%) ; cela témoigne d'une amélioration de la situation uniquement en faveur de la neutralité ;
- **pour les MG**, une augmentation des réponses « très négatives » (+36,4%), « très positives » (+9,1%) et « neutres » (+1,4%), aux dépens des réponses « négatives » (-35,7%) et « positives » (-11,2%) ; cela témoigne d'une altération de la situation, notamment en raison de l'intensité des réponses globalement négatives ;
- **pour les pharmaciens**, il y a une augmentation des réponses « très négatives » (+25,7%) et « négatives » (+11,4%), aux dépens des réponses « neutres » (-28,6%) et « positives » (-8,6%) ; cela témoigne d'une dégradation de la situation ;
- **pour les biologistes médicaux**, une augmentation des réponses « positives » (+50%), aux dépens des réponses « neutres » (-50%) ; cela témoigne d'une amélioration de la situation ;

- pour la pédicure-podologue, il n'y a pas de variation.

**La stratification par profession montre une division des avis en trois groupes.**

D'un côté, les MG et les pharmaciens pour lesquels il y a une altération de la situation. De l'autre, la pédicure-podologue pour laquelle il n'y a pas de variation.

Et enfin les IDE, MKDE et les biologistes médicaux pour lesquels il y a une amélioration de la situation. Il faut noter que l'amélioration des MKDE se fait uniquement en faveur de la neutralité.

La stratification selon la fréquence d'utilisation nous permet d'observer que l'usage de l'outil entraîne :

- pour une **UMUM**, une augmentation des réponses « positives » (+22,4%), « très négatives » (+17,2%) et « très positives » (+1,7%), aux dépens des réponses « négatives » (-34,5%) et « neutres » (-6,9%). **Si nous comparons ces chiffres aux résultats non stratifiés**, nous observons une variation pour les réponses « très négatives » de +5,4%, pour les réponses « négatives » de -2,2%, pour les « neutres » de -16%, pour les « positives » de +13,6% et pour les « très positives » de -0,7% ; ce niveau de stratification montre une amélioration de la situation liée à une augmentation du taux des réponses globalement positives ;
- pour une **UMUS**, une augmentation des réponses « positives » (+34,7%), « très positives » (+5,4%), « neutres » (+0,5%) et « très négatives » (+0,2%), aux dépens des réponses « négatives » (-40,9%). **Si nous comparons ces chiffres aux résultats non stratifiés**, nous observons une variation pour les réponses « très négatives » de -11,6%, pour les « négatives » de -8,6%, pour les « neutres » de -8,6%, pour les « positives » de +25,9% et pour les « très positives » de +3% ; ce niveau de stratification montre une amélioration de la

situation liée à une augmentation du taux et de l'intensité des réponses globalement positives, cette amélioration est plus marquée que pour l'UMUM.

**La stratification selon la fréquence d'utilisation montre pour une UMUM une majorité relative de réponses globalement positives (48,3%, soit une augmentation de 24,1%) avec un taux de réponses globalement négatives proche (44,8%, soit une diminution de 17,2%). Pour une UMUS, elle met en avant une majorité absolue de réponses globalement positives (64,3%, soit une augmentation de 40,1%) et environ un cinquième de réponses globalement négatives (21,4%, soit une diminution de 40,6%). Cette stratification montre donc une amélioration en lien avec la fréquence d'utilisation, liée à l'augmentation du taux et de l'intensité (pour l'UMUS) des réponses globalement positives.**

**Pour conclure cette sous-partie sur l'accès aux documents médicaux des patients, l'outil numérique améliore la situation sur les résultats généraux. La stratification par profession montre que les avis sont partagés entre amélioration, dégradation et absence de variation. La stratification par fréquence d'utilisation montre une amélioration en lien avec la fréquence d'utilisation.**

#### **3.3.6.2.2. Échange**

Concernant **l'échange de documents médicaux des patients**, avant usage de l'outil, aucun professionnel n'en avait une évaluation « très négative », 32,8% (19) en avaient une évaluation « négative », 20,7% (12) une évaluation « neutre », 46,6% (27) une évaluation « positive » et aucun une évaluation « très positive ». Le mode associé à cette question est de 4, le minimum de 2, le 1<sup>er</sup> quartile de 2, la médiane de 3, le 3<sup>e</sup> quartile de 4 et le maximum de 4. En matière de distribution, l'étendue est de 2, le rapport interquartile de 2, et le coefficient interquartile de 0,67.

**La stratification selon le type de profession** montre des évaluations qui comprennent :

- **pour les IDE**, 45% de réponses « négatives », 30% de « neutres » et 25% de « positives » ;
- **pour les MKDE**, 33,3% de réponses « négatives », 13,3% de « neutres » et 53,3% de « positives » ;
- **pour les MG**, 38,5% de réponses « négatives », 15,4% de « neutres » et 46,2% de « positives » ;
- **pour les pharmaciens**, 100% de réponses « positives » ;
- **pour les biologistes médicaux**, 50% de réponses « neutres » et 50% de « positives » ;
- **pour la pédicure-podologue** 100% de réponses « neutres ».

**Avant l'étude, l'opinion des professionnels de santé sur l'échange de documents médicaux des patients est positive, avec une majorité relative de réponses globalement positives (46,6%) et près d'un tiers de réponses globalement négatives (32,8%). La stratification par profession montre des divergences parmi les professionnels et permet d'identifier quatre groupes :**

- les IDE avec une majorité relative (45%) de réponses globalement négatives et un quart (25%) de réponses globalement positives ;
- la pédicure-podologue avec une majorité absolue (100%) de réponses « neutres » ;
- les MG et les biologistes médicaux avec une majorité relative de réponses globalement positives (46,2% et 50% respectivement) et un taux de réponses globalement négatives de 38,5% et 0% respectivement ;

- **les MKDE et les pharmaciens avec une majorité absolue de réponses globalement positives (53% et 100% respectivement) et des réponses globalement négatives de 33,3% et 0% respectivement.**

Après usage de l'outil, nous observons une augmentation des réponses « très négatives » (+12,5%), « neutres » (+8,5%) et « très positives » (+8,3%), aux dépens des réponses « positives » (-25,7%) et « négatives » (-3,6%). Cela témoigne d'une altération de la situation. Le mode passe à 3 (baisse de 1 point), le minimum à 1 (baisse de 1 point), le 1<sup>er</sup> quartile reste à 2, la médiane à 3, le 3<sup>e</sup> quartile à 4, et le maximum passe à 5 (augmente de 1 point). En matière de distribution, l'étendue passe à 4 (augmente de 2 points), le rapport interquartile à 2 et le coefficient interquartile à 0,67 ; cela traduit une augmentation de la dispersion de manière générale et une stabilité de la dispersion pour les réponses proches de la médiane.

**Nous observons donc après usage de l'outil, une majorité relative de réponses globalement négatives (41,7%, soit une augmentation de 8,9%) et moins d'un tiers de réponses globalement positives (29,2%, soit une diminution de 17,4%). Cela témoigne d'une dégradation de la situation sur ce critère ; elle est liée à l'augmentation du taux et de l'intensité des réponses globalement négatives.**

**La stratification selon le type de profession** nous permet d'observer que l'usage de l'outil entraîne :

- **pour les IDE**, une augmentation des réponses « très négatives » (+10,5%), « très positives » (+10,5%) et « positives » (+1,3%) aux dépens des réponses « négatives » (-18,7%) et « neutres » (-3,7%) ; cela témoigne d'une amélioration de la situation ;
- **pour les MKDE**, une augmentation des réponses « neutres » (+46,7%) et « très positives » (+10%), aux dépens des réponses « positives » (-33,3%) et « négatives » (-23,3%) ; cela témoigne d'une amélioration de la situation,



uniquement en faveur de la neutralité, et liée à une augmentation de l'intensité des réponses globalement positives ;

- **pour les MG**, une augmentation des réponses « très négatives » (+27,3%), « très positives » (+9,1%), « négatives » (+7%) et « neutres » (+2,8%), aux dépens des réponses « positives » (-46,2%) ; cela témoigne d'une dégradation de la situation ;
- **pour les pharmaciens**, il y a une augmentation des réponses « négatives » (+60%), aux dépens des réponses « positives » (-60%) ; cela témoigne d'une dégradation de la situation ;
- **pour les biologistes médicaux**, une augmentation des réponses « très négatives » (+50%), aux dépens des réponses « neutres » (-50%) ; cela témoigne d'une altération de la situation ;
- **pour la pédicure-podologue**, il n'y a pas de variation.

**La stratification par profession montre une divergence entre les professionnels et permet d'identifier trois groupes :**

- **les MG, pharmaciens et biologistes médicaux pour lesquels il y a une dégradation de la situation ;**
- **la pédicure-podologue pour laquelle il n'y a pas de variation ;**
- **les IDE et MKDE pour lesquels il y a une amélioration de la situation. Il faut noter que l'amélioration pour les MKDE est minime, elle se fait uniquement en faveur de la neutralité et ne tient qu'à l'amélioration de l'intensité des réponses globalement positives.**

**La stratification selon la fréquence d'utilisation** nous permet d'observer que l'usage de l'outil entraîne :

- **pour une UMUM**, une augmentation des réponses « très négatives » (+13,8%), « très positives » (+10,3%) et « négatives » (+8,6%), aux dépens des

réponses « positives » (-25,9%) et « neutres » (-6,9%). **Si nous comparons ces chiffres aux résultats non stratifiés**, nous observons une variation pour les réponses « très négatives » de +1,3%, pour les « négatives » de +12,2%, pour les « neutres » de -15,4%, pour les « positives » de -0,1% et pour les « très positives » de +2% ; ce niveau de stratification montre une aggravation de la dégradation observée sur les résultats non stratifiés. Cette aggravation est liée à une augmentation du taux de réponses globalement négatives ;

- **pour une UMUS**, une augmentation des réponses « très positives » (+14,3%), « très négatives » (+7,1%), « négatives » (+3%) et « neutres » (+0,7%), aux dépens des réponses « positives » (-25,1%). **Si nous comparons ces chiffres aux résultats non stratifiés**, nous observons une variation pour les réponses « très négatives » de -5,4%, pour les « négatives » de +6,5%, pour les « neutres » de -7,7%, pour les « positives » de +0,6% et pour les « très positives » de +6% ; ce niveau de stratification montre une atténuation de la dégradation observée sur les résultats non stratifiés. Cette atténuation est liée à une augmentation de l'intensité des réponses globalement positives. Les résultats restent cependant moins bons que ceux avant usage de l'outil.

**La stratification selon la fréquence d'utilisation montre pour une UMUM une majorité absolue de réponses globalement négatives (55,2%, soit une augmentation de 22,4%) et environ un tiers de réponses globalement positives (31%, soit une diminution de 15,5%). Pour une UMUS, il y a une majorité relative de réponses globalement négatives (42,9%, soit une augmentation de 10,1%) avec un peu plus d'un tiers de réponses globalement positives (35,7%, soit une diminution de 10,8%). Dans le cas de l'UMUM, cela témoigne d'une aggravation de la dégradation alors que pour l'UMUS cela témoigne d'une atténuation de la dégradation.**

**Pour conclure cette sous-partie sur l'échange de documents médicaux des patients, l'outil numérique semble altérer la situation sur les résultats généraux. La stratification par profession montre que les avis sont partagés entre amélioration, dégradation et absence de variation. La stratification selon la fréquence d'utilisation montre une aggravation de la dégradation pour l'UMUM et une atténuation de cette dégradation pour l'UMUS.**

### **3.3.6.3. Évaluation moyenne de cette partie**

**En moyenne l'évaluation de la partie documents des patients**, avant usage de l'outil montre que 3,4% des professionnels en avaient une évaluation « très négative », 44,0% une évaluation « négative », 17,2% une évaluation « neutre », 34,5% une évaluation « positive » et 0,9% une évaluation « très positive ».

**La stratification selon le type de profession** montre des évaluations qui comprennent :

- **pour les IDE**, 57,5% de « négatives », 22,5% de « neutres » et 20% de « positives » ;
- **pour les MKDE**, 6,7% de réponses « très négatives », 43,3% de « négatives », 10% de « neutres », 36,7% de « positives » et 3,3% de « très positives » ;
- **pour les MG**, 46,2% de réponses « négatives », 11,5% de « neutres » et 42,3% de « positives » ;
- **pour les pharmaciens**, 7,1% de réponses « très négatives », 14,3% de « négatives », 14,3% de « neutres » et 64,3% de « positives » ;
- **pour les biologistes médicaux**, 25% de réponses « négatives », 50% de réponses « neutres » et 25% de « positives » ;
- **pour la pédicure-podologue** 50% de réponses « très négatives » et 50% « neutres ».

Avant l'étude, l'opinion des professionnels de santé sur les documents concernant les patients de manière générale est plutôt négative avec une majorité relative de réponses globalement négatives (47,4%) et environ un tiers (35,3%) de réponses globalement positives. La stratification par profession montre des divergences entre les différents professionnels et permet d'identifier cinq groupes :

- les IDE pour lesquels il y a une majorité absolue de réponses globalement négatives (57,5%) et un taux de réponses globalement positives de 20% ;
- la pédicure-podologue pour laquelle il y a une majorité relative de réponses globalement négatives (50%) avec aucune réponse positive ;
- les MKDE et MG pour lesquels il y a une majorité relative de réponses globalement négatives (50% et 46,2% respectivement) avec un taux de réponses globalement positives proche (40 et 42,3% respectivement) ;
- les biologistes médicaux pour lesquels il y a autant de réponses globalement positives que globalement négatives (25%), et avec une intensité équivalente ;
- les pharmaciens pour lesquels il y a une majorité absolue de réponses globalement positives (64,3%) avec environ un cinquième de réponses globalement négatives (21,4%).

Après usage de l'outil, nous observons une augmentation des réponses « très négatives » (+12,2%), « très positives » (+5,4%) et « neutres » (+8,8%), aux dépens des réponses « négatives » (-17,9%) et « positives » (-8,4%).

Nous observons donc après usage de l'outil, une majorité relative de réponses globalement négatives (41,7%, soit une diminution de 5,7%) et environ un tiers de réponses globalement positives (32,3%, soit une diminution de 3,1%). Les

**variations de taux et d'intensités ne nous permettent pas de conclure à une variation dans un sens ou dans l'autre.**

**La stratification selon le type de profession** nous permet d'observer que l'usage de l'outil entraîne :

- **pour les IDE**, une augmentation des réponses « positives » (+14,2%), « très négatives » (+10,5%), « très positives » (+7,9%) et « neutres » (+1,2%), aux dépens des réponses « négatives » (-33,8%) ; cela témoigne d'une amélioration de la situation ;
- **pour les MKDE**, une augmentation des réponses « neutres » (+50%) et « très positives » (+1,7%), aux dépens des réponses « négatives » (-28,3%), « positives » (-16,7%) et « très négatives » (-6,7%) ; cela témoigne d'une amélioration de la situation qui se fait uniquement en faveur de la neutralité ;
- **pour les MG**, une augmentation des réponses « très négatives » (+31,8%), « très positives » (+9,1%) et « neutres » (+2,1%), aux dépens des réponses « positives » (-28,7%) et « négatives » (-14,3%) ; cela témoigne d'une dégradation de la situation ;
- **pour les pharmaciens**, il y a une majoration des réponses « négatives » (+35,7%) et « très négatives » (+12,9%), aux dépens des réponses « positives » (-34,3%) et « neutres » (-14,3%) ; cela témoigne d'une dégradation de la situation ;
- **pour les biologistes médicaux**, une augmentation des réponses « très négatives » (+25%) et « positives » (+25%), aux dépens des réponses « neutres » (-50%) ; cela témoigne d'une dégradation de la situation en raison de l'intensité des réponses négatives ;
- **pour la pédicure-podologue**, il n'y a pas de variation.

**La stratification par profession montre une division des avis en trois groupes.**

D'un côté, les MG, les pharmaciens et les biologistes médicaux pour lesquels il y a une dégradation de la situation. De l'autre la pédicure-podologue pour laquelle il n'y a pas de variation. Et enfin, les IDE et MKDE pour lesquels il y a une amélioration de la situation. Il faut noter que pour les MKDE cette amélioration se fait uniquement en faveur de la neutralité.

**La stratification selon la fréquence d'utilisation** nous permet d'observer que l'usage de l'outil entraîne :

- **pour une UMUM**, une augmentation des réponses « très négatives » (+15,5%) et « très positives » (+6%), aux dépens des réponses « négatives » (-12,9%), « neutres » (-6,9%) et « positives » (-1,7%). **Si nous comparons ces chiffres aux résultats non stratifiés**, nous observons une variation pour les réponses « très négatives » de +3,3%, pour les « négatives » de +5%, pour les « neutres » de -15,7%, pour les « positives » de +6,7% et pour les « très positives » de +0,6% ; ce niveau de stratification montre une augmentation de la dichotomie positif/négatif. Les changements de taux et d'intensité ne nous permettent cependant pas d'identifier une variation dans un sens ou dans l'autre ;
- **pour une UMUS**, une augmentation des réponses « très positives » (+9,9%), « positives » (+4,8%), « très négatives » (+3,7%) et « neutres » (+0,6%), aux dépens des réponses « négatives » (-19%). **Si nous comparons ces chiffres aux résultats non stratifiés**, nous observons une variation pour les réponses « très négatives » de -8,5%, pour les « négatives » de -1%, pour les « neutres » de -8,2%, pour les « positives » de +13,2% et pour les « très positives » de +4,5% ; ce niveau de stratification montre une amélioration de la situation liée

à une augmentation du taux et de l'intensité des réponses globalement positives.

La stratification selon la fréquence d'utilisation montre pour une UMUM une majorité relative de réponses globalement négatives (50%, soit une augmentation de 2,6%) avec plus d'un tiers de réponses globalement positives (39,7%, soit une augmentation de 4,3%). Pour une UMUS, il y a une majorité relative de réponses globalement positives (50%, soit une augmentation de 14,7%) avec environ un tiers de réponses globalement négatives (32,1%, soit une diminution de 15,3%). Cette stratification montre pour une UMUS une amélioration de la situation liée à l'augmentation du taux et de l'intensité des réponses globalement positives. Pour l'UMUM, les variations de taux et d'intensité des réponses ne nous permettent pas de conclure à une variation dans un sens ou dans l'autre.

Pour conclure cette partie sur les documents concernant les patients, l'outil numérique montre des variations qui aboutissent à un statu quo sur les résultats généraux. La stratification par profession montre que les avis sont partagés entre amélioration, dégradation et absence de variation. La stratification par fréquence d'utilisation montre une amélioration dans le cadre d'une UMUS, mais ne nous permet pas de conclure pour l'UMUM.

**Tableau 35 : Les documents médicaux des patients : résultats généraux et stratifiés par la fréquence d'utilisation (partie, versions simplifiée)**

<b>LES DOCUMENTS DES PATIENTS (PARTIE) : RÉSULTATS GÉNÉRAUX ET STRATIFIÉS PAR FRÉQUENCE D'UTILISATION (VERSION SIMPLIFIÉE)</b>												
	Réponse globalement négative				Neutre				Réponse globalement positive			
	AVANT (58)	APRÈS (48)	>= 1 /MOIS (29)	>= 1 /SEM (14)	AVANT (58)	APRÈS (48)	>= 1 /MOIS (29)	>= 1 /SEM (14)	AVANT (58)	APRÈS (48)	>= 1 /MOIS (29)	>= 1 /SEM (14)
<b>% EFFECTIF INITIAL</b>	100%	82,8%	50,0%	24,1%	100%	82,8%	50,0%	24,1%	100%	82,8%	50,0%	24,1%
<b>ACCÈS</b>												
VA	36	20	13	3	8	11	2	2	14	17	14	9
% ET	62,1%	41,7%	44,8%	21,4%	13,8%	22,9%	6,9%	14,3%	24,1%	35,4%	48,3%	64,3%
Variation1	/	-20,4%	-17,2%	-40,6%	/	9,1%	-6,9%	0,5%	/	11,3%	24,1%	40,1%
Variation2		/	3,2%	-20,2%		/	-16,0%	-8,6%		/	12,9%	28,9%
<b>ÉCHANGE</b>												
VA	19	20	16	6	12	14	4	3	27	14	9	5
% ET	32,8%	41,7%	55,2%	42,9%	20,7%	29,2%	13,8%	21,4%	46,6%	29,2%	31,0%	35,7%
Variation1	/	8,9%	22,4%	10,1%	/	8,5%	-6,9%	0,7%	/	-17,4%	-15,5%	-10,8%
Variation2		/	13,5%	1,2%		/	-15,4%	-7,7%		/	1,9%	6,5%
<b>MOYENNE GÉNÉRALE</b>												
VA	28	20	14,5	4,5	10	12,5	3	2,5	20,5	15,5	11,5	7
%	47,4%	41,7%	50,0%	32,1%	17,2%	26,0%	10,3%	17,9%	35,3%	32,3%	39,7%	50,0%
Variation1	/	-5,7%	2,6%	-15,3%	/	8,8%	-6,9%	0,6%	/	-3,1%	4,3%	14,7%
Variation2		/	8,3%	-9,5%		/	-15,7%	-8,2%		/	7,4%	17,7%



**Tableau 36 : L'accès aux documents médicaux des patients (sous-partie, version simplifiée)**

<b>L'ACCÈS AUX DOCUMENTS (SOUS-PARTIE) : RÉSULTATS GÉNÉRAUX ET STRATIFIÉS PAR PROFESSION (VERSION SIMPLIFIÉE)</b>						
	<b>Réponse globalement négative</b>		<b>Réponse neutre (3)</b>		<b>Réponse globalement positive</b>	
	<b>AVANT (58)</b>	<b>APRÈS (48)</b>	<b>AVANT (58)</b>	<b>APRÈS (48)</b>	<b>AVANT (58)</b>	<b>APRÈS (48)</b>
<b>Effectif total</b>						
<b>VA</b>	<b>36</b>	<b>20</b>	<b>8</b>	<b>11</b>	<b>14</b>	<b>17</b>
<b>% ET</b>	<b>62,1%</b>	<b>41,7%</b>	<b>13,8%</b>	<b>22,9%</b>	<b>24,1%</b>	<b>35,4%</b>
<b>Variation</b>	<b>/</b>	<b>-20,4%</b>	<b>/</b>	<b>9,1%</b>	<b>/</b>	<b>11,3%</b>
<b>IDE</b>						
<b>VA</b>	<b>14</b>	<b>6</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>9</b>
<b>% P</b>	<b>70,0%</b>	<b>31,6%</b>	<b>15,0%</b>	<b>21,1%</b>	<b>15,0%</b>	<b>47,4%</b>
<b>Variation</b>	<b>/</b>	<b>-38,4%</b>	<b>/</b>	<b>6,1%</b>	<b>/</b>	<b>32,4%</b>
<b>MKDE</b>						
<b>VA</b>	<b>10</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>6</b>	<b>4</b>	<b>2</b>
<b>% P</b>	<b>66,7%</b>	<b>20,0%</b>	<b>6,7%</b>	<b>60,0%</b>	<b>26,7%</b>	<b>20,0%</b>
<b>Variation</b>	<b>/</b>	<b>-46,7%</b>	<b>/</b>	<b>53,3%</b>	<b>/</b>	<b>-6,7%</b>
<b>MG</b>						
<b>VA</b>	<b>7</b>	<b>6</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>5</b>	<b>4</b>
<b>% P</b>	<b>53,8%</b>	<b>54,5%</b>	<b>7,7%</b>	<b>9,1%</b>	<b>38,5%</b>	<b>36,4%</b>
<b>Variation</b>	<b>/</b>	<b>0,7%</b>	<b>/</b>	<b>1,4%</b>	<b>/</b>	<b>-2,1%</b>
<b>Pharmaciens</b>						
<b>VA</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>1</b>
<b>% P</b>	<b>42,9%</b>	<b>80,0%</b>	<b>28,6%</b>	<b>0,0%</b>	<b>28,6%</b>	<b>20,0%</b>
<b>Variation</b>	<b>/</b>	<b>37,1%</b>	<b>/</b>	<b>-28,6%</b>	<b>/</b>	<b>-8,6%</b>
<b>Biologistes médicaux</b>						
<b>VA</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>
<b>% P</b>	<b>50,0%</b>	<b>50,0%</b>	<b>50,0%</b>	<b>0,0%</b>	<b>0,0%</b>	<b>50,0%</b>
<b>Variation</b>	<b>/</b>	<b>0,0%</b>	<b>/</b>	<b>-50,0%</b>	<b>/</b>	<b>50,0%</b>
<b>Pédicure-podologue</b>						
<b>VA</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>% P</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>0,0%</b>	<b>0,0%</b>	<b>0,0%</b>	<b>0,0%</b>
<b>Variation</b>	<b>/</b>	<b>0,0%</b>	<b>/</b>	<b>0,0%</b>	<b>/</b>	<b>0,0%</b>

**Tableau 37 : L'échange des documents médicaux des patients (sous-partie, version simplifiée)**

<b>L'ÉCHANGE DE DOCUMENTS (SOUS-PARTIE) : RÉSULTATS GÉNÉRAUX ET STRATIFIÉS PAR PROFESSION (VERSION SIMPLIFIÉE)</b>						
	<b>Réponse globalement négative</b>		<b>Réponse neutre (3)</b>		<b>Réponse globalement positive</b>	
	<b>AVANT (58)</b>	<b>APRÈS (48)</b>	<b>AVANT (58)</b>	<b>APRÈS (48)</b>	<b>AVANT (58)</b>	<b>APRÈS (48)</b>
<b>Effectif total</b>						
<b>VA</b>	19	20	12	14	27	14
<b>% ET</b>	32,8%	41,7%	20,7%	29,2%	46,6%	29,2%
<b>Variation</b>	/	8,9%	/	8,5%	/	-17,4%
<b>IDE</b>						
<b>VA</b>	9	7	6	5	5	7
<b>% P</b>	45,0%	36,8%	30,0%	26,3%	25,0%	36,8%
<b>Variation</b>	/	-8,2%	/	-3,7%	/	11,8%
<b>MKDE</b>						
<b>VA</b>	5	1	2	6	8	3
<b>% P</b>	33,3%	10,0%	13,3%	60,0%	53,3%	30,0%
<b>Variation</b>	/	-23,3%	/	46,7%	/	-23,3%
<b>MG</b>						
<b>VA</b>	5	8	2	2	6	1
<b>% P</b>	38,5%	72,7%	15,4%	18,2%	46,2%	9,1%
<b>Variation</b>	/	34,3%	/	2,8%	/	-37,1%
<b>Pharmaciens</b>						
<b>VA</b>	0	3	0	0	7	2
<b>% P</b>	0,0%	60,0%	0,0%	0,0%	100,0%	40,0%
<b>Variation</b>	/	60,0%	/	0,0%	/	-60,0%
<b>Biologistes médicaux</b>						
<b>VA</b>	0	1	1	0	1	1
<b>% P</b>	0,0%	50,0%	50,0%	0,0%	50,0%	50,0%
<b>Variation</b>	/	50,0%	/	-50,0%	/	0,0%
<b>Pédicure-podologue</b>						
<b>VA</b>	0	0	1	1	0	0
<b>% P</b>	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	0,0%
<b>Variation</b>	/	0,0%	/	0,0%	/	0,0%

**Tableau 38 : Les documents médicaux des patients : moyenne générale et moyenne par profession (partie, versions simplifiée)**

LES DOCUMENTS DES PATIENTS (PARTIE) : MOYENNE GÉNÉRALE ET MOYENNE PAR PROFESSION (VERSION SIMPLIFIÉE)						
	Réponse globalement négative		Réponse neutre (3)		Réponse globalement positive	
	AVANT (58)	APRÈS (48)	AVANT (58)	APRÈS (48)	AVANT (58)	APRÈS (48)
<b>MOYENNE GÉNÉRALE</b>						
VA	27,5	20	10	12,5	20,5	15,5
% ET	47,4%	41,7%	17,2%	26,0%	35,3%	32,3%
Variation	/	-5,7%	/	8,8%	/	-3,1%
<b>MOYENNE IDE</b>						
VA	11,5	6,5	4,5	4,5	4	8
% P	57,5%	34,2%	22,5%	23,7%	20,0%	42,1%
Variation	/	-23,3%	/	1,2%	/	22,1%
<b>MOYENNE MKDE</b>						
VA	7,5	1,5	1,5	6	6	2,5
% P	50,0%	15,0%	10,0%	60,0%	40,0%	25,0%
Variation	/	-35,0%	/	50,0%	/	-15,0%
<b>MOYENNE MG</b>						
VA	6	7	1,5	1,5	5,5	2,5
% P	46,2%	63,6%	11,5%	13,6%	42,3%	22,7%
Variation	/	17,5%	/	2,1%	/	-19,6%
<b>MOYENNE Pharmaciens</b>						
VA	1,5	3,5	1	0	4,5	1,5
% P	21,4%	70,0%	14,3%	0,0%	64,3%	30,0%
Variation	/	48,6%	/	-14,3%	/	-34,3%
<b>MOYENNE Biologistes médicaux</b>						
VA	0,5	1	1	0	0,5	1
% P	25,0%	50,0%	50,0%	0,0%	25,0%	50,0%
Variation	/	25,0%	/	-50,0%	/	25,0%
<b>MOYENNE Pédicure-podologue</b>						
VA	0,5	0,5	0,5	0,5	0	0
% P	50,0%	50,0%	50,0%	50,0%	0,0%	0,0%
Variation	/	0,0%	/	0,0%	/	0,0%

Tableau 39 : Les documents médicaux des patients (éléments statistiques)

LES DOCUMENTS DES PATIENTS		
	Avant (58)	Après (48)
% EFFECTIF INITIAL (58)	100%	82,8%
<b>ACCES</b>		
MODE	2,00	4,00
MINIMUM	1,00	1,00
1er QUARTILE	2,00	2,00
MEDIANE	2,00	3,00
3e QUARTILE	3,00	4,00
MAXIMUM	5,00	5,00
Étendue	4,00	4,00
Rapport interquartile	1,50	2,00
Différence (après - avant)	/	0,50
Coefficient interquartile	0,50	0,67
Différence (après - avant)	/	0,17
<b>ECHANGE</b>		
MODE	4,00	3,00
MINIMUM	2,00	1,00
1er QUARTILE	2,00	2,00
MEDIANE	3,00	3,00
3e QUARTILE	4,00	4,00
MAXIMUM	4,00	5,00
Étendue	2,00	4,00
Rapport interquartile	2,00	2,00
Différence (après - avant)	/	0,00
Coefficient interquartile	0,67	0,67
Différence (après - avant)	/	0,00

**Figure 29 : L'accès aux documents médicaux des patients (Extrait de Google Forms)**

### AVANT

Comment qualifieriez-vous l'accès aux documents nécessaires à votre prise en charge ?

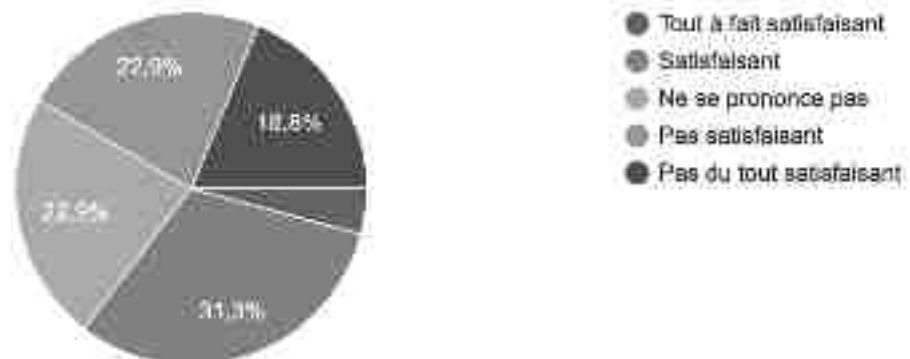
58 réponses



### APRÈS

Comment qualifieriez-vous l'accès aux documents nécessaires à votre prise en charge ?

48 réponses



**Figure 30 : L'accès aux documents médicaux des patients (Extrait de Google Forms)**

### AVANT

De quelle manière se déroule l'échange (envoi ou réception) de documents avec un autre professionnel de santé ?

58 réponses :



### APRÈS

De quelle manière se déroule l'échange (envoi ou réception) de documents avec un autre professionnel de santé ?

48 réponses :



### **3.3.7. La prise en charge à domicile en équipe**

Pour rappel, les remarques d'introduction de la partie « 3.3.4. Caractérisation de la communication avec les autres professionnels de santé » s'appliquent également ici et ne seront pas reprises.

#### **3.3.7.1. Présentation des tableaux et diagrammes**

Le Tableau 40 montre le nombre de réponses de chaque niveau de l'échelle de Likert, en valeur absolue et en pourcentage des réponses de l'effectif, avant et après usage de l'outil numérique, ainsi que la stratification par fréquence d'utilisation, qui nous semble la plus pertinente. La ligne « variation 1 » correspond à la différence par rapport à la situation avant usage de l'outil. La ligne « variation 2 » correspond à la différence entre les résultats non stratifiés et ceux stratifiés selon la fréquence d'utilisation, ces deux résultats étant après usage de l'outil. Son équivalent non simplifié est présenté en Annexe 24.

Plusieurs tableaux (Tableau 41, Tableau 42, Tableau 43 et Tableau 44) montrent les mêmes éléments avec une stratification par profession. Leurs équivalents non simplifiés sont présentés en Annexe 25. Le Tableau 45 résume l'ensemble de ces données, son équivalent non simplifié est présenté en Annexe 26.

Le Tableau 46 présente les éléments statistiques obtenus (mode ...), avant et après usage de l'outil numérique, pour les groupes non stratifiés.

Plusieurs diagrammes circulaires (Figure 31, Figure 32, Figure 33 et Figure 34) permettent d'avoir une représentation imagée des résultats généraux (il n'y en a pas pour les résultats stratifiés).

### 3.3.7.2. Analyse descriptive des différents résultats de la partie « Prises en charge à domicile en équipe »

#### 3.3.7.2.1. Initiation

Concernant l'initiation de la prise en charge à domicile en équipe, avant usage de l'outil 1,7% (1) des professionnels en avaient une évaluation « très négative », 51,7% (30) une évaluation « négative », 20,7% (12) une évaluation « neutre », 25,9% (15) une évaluation « positive » et aucun n'en avait une évaluation « très positive ». Le mode associé à cette question est de 2, le minimum de 1, le 1<sup>er</sup> quartile de 2, la médiane de 2, le 3<sup>e</sup> quartile de 3,75 et le maximum de 4. En matière de distribution, l'étendue est de 3, le rapport interquartile de 1,88 et le coefficient interquartile de 0,88.

**La stratification selon le type de profession** montre des évaluations qui comprennent :

- **pour les IDE**, 5% de réponses « très négatives », 55% de « négatives », 15% de « neutres » et 25% de « positives » ;
- **pour les MKDE**, 46,7% de réponses « négatives », 6,7% de « neutres » et 46,7% de « positives » ;
- **pour les MG**, 61,5% de réponses « négatives », 30,8% de « neutres » et 7,7% de « positives » ;
- **pour les pharmaciens**, 42,9% de réponses « négatives », 42,9% de « neutres » et 14,3% de « positives » ;
- **pour les biologistes médicaux**, 50% de réponses « négatives » et 50% de « neutres » ;
- **pour la pédicure-podologue**, 100% de réponses « positives ».

**Avant l'étude, l'opinion des professionnels sur l'initiation de la prise en charge à domicile en équipe est plutôt négative avec une majorité absolue de réponses**



globalement négatives (53,4%) et près d'un quart (25,9%) de réponses globalement positives. La stratification par profession montre des divergences entre les différents professionnels et permet d'identifier quatre groupes :

- les IDE et MG pour lesquels il existe une majorité absolue de réponses globalement négatives (60% et 61,5% respectivement) avec un taux de réponses globalement positives de 25% et 7,7% respectivement ;
- les pharmaciens et les biologistes médicaux pour lesquels il existe une majorité relative de réponses globalement négatives (42,9% et 50% respectivement) avec un taux de réponses globalement positives de 14,3% et 0% respectivement :
- les MKDE pour lesquels il existe autant de réponses globalement positives que négatives (46,7%) et d'une même intensité ;
- la pédicure-podologue pour laquelle il existe une majorité absolue de réponses globalement positives (100%).

Après usage de l'outil, nous observons une augmentation des réponses « positives » (+11,6%), « neutres » (+10,6%), « très négatives » (+8,7%) et « très positives » (+2,1%), aux dépens des réponses « négatives » (-33%). Cela témoigne d'une amélioration de la situation. Le mode passe à 4 (augmente de 2 points), le minimum reste à 1, le 1<sup>er</sup> quartile à 2, la médiane passe à 3 (augmente de 1 point), le 3<sup>e</sup> quartile à 4 (augmente de 0,25 point) et le maximum à 5 (augmente de 1 point). En matière de distribution, l'étendue passe à 4 (augmente de 1 point), le rapport interquartile à 2 (augmente de 0,13 point) et le coefficient interquartile à 0,67 (baisse de 0,21 point) ; cela traduit une augmentation de la dispersion générale et pour les réponses proches de la médiane. Par contre, la dispersion pour les réponses proches de la médiane diminue lorsqu'elle est rapportée à la médiane.

Nous observons donc après usage de l'outil, une majorité relative de réponses globalement positives (39,6%, soit une augmentation de 13,7%) et plus d'un quart de réponses globalement négatives (29,2%, soit une diminution de 24,3%). Cela témoigne d'une amélioration de la situation sur ce critère, elle est liée à une augmentation du taux de réponses globalement positives.

La stratification selon le type de profession nous permet d'observer que l'usage de l'outil entraîne :

- **pour les IDE**, une augmentation des réponses « positives » (+17,1%), « neutres » (+11,3%), « très positives » (+5,3%) et « très négatives » (+0,3%), aux dépens des réponses « négatives » (-33,9%) ; cela témoigne d'une amélioration de la situation ;
- **pour les MKDE**, une augmentation des réponses « neutres » (+53,3%), aux dépens des réponses « positives » (-36,7%) et « négatives » (-16,7%) ; cela témoigne d'une dégradation de la situation qui se fait uniquement en faveur de la neutralité ;
- **pour les MG**, une augmentation des réponses « positives » (+55,9%) et « très négatives » (+18,2%), aux dépens des réponses « négatives » (-43,4%) et « neutres » (-30,8%) ; cela témoigne d'une amélioration de la situation ;
- **pour les pharmaciens**, il y a une augmentation des réponses « positives » (+25,7%) et « très négatives » (+20%), aux dépens des réponses « négatives » (-42,9%) et « neutres » (-2,9%) ; cela témoigne d'une amélioration de la situation ;
- **pour les biologistes médicaux**, une augmentation des réponses « neutres » (+50%), aux dépens des réponses « négatives » (-50%) ; cela témoigne d'une amélioration de la situation qui se fait uniquement en faveur de la neutralité ;

- **pour la pédicure-podologue**, une augmentation des réponses « très négatives » (+100%) aux dépens des réponses « positives » (-100%) ; cela témoigne d'une altération de la situation.

**La stratification par profession montre une division des avis en deux groupes.**

**D'un côté, les MKDE et la pédicure-podologue pour lesquels il y a une altération de la situation. De l'autre, les IDE, MG, pharmaciens et biologistes médicaux pour lesquels il y a une amélioration de la situation. Il faut noter que les variations des MKDE et des biologistes médicaux se font uniquement en faveur de la neutralité.**

**La stratification selon la fréquence d'utilisation** nous permet d'observer que l'usage de l'outil entraîne :

- **pour une UMUM**, une augmentation des réponses « positives » (+32,8%), « très positives » (+3,4%) et « très négatives » (+1,7%), aux dépens des réponses « négatives » (-31%) et « neutres » (-6,9%). **Si nous comparons ces chiffres aux résultats non stratifiés**, nous observons une variation pour les réponses « très négatives » de -7%, pour les réponses « négatives » de +1,9%, pour les « neutres » de -17,5%, pour les « positives » de +21,1% et pour les « très positives » de +1,4% ; ce niveau de stratification montre une amélioration de la situation liée à une augmentation du taux de réponses globalement positives ;
- **pour une UMUS**, une augmentation des réponses « positives » (+45,6%) et « très positives » (+7,1%), aux dépens des réponses « négatives » (-44,6%), « neutres » (-6,4%) et « très négatives » (-1,7%). **Si nous comparons ces chiffres aux résultats non stratifiés**, nous observons une variation pour les réponses « très négatives » de -10,4%, pour les « négatives » de -11,6%, pour les « neutres » de -17%, pour les « positives » de +33,9% et pour les « très

positives » de +5,1% ; ce niveau de stratification montre une amélioration de la situation liée à une augmentation du taux et de l'intensité des réponses globalement positives, cette amélioration est plus marquée que pour l'UMUM.

**La stratification selon la fréquence d'utilisation montre pour une UMUM une majorité absolue de réponses globalement positives (62,1%, soit une augmentation de 36,2%) avec environ un quart de réponses globalement négatives (24,1%, soit une diminution de 29,3%). Pour une UMUS, il y a une majorité absolue de réponses globalement positives (78,6%, soit une augmentation de 52,7%) et moins d'un dixième de réponses globalement négatives (7,1%, soit une diminution de 46,3%). Cette stratification montre donc une amélioration en lien avec la fréquence d'utilisation, qui est liée à l'augmentation du taux et de l'intensité (pour l'UMUS) des réponses globalement positives.**

**Pour conclure cette sous-partie sur l'initiation de la prise en charge à domicile en équipe, l'outil numérique améliore la situation sur les résultats généraux. La stratification par profession montre que les avis sont partagés entre amélioration et dégradation. La stratification selon la fréquence d'utilisation montre une amélioration en lien avec la fréquence d'utilisation.**

#### **3.3.7.2.2. Suivi**

Concernant le suivi de la prise en charge à domicile en équipe, avant usage de l'outil, aucun professionnel n'en avait une évaluation « très négative », 58,6% (34) en avaient une évaluation « négative », 17,2% (10) une évaluation « neutres », 24,1% (14) une évaluation « positive » et aucun n'en avait une évaluation « très positive ». Le mode associé à cette question est de 2, le minimum de 2, le 1<sup>er</sup> quartile de 2, la

médiane de 2, le 3<sup>e</sup> quartile de 3 et le maximum de 4. En matière de distribution, l'étendue est de 2, le rapport interquartile de 1,50 et le coefficient interquartile de 0,50.

**La stratification selon le type de profession** montre des évaluations qui comprennent :

- **pour les IDE**, 70% de réponses « négatives », 20% de « neutres » et 10% de « positives » ;
- **pour les MKDE**, 40% de réponses « négatives », 13,3% de « neutres » et 46,7% de « positives » ;
- **pour les MG**, 46,2% de réponses « négatives », 15,4% de « neutres » et 38,5% de « positives » ;
- **pour les pharmaciens**, 85,7% de réponses « négatives » et 14,3% de « neutres » ;
- **pour les biologistes médicaux**, 50% de réponses « négatives » et 50% de « neutres » ;
- **pour la pédicure-podologue** 100% de réponses « négatives ».

**Avant l'étude, l'opinion des professionnels sur le suivi de la prise en charge à domicile en équipe est plutôt négative avec une majorité absolue de réponses globalement négatives (58,6%) et près d'un quart (24,1%) de réponses globalement positives. La stratification par profession montre des divergences entre les différents professionnels et permet d'identifier trois groupes :**

- **les IDE, les pharmaciens et la pédicure-podologue pour lesquels il existe une majorité absolue de réponses globalement négatives (comprises entre 70% et 100%) avec un taux de réponses globalement positives variant entre 0% et 10% ;**
- **les MG et les biologistes médicaux pour lesquels il existe une majorité relative de réponses globalement négatives (46,2% et 50%**

respectivement) avec un taux de réponses globalement positives de 38,5% et 0% respectivement :

- les MKDE pour lesquels il existe une majorité relative de réponses globalement positives (46,7%) et un taux de réponses globalement négatives de 40%, avec des niveaux d'intensité similaires.

Après usage de l'outil, nous observons une augmentation des réponses « neutres » (+16,1%), « très négatives » (+8,3%) et « très positives » (+8,3%), aux dépens des réponses « négatives » (-31,5%) et « positives » (-1,2%). Cela témoigne d'une amélioration de la situation qui se fait majoritairement en faveur de la neutralité. Le mode passe à 3 (augmente de 1 point), le minimum à 1 (baisse de 1 point), le 1<sup>er</sup> quartile reste à 2, la médiane passe à 3 (augmente de 1 point), le 3<sup>e</sup> quartile à 4 (augmente de 1 point) et le maximum à 5 (augmente de 1 point). En matière de distribution, l'étendue passe à 4 (augmente de 2 points), le rapport interquartile à 2 (augmente de 0,50 point) et le coefficient interquartile à 0,67 (augmente de 0,17 point) ; cela traduit une augmentation de la dispersion générale et pour les réponses proches de la médiane.

**Nous observons donc après usage de l'outil, une majorité relative de réponses globalement négatives (35,4%, soit une diminution de 23,2%) et près d'un tiers de réponses globalement positives (31,3%, soit une augmentation de 7,1%), avec des profils d'intensité identiques. Cela témoigne d'une amélioration de la situation sur ce critère qui se fait principalement en faveur de la neutralité.**

**La stratification selon le type de profession** nous permet d'observer que l'usage de l'outil entraîne :

- **pour les IDE**, une augmentation des réponses « très positives » (+10,5%), « neutres » (+6,3%), « positives » (+5,8%) et « très négatives » (+5,3%), aux

dépens des réponses « négatives » (-27,9%) ; cela témoigne d'une amélioration de la situation ;

- **pour les MKDE**, une augmentation des réponses « neutres » (+56,7%) et « très négatives » (+10%) aux dépens des réponses « positives » (-36,7%) et « négatives » (-30%) ; cela témoigne d'une dégradation de la situation qui se fait uniquement en faveur de la neutralité ;
- **pour les MG**, une augmentation des réponses « très positives » (+18,2%) et « très négatives » (+9,1%), aux dépens des réponses « négatives » (-18,9%), « neutres » (-6,3%) et « positives » (-2,1%) ; cela témoigne d'une amélioration de la situation ;
- **pour les pharmaciens**, il y a une augmentation des réponses « positives » (+60%) et « neutres » (+5,7%), aux dépens des réponses « négatives » (-65,7%) ; cela témoigne d'une amélioration de la situation ;
- **pour les biologistes médicaux**, une augmentation des réponses « neutres » (+50%), aux dépens des réponses « négatives » (-50%) ; cela témoigne d'une amélioration de la situation qui se fait uniquement en faveur de la neutralité ;
- **pour la pédicure-podologue** une augmentation des réponses « très négatives » (+100%) aux dépens des réponses « négatives » (-100%) ; cela témoigne d'une altération de la situation.

**La stratification par profession montre une division des avis en deux groupes.**

D'un côté, les MKDE et la pédicure-podologue pour lesquels il y a une altération de la situation. De l'autre, les IDE, MG, pharmaciens et biologistes médicaux pour lesquels il y a une amélioration de la situation. Il faut noter que les variations des MKDE et des biologistes médicaux se font uniquement en faveur de la neutralité.

**La stratification selon la fréquence d'utilisation** nous permet d'observer que l'usage de l'outil entraîne :

- **pour une UMUM**, une augmentation des réponses « très positives » (+13,8%), « positives » (+6,9%) et « très négatives » (+3,4%), aux dépens des réponses « négatives » (-20,7%) et « neutres » (-3,4%). **Si nous comparons ces chiffres aux résultats non stratifiés**, nous observons une variation pour les réponses « très négatives » de -4,9%, pour les réponses « négatives » de +10,8%, pour les « neutres » de -19,5%, pour les « positives » de +8,1% et pour les « très positives » de +5,5% ; ce niveau de stratification montre une amélioration de la situation liée à une augmentation du taux et de l'intensité des réponses globalement positives ;
- **pour une UMUS**, une augmentation des réponses « très positives » (+21,4%) et « neutres » (+4,2%), aux dépens des réponses « négatives » (-15,8%) et « positives » (-9,9%) . **Si nous comparons ces chiffres aux résultats non stratifiés**, nous observons une variation pour les réponses « très négatives » de -8,3%, pour les « négatives » de +15,8%, pour les « neutres » de -11,9%, pour les « positives » de -8,6% et pour les « très positives » de +13,1% ; ce niveau de stratification montre une amélioration de la situation liée à une augmentation du taux et surtout de l'intensité des réponses globalement positives. Les variations de taux et d'intensité ne permettent cependant pas de conclure aux différences existantes entre UMUM et UMUS.

**La stratification selon la fréquence d'utilisation** montre pour une **UMUM** une **majorité relative de réponses globalement positives (44,8%, soit une augmentation de 20,7%)** avec un **taux de réponses globalement négatives très proche (41,4%, soit une diminution de 17,2%)**. Pour une **UMUS**, elle met en avant une **majorité relative de réponses globalement négatives (42,9%, soit une**



diminution de 15,8%) et près d'un tiers de réponses globalement positives (35,7%, soit une augmentation de 11,6%). Cette stratification montre donc une amélioration de la situation, mais il est ensuite impossible de conclure à des différences entre UMUM et UMUS.

Pour conclure cette sous-partie sur le suivi de la prise en charge à domicile en équipe, l'outil numérique améliore la situation sur les résultats généraux, surtout en faveur de la neutralité. La stratification par profession montre que les avis sont partagés entre amélioration et dégradation. La stratification selon la fréquence d'utilisation montre une amélioration qui est cependant plafonnée.

### 3.3.7.2.3. Gestion des problématiques et incidents

Concernant la gestion des problématiques et incidents lors des prises en charge à domicile en équipe, avant usage de l'outil 3,4% (2) des professionnels en avaient une évaluation « très négative », 53,4% (31) une évaluation « négative », 25,9% (15) une évaluation « neutre », 17,2% (10) une évaluation « positive » et aucun n'en avait une évaluation « très positive ». Le mode associé à cette question est de 2, le minimum de 1, le 1<sup>er</sup> quartile de 2, la médiane de 2, le 3<sup>e</sup> quartile de 3 et le maximum de 4. En matière de distribution, l'étendue est de 3, le rapport interquartile de 1,50 et le coefficient interquartile de 0,50.

**La stratification selon le type de profession** montre des évaluations qui comprennent :

- **pour les IDE**, 5% de réponses « très négatives », 60% de « négatives », 25% de « neutres » et 10% de « positives » ;
- **pour les MKDE**, 6,7% de réponses « très négatives », 40% de « négatives », 26,7% de « neutres » et 26,7% de « positives » ;

- **pour les MG**, 53,8% de réponses « négatives », 15,4% de « neutres » et 30,8% de « positives » ;
- **pour les pharmaciens**, 57,1% de réponses « négatives » et 42,9% de « neutres » ;
- **pour les biologistes médicaux**, 50% de réponses « négatives » et 50% de « neutres » ;
- **pour la pédicure-podologue** 100% de réponses « négatives ».

**Avant l'étude, l'opinion des professionnels sur la gestion des problématiques et incidents lors des prises en charge à domicile en équipe est plutôt négative avec une majorité absolue de réponses globalement négatives (56,9%) et moins d'un cinquième (17,2%) de réponses globalement positives. La stratification par profession montre que l'avis négatif est partagé par les différents professionnels et permet d'identifier deux groupes :**

- **les IDE, les MG, les pharmaciens et la pédicure-podologue pour lesquels il existe une majorité absolue de réponses globalement négatives (comprise entre 53,8% et 100%) avec un taux de réponses globalement positives variant de 0% à 30,8% ;**
- **les MKDE et les biologistes médicaux pour lesquels il existe une majorité relative de réponses globalement négatives (46,7% et 50% respectivement) avec un taux de réponses globalement positives de 26,7% et 0% respectivement.**

Après usage de l'outil, nous observons une augmentation des réponses « positives » (+14%), « neutres » (+11,6%), « très négatives » (+2,8%) et « très positives » (+2,1%), aux dépens des réponses « négatives » (-30,5%). Cela témoigne d'une amélioration de la situation. Le mode passe à 3 (augmente de 1 point), le minimum reste à 1, le 1<sup>er</sup> quartile à 2, la médiane passe à 3 (augmente de 1 point), le 3<sup>e</sup> quartile à 4 (augmente

de 1 point) et le maximum à 5 (augmente de 1 point). En matière de distribution, l'étendue passe à 4 (augmente de 1 point), le rapport interquartile à 2 (augmente de 0,50 point) et le coefficient interquartile à 0,67 (augmente de 0,17 point) ; cela traduit une augmentation de la dispersion générale et pour les réponses proches de la médiane.

**Nous observons donc après usage de l'outil, une majorité relative de réponses « neutres » (37,5%, soit une augmentation de 11,6%), un tiers de réponses globalement positives (33,3%, soit une augmentation de 16,1%) et moins d'un tiers de réponses globalement négatives (29,2%, soit une diminution de 27,7%). Cela témoigne d'une amélioration de la situation sur ce critère ; elle est liée à une augmentation du taux de réponses globalement positives.**

**La stratification selon le type de profession** nous permet d'observer que l'usage de l'outil entraîne :

- **pour les IDE**, une augmentation des réponses « neutres » (+17,1%), « positives » (+16,3%), « très positives » (+5,3%) et « très négatives » (+0,3%), aux dépens des réponses « négatives » (-38,9%) ; cela témoigne d'une amélioration de la situation ;
- **pour les MKDE**, une augmentation des réponses « neutres » (+43,3%) et « très négatives » (+3,3%), aux dépens des réponses « négatives » (-30%) et « positives » (-16,7%) ; cela témoigne d'une amélioration de la situation qui se fait uniquement en faveur de la neutralité ;
- **pour les MG**, une augmentation des réponses « positives » (+23,8%) et « très négatives » (+9,1%), aux dépens des réponses « négatives » (-26,6%) et « neutres » (-6,3%) ; cela témoigne d'une amélioration de la situation ;

- **pour les pharmaciens**, une augmentation des réponses « positives » (+60%), aux dépens des réponses « négatives » (-37,1%) et « neutres » (-22,9%) ; cela témoigne d'une amélioration de la situation ;
- **pour les biologistes médicaux**, une augmentation des réponses « négatives » (+50%), aux dépens des réponses « neutres » (-50%) ; cela témoigne d'une altération de la situation ;
- **pour la pédicure-podologue**, une augmentation des réponses « neutres » (+100%) aux dépens des réponses « négatives » (-100%) ; cela témoigne d'une amélioration de la situation qui se fait uniquement en faveur de la neutralité.

**La stratification par profession montre une division des avis en deux groupes.**

D'un côté, les biologistes médicaux pour lesquels il y a une altération de la situation. De l'autre, les IDE, MKDE, MG, les pharmaciens et la pédicure-podologue pour lesquels il y a une amélioration de la situation. Il faut noter que les améliorations des MKDE et de la pédicure-podologue se font uniquement en faveur de la neutralité.

**La stratification selon la fréquence d'utilisation** nous permet d'observer que l'usage de l'outil entraîne :

- **pour une UMUM**, une augmentation des réponses « positives » (+27,6%) et « très positives » (+3,4%), aux dépens des réponses « négatives » (-29,3%) et « neutres » (-1,7%). **Si nous comparons ces chiffres aux résultats non stratifiés**, nous observons une variation pour les réponses « très négatives » de -2,8%, pour les réponses « négatives » de +1,2%, pour les « neutres » de -13,4%, pour les « positives » de +13,6% et pour les « très positives » de +1,4% ; ce niveau de stratification montre une amélioration de la situation liée à une augmentation du taux de réponses globalement positives ;

- **pour une UMUS**, une augmentation des réponses « positives » (+18,5%), « neutres » (+9,9%) et « très positives » (+7,1%), aux dépens des réponses « négatives » (-32%) et « très négatives » (-3,4%). **Si nous comparons ces chiffres aux résultats non stratifiés**, nous observons une variation pour les réponses « très négatives » de -6,3%, pour les « négatives » de -1,5%, pour les « neutres » de -1,8%, pour les « positives » de +4,5% et pour les « très positives » de +5,1% ; ce niveau de stratification montre une amélioration de la situation liée à une augmentation du taux et de l'intensité des réponses globalement positives, cette amélioration est peu ou prou équivalente, voire un peu meilleure, que celle de l'UMUM avec des variations d'intensité.

**La stratification selon la fréquence d'utilisation montre pour une UMUM une majorité relative de réponses globalement positives (48,3%, soit une augmentation de 31%) avec un peu plus d'un quart de réponses globalement négatives (27,6%, soit une diminution de 29,3%). Pour une UMUS, il y a une majorité relative de réponses globalement positives (42,9%, soit une augmentation de 25,6%) et moins d'un quart de réponses globalement négatives (21,4%, soit une diminution de 35,5%). Cette stratification montre donc une amélioration a priori en lien avec la fréquence d'utilisation, qui est liée à l'augmentation du taux et de l'intensité (pour l'UMUS) des réponses globalement positives.**

**Pour conclure cette sous-partie sur la gestion des problématiques et incidents lors des prises en charge à domicile en équipe, l'outil numérique améliore la situation sur les résultats généraux. La stratification par profession montre que les avis sont partagés entre amélioration et dégradation. La stratification selon la fréquence d'utilisation montre une amélioration qui est cependant plafonnée.**

### 3.3.7.2.4. Gestion des urgences

Concernant la gestion des urgences lors des prises en charge à domicile en équipe, avant usage de l'outil 8,6% (5) des professionnels en avaient une évaluation « très négative », 51,7% (30) une évaluation « négative », 19% (11) une évaluation « neutre », 19% (11) une évaluation « positive » et 1,7% (1) une évaluation « très positive ». Le mode associé à cette question est de 2, le minimum de 1, le 1<sup>er</sup> quartile de 2, la médiane de 2, le 3<sup>e</sup> quartile de 3 et le maximum de 5. En matière de distribution, l'étendue est de 4, le rapport interquartile de 1,50 et le coefficient interquartile de 0,50.

**La stratification selon le type de profession** montre des évaluations qui comprennent :

- **pour les IDE**, 5% de réponses « très négatives », 60% de réponses « négatives », 20% de « neutres » et 15% de « positives » ;
- **pour les MKDE**, 13,3% de réponses « très négatives », 33,3% de « négatives », 20% de « neutres » et 33,3% de « positives » ;
- **pour les MG**, 7,7% de réponses « très négatives », 53,8% de « négatives », 15,4% de « neutres », 15,4% de réponses « positives » et 7,7% de réponses « très positives » ;
- **pour les pharmaciens**, 14,3% de réponses « très négatives », 57,1% de « négatives » et 28,6% de « neutres » ;
- **pour les biologistes médicaux**, 50% de réponses « négatives » et 50% de « positives » ;
- **pour la pédicure-podologue** 100% de réponses « négatives ».

**Avant l'étude, l'opinion des professionnels sur la gestion des urgences lors des prises en charge à domicile en équipe est plutôt négative avec une majorité**

absolue de réponses globalement négatives (60,3%) et environ un cinquième (20,7%) de réponses globalement positives. La stratification par profession montre des divergences d'opinion entre les différents professionnels et permet d'identifier trois groupes :

- les IDE, les MG, les pharmaciens et la pédicure-podologue pour lesquels il existe une majorité absolue de réponses globalement négatives (comprise entre 61,5% et 100%) avec un taux de réponses globalement positives variant de 0% à 23,1% ;
- les MKDE pour lesquels il existe une majorité relative de réponses globalement négatives (46,7%) avec un taux de réponses globalement positives d'un tiers (33,3%).
- Les biologistes médicaux pour lesquels il y a autant de réponses globalement positives que négatives (50%) à des intensités identiques.

Après usage de l'outil, nous observons une augmentation des réponses « neutres » (+26,9%), « positives » (+4%) et « très positives » (+2,4%), aux dépens des réponses « négatives » (-33%) et « très négatives » (-0,3%). Cela témoigne d'une amélioration de la situation principalement en faveur de la neutralité. Le mode passe à 3 (augmente de 1 point), le minimum reste à 1, le 1<sup>er</sup> quartile à 2, la médiane passe à 3 (augmente de 1 point), le 3<sup>e</sup> quartile à 4 (augmente de 1 point) et le maximum reste à 5. En matière de distribution, l'étendue reste à 4, le rapport interquartile passe à 2 (augmente de 0,50 point) et le coefficient interquartile à 0,67 (augmente de 0,17 point) ; cela traduit une stabilité de la dispersion générale et une augmentation de la dispersion pour les réponses proches de la médiane.

**Nous observons donc après usage de l'outil, une majorité relative de réponses « neutres » (45,8%, soit une augmentation de 26,9%) et un taux identique de réponses globalement négatives et positives (27,1%, soit une diminution pour**

**les négatives de 33,3% et une augmentation pour les positives de 6,4%). Cela témoigne d'une amélioration de la situation sur ce critère ; elle est liée à une diminution des réponses globalement négatives essentiellement en faveur de la neutralité.**

**La stratification selon le type de profession** nous permet d'observer que l'usage de l'outil entraîne :

- **pour les IDE**, une augmentation des réponses « neutres » (+32,6%), « très négatives » (+5,5%), « très positives » (+5,3%) et « positives » (+0,8%) aux dépens des réponses « négatives » (-44,2%) ; cela témoigne d'une amélioration de la situation qui se fait essentiellement en faveur de la neutralité ;
- **pour les MKDE**, une augmentation des réponses « neutres » (+50%), aux dépens des réponses « négatives » (-23,3%), « très négatives » (-13,3%) et « positives » (-13,3%) ; cela témoigne d'une amélioration de la situation qui se fait uniquement en faveur de la neutralité ;
- **pour les MG**, une augmentation des réponses « positives » (+11,9%), « neutres » (+11,9%), « très négatives » (+1,4%) et « très positives » (+1,4%), aux dépens des réponses « négatives » (-26,6%) ; cela témoigne d'une amélioration de la situation ;
- **pour les pharmaciens**, il y a une augmentation des réponses « positives » (+60%) et « très négatives » (+5,7%), aux dépens des réponses « négatives » (-57,1%) et « neutres » (-8,6%) ; cela témoigne d'une amélioration de la situation ;
- **pour les biologistes médicaux**, une augmentation des réponses « négatives » (+50%), aux dépens des réponses « positives » (-50%) ; cela témoigne d'une altération de la situation ;



- **pour la pédicure-podologue** une augmentation des réponses « neutres » (+100%) aux dépens des réponses « négatives » (-100%) ; cela témoigne d'une amélioration de la situation qui se fait uniquement en faveur de la neutralité.

**La stratification par profession montre une division des avis en deux groupes.**

**D'un côté, les biologistes médicaux pour lesquels il y a une altération de la situation. De l'autre, les IDE, MKDE, MG, les pharmaciens et la pédicure-podologue pour lesquels il y a une amélioration de la situation. Il faut noter que les améliorations des IDE, MKDE et de la pédicure-podologue se font uniquement en faveur de la neutralité.**

**La stratification selon la fréquence d'utilisation** nous permet d'observer que l'usage de l'outil entraîne :

- **pour une UMUM**, une augmentation des réponses « neutres » (+19%), « positives » (+12,1%) et « très positives » (+1,7%), aux dépens des réponses « négatives » (-31%) et « très négatives » (-1,7%). **Si nous comparons ces chiffres aux résultats non stratifiés**, nous observons une variation pour les réponses « très négatives » de -1,4%, pour les réponses « négatives » de +1,9%, pour les « neutres » de -7,9%, pour les « positives » de +8,1% et pour les « très positives » de -0,7% ; ce niveau de stratification montre une amélioration de la situation liée à une augmentation du taux de réponses globalement positives ;
- **pour une UMUS**, une augmentation des réponses « neutres » (+38,2%), et « très positives » (+5,4%), aux dépens des réponses « négatives » (-37,4%), « positives » (-4,7%) et « très négatives » (-1,5%). **Si nous comparons ces chiffres aux résultats non stratifiés**, nous observons une variation pour les réponses « très négatives » de -1,2%, pour les « négatives » de -4,5%, pour les « neutres » de 11,3%, pour les « positives » de -8,6% et pour les « très

positives » de +3% ; ce niveau de stratification montre une amélioration minime de la situation très majoritairement en faveur de la neutralité et liée à une augmentation de l'intensité des réponses globalement positives. Cette amélioration moins marquée que pour l'UMUM peut traduire un plafonnement.

**La stratification selon la fréquence d'utilisation montre pour une UMUM une majorité relative de réponses globalement neutres (37,9%, soit une augmentation de 19%), avec environ un tiers de réponses globalement positives (34,5%, soit une augmentation de 13,8%) et environ un quart de réponses globalement négatives (27,6%, soit une diminution de 32,8%). Pour une UMUS, elle met en avant une majorité absolue de réponses globalement neutres (57,1%, soit une augmentation de 38,2%), avec un taux et des intensités identiques pour les réponses globalement négatives et positives (21,4%, soit une baisse des premières de 38,9% et une augmentation des secondes de 0,7%). Dans les deux situations il s'agit d'une amélioration par rapport aux résultats non stratifiés, mais elle est minime dans le cadre de l'UMUS, et moindre par rapport à une UMUM, ce qui traduit un plafonnement.**

**Pour conclure cette sous-partie sur la gestion des urgences lors des prises en charge à domicile en équipe, l'outil numérique améliore la situation sur les résultats généraux, mais surtout en faveur de la neutralité. La stratification par profession montre que les avis sont partagés entre amélioration et dégradation. La stratification selon la fréquence d'utilisation montre une amélioration qui est cependant plafonnée.**

### **3.3.7.3. Évaluation moyenne de cette partie**

**En moyenne l'évaluation de la partie prise en charge à domicile en équipe, avant usage de l'outil montre que 3,4% (2) des professionnels en avaient une évaluation**

« très négative », 53,9% (31,25) une évaluation « négative », 20,7% (12) une évaluation « neutre », 21,6% (12,5) une évaluation « positive » et 0,4% (0,25) une évaluation « très positive ».

**La stratification selon le type de profession** montre des évaluations qui comprennent :

- **pour les IDE**, 3,8% de réponses « très négatives », 61,3% de réponses « négatives », 20% de « neutres » et 15% de « positives » ;
- **pour les MKDE**, 5% de réponses « très négatives », 40% de « négatives », 16,7% de « neutres » et 38,3% de « positives » ;
- **pour les MG**, 1,9% de réponses « très négatives », 53,8% de « négatives », 19,2% de « neutres », 23,1% de « positives » et 1,9% de « très positives » ;
- **pour les pharmaciens**, 3,6% de réponses « très négatives », 60,7% de « négatives », 32,1% de « neutres » et 3,6% de « positives » ;
- **pour les biologistes médicaux**, 50% de réponses « négatives », 37,5% de « neutres » et 12,5% de « positives » ;
- **pour la pédicure-podologue** 75% de réponses « négatives », 25% de « positives ».

**Avant l'étude, l'opinion des professionnels sur les prises en charge à domicile en équipe est plutôt négative** avec une majorité absolue de réponses globalement négatives (57,3%) et près d'un cinquième (22%) de réponses globalement positives. **La stratification par profession montre que l'avis négatif est partagé par l'ensemble des professionnels et permet d'identifier deux groupes :**

- les IDE, les MG, les pharmaciens et la pédicure-podologue pour lesquels il existe une majorité absolue de réponses globalement négatives (variant

entre 55,8% et 75%) avec un taux de réponses globalement positives variant entre 3,6% et 25% ;

- les MKDE et les biologistes médicaux pour lesquels il existe une majorité relative de réponses globalement négatives (45% et 50% respectivement) avec un taux de réponses globalement positives de 38,3% et 12,5% respectivement.

Après usage de l'outil, nous observons une augmentation des réponses « neutres » (+16,3%), « positives » (+7,1%), « très négatives » (+4,9%) et « très positives » (+3,7%), aux dépens des réponses « négatives » (-32%).

**Nous observons donc après usage de l'outil, une majorité relative de réponses globalement neutres (37%, soit une augmentation de 16,3%), près d'un tiers de réponses globalement positives (32,8%, soit une augmentation de 10,8%) et près d'un tiers de réponses globalement négatives (30,2%, soit une diminution de 27,1%). Cela témoigne d'une amélioration de la situation sur ce critère, elle est liée à une augmentation du taux de réponses globalement positives. Il faut tout de même noter que cette amélioration se fait en majorité en faveur de la neutralité.**

**La stratification selon le type de profession** nous permet d'observer que l'usage de l'outil entraîne :

- **pour les IDE**, une augmentation des réponses « neutres » (+16,8%), « positives » (+10%), « très positives » (+6,6%) et « très négatives » (+2,8%), aux dépens des réponses « négatives » (-36,3%) ; cela témoigne d'une amélioration de la situation ;
- **pour les MKDE**, une augmentation des réponses « neutres » (+50,8%), aux dépens des réponses « positives » (-25,8%) et « négatives » (-25%) ; cela

témoigne globalement d'une diminution de la dichotomie positif/négatif sans franche variation de l'équilibre positif/négatif ;

- **pour les MG**, une augmentation des réponses « positives » (+22,4%), « très négatives » (+9,4%) et « très positives » (+4,9%), aux dépens des réponses « négatives » (-28,8%) et « neutres » (-7,9%) ; cela témoigne d'une amélioration de la situation ;
- **pour les pharmaciens**, il y a une augmentation des réponses « positives » (+51,4%) et « très négatives » (+6,4%), aux dépens des réponses « négatives » (-50,7%) et « neutres » (-7,1%) ; cela témoigne d'une amélioration de la situation ;
- **pour les biologistes médicaux**, une augmentation des réponses « neutres » (+12,5%), aux dépens des réponses « positives » (-12,5%) ; cela témoigne d'une dégradation de la situation qui se fait uniquement en faveur de la neutralité ;
- **pour la pédicure-podologue** une augmentation des réponses « très négatives » (+50%) et « neutres » (+50%) aux dépens des réponses « négatives » (-75%) et « positives » (-25%) ; cela témoigne d'une altération de la situation.

**La stratification par profession montre une division des avis en trois groupes.**

D'un côté, les biologistes médicaux et la pédicure-podologue pour lesquels il y a une altération de la situation. Il faut noter que l'altération des biologistes médicaux se fait en faveur de la neutralité. De l'autre, les MKDE pour lesquels nous n'observons pas de franche variation de l'équilibre positif/négatif. Et enfin, les IDE, les MG et les pharmaciens pour lesquels il y a une amélioration de la situation.

**La stratification selon la fréquence d'utilisation** nous permet d'observer que l'usage de l'outil entraîne :

- **pour une UMUM**, une augmentation des réponses « positives » (+19,8%), « très positives » (+5,6%), « neutres » (+1,7%) et « très négatives » (+0,9%), aux dépens des réponses « négatives » (-28%). **Si nous comparons ces chiffres aux résultats non stratifiés**, nous observons une variation pour les réponses « très négatives » de -4%, pour les réponses « négatives » de +4%, pour les « neutres » de -14,6%, pour les « positives » de +12,7% et pour les « très positives » de +1,9% ; ce niveau de stratification montre une amélioration de la situation liée à une augmentation du taux et de l'intensité des réponses globalement positives ;
- **pour une UMUS**, une augmentation des réponses « positives » (+12,4%), « neutres » (+11,5%) et « très positives » (+10,3%), aux dépens des réponses « négatives » (-32,5%) et « très négatives » (-1,7%). **Si nous comparons ces chiffres aux résultats non stratifiés**, nous observons une variation pour les réponses « très négatives » de -6,5%, pour les « négatives » de -0,4%, pour les « neutres » de -4,8%, pour les « positives » de +5,3% et pour les « très positives » de +6,5% ; ce niveau de stratification montre une amélioration de la situation liée à une augmentation du taux et de l'intensité des réponses globalement positives. Cette amélioration est plus marquée que pour l'UMUM, en raison de la baisse plus forte des réponses globalement négatives et de l'intensité plus importante des réponses globalement positives.

**La stratification selon la fréquence d'utilisation** montre pour une UMUM une majorité relative de réponses globalement positives (47,4%, soit une augmentation de 25,4%) avec environ un tiers de réponses globalement négatives (30,2%, soit une diminution de 27,2%). Pour une UMUS, il y a une

majorité relative de réponses globalement positives (44,6%, soit une augmentation de 22,7%) et environ un quart de réponses globalement négatives (23,2%, soit une diminution de 34,1%). Cette stratification montre donc une amélioration en lien avec la fréquence d'utilisation, qui est liée à l'augmentation du taux et de l'intensité des réponses globalement positives.

Pour conclure cette partie sur les prises en charge à domicile en équipe, l'outil numérique améliore la situation sur les résultats généraux, mais majoritairement en faveur de la neutralité. La stratification par profession montre que les avis sont partagés entre amélioration, absence de variation et dégradation. La stratification selon la fréquence d'utilisation montre une amélioration en lien avec la fréquence d'utilisation.

**Tableau 40 : Prise en charge à domicile en équipe : résultats généraux et stratifiés par la fréquence d'utilisation (partie, versions simplifiée)**

<b>PRISE EN CHARGE À DOMICILE EN ÉQUIPE (PARTIE) : RÉSULTATS GÉNÉRAUX ET STRATIFIÉS PAR FRÉQUENCE D'UTILISATION (VERSION SIMPLIFIÉE)</b>												
	Réponse globalement négative				Neutre				Réponse globalement positive			
	AVANT (58)	APRÈS (48)	≥ 1 /MOIS (29)	≥ 1 /SEM (14)	AVANT (58)	APRÈS (48)	≥ 1 /MOIS (29)	≥ 1 /SEM (14)	AVANT (58)	APRÈS (48)	≥ 1 /MOIS (29)	≥ 1 /SEM (14)
<b>% EFFECTIF INITIAL</b>	100%	82,8%	50,0%	24,1%	100%	82,8%	50,0%	24,1%	100%	82,8%	50,0%	24,1%
<b>INITIATION DE LA PRISE EN CHARGE</b>												
<b>VA</b>	31	14	7	1	12	15	4	2	15	19	18	11
<b>% ET</b>	53,4%	29,2%	24,1%	7,1%	20,7%	31,3%	13,8%	14,3%	25,9%	39,6%	62,1%	78,6%
<b>Variation1</b>	/	-24,3%	-29,3%	-46,3%	/	10,6%	-6,9%	-6,4%	/	13,7%	36,2%	52,7%
<b>Variation2</b>		/	-5,0%	-22,0%		/	-17,5%	-17,0%		/	22,5%	39,0%
<b>SUIVI</b>												
<b>VA</b>	34	17	12	6	10	16	4	3	14	15	13	5
<b>% ET</b>	58,6%	35,4%	41,4%	42,9%	17,2%	33,3%	13,8%	21,4%	24,1%	31,3%	44,8%	35,7%
<b>Variation1</b>	/	-23,2%	-17,2%	-15,8%	/	16,1%	-3,4%	4,2%	/	7,1%	20,7%	11,6%
<b>Variation2</b>		/	6,0%	7,4%		/	-19,5%	-11,9%		/	13,6%	4,5%
<b>GESTION DES PROBLÉMATIQUES / INCIDENTS</b>												
<b>VA</b>	33	14	8	3	15	18	7	5	10	16	14	6
<b>% ET</b>	56,9%	29,2%	27,6%	21,4%	25,9%	37,5%	24,1%	35,7%	17,2%	33,3%	48,3%	42,9%
<b>Variation1</b>	/	-27,7%	-29,3%	-35,5%	/	11,6%	-1,7%	9,9%	/	16,1%	31,0%	25,6%
<b>Variation2</b>		/	-1,6%	-7,7%		/	-13,4%	-1,8%		/	14,9%	9,5%
<b>GESTION DES URGENCES</b>												
<b>VA</b>	35	13	8	3	11	22	11	8	12	13	10	3
<b>% ET</b>	60,3%	27,1%	27,6%	21,4%	19,0%	45,8%	37,9%	57,1%	20,7%	27,1%	34,5%	21,4%
<b>Variation</b>	/	-33,3%	-32,8%	-38,9%	/	26,9%	19,0%	38,2%	/	6,4%	13,8%	0,7%
<b>Variation2</b>		/	0,5%	-5,7%		/	-7,9%	11,3%		/	7,4%	-5,7%
<b>MOYENNE GÉNÉRALE</b>												
<b>VA</b>	33,25	14,5	8,75	3,25	12	17,75	6,5	4,5	12,75	15,75	13,75	6,25
<b>%</b>	57,3%	30,2%	30,2%	23,2%	20,7%	37,0%	22,4%	32,1%	22,0%	32,8%	47,4%	44,6%
<b>Variation1</b>	/	-27,1%	-27,2%	-34,1%	/	16,3%	1,7%	11,5%	/	10,8%	25,4%	22,7%
<b>Variation2</b>		/	0,0%	-7,0%		/	-14,6%	-4,8%		/	14,6%	11,8%



**Tableau 41 : Initiation des prises en charge à domicile en équipe (sous-partie, version simplifiée)**

<b>INITIATION DES PRISES EN CHARGE (SOUS-PARTIE) : RÉSULTATS GÉNÉRAUX ET STRATIFIÉS PAR PROFESSION (VERSION SIMPLIFIÉE)</b>						
	<b>Réponse globalement négative</b>		<b>Réponse neutre (3)</b>		<b>Réponse globalement positive</b>	
	<b>AVANT (58)</b>	<b>APRÈS (48)</b>	<b>AVANT (58)</b>	<b>APRÈS (48)</b>	<b>AVANT (58)</b>	<b>APRÈS (48)</b>
<b>Effectif total</b>						
<b>VA</b>	<b>31</b>	<b>14</b>	<b>12</b>	<b>15</b>	<b>15</b>	<b>19</b>
<b>% ET</b>	<b>53,4%</b>	<b>29,2%</b>	<b>20,7%</b>	<b>31,3%</b>	<b>25,9%</b>	<b>39,6%</b>
<b>Variation</b>	<b>/</b>	<b>-24,3%</b>	<b>/</b>	<b>10,6%</b>	<b>/</b>	<b>13,7%</b>
<b>IDE</b>						
<b>VA</b>	<b>12</b>	<b>5</b>	<b>3</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>9</b>
<b>% P</b>	<b>60,0%</b>	<b>26,3%</b>	<b>15,0%</b>	<b>26,3%</b>	<b>25,0%</b>	<b>47,4%</b>
<b>Variation</b>	<b>/</b>	<b>-33,7%</b>	<b>/</b>	<b>11,3%</b>	<b>/</b>	<b>22,4%</b>
<b>MKDE</b>						
<b>VA</b>	<b>7</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>1</b>
<b>% P</b>	<b>46,7%</b>	<b>30,0%</b>	<b>6,7%</b>	<b>60,0%</b>	<b>46,7%</b>	<b>10,0%</b>
<b>Variation</b>	<b>/</b>	<b>-16,7%</b>	<b>/</b>	<b>53,3%</b>	<b>/</b>	<b>-36,7%</b>
<b>MG</b>						
<b>VA</b>	<b>8</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>7</b>
<b>% P</b>	<b>61,5%</b>	<b>36,4%</b>	<b>30,8%</b>	<b>0,0%</b>	<b>7,7%</b>	<b>63,6%</b>
<b>Variation</b>	<b>/</b>	<b>-25,2%</b>	<b>/</b>	<b>-30,8%</b>	<b>/</b>	<b>55,9%</b>
<b>Pharmaciens</b>						
<b>VA</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>2</b>
<b>% P</b>	<b>42,9%</b>	<b>20,0%</b>	<b>42,9%</b>	<b>40,0%</b>	<b>14,3%</b>	<b>40,0%</b>
<b>Variation</b>	<b>/</b>	<b>-22,9%</b>	<b>/</b>	<b>-2,9%</b>	<b>/</b>	<b>25,7%</b>
<b>Biologistes médicaux</b>						
<b>VA</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>% P</b>	<b>50,0%</b>	<b>0,0%</b>	<b>50,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>0,0%</b>	<b>0,0%</b>
<b>Variation</b>	<b>/</b>	<b>-50,0%</b>	<b>/</b>	<b>50,0%</b>	<b>/</b>	<b>0,0%</b>
<b>Pédicure-podologue</b>						
<b>VA</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>
<b>% P</b>	<b>0,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>0,0%</b>	<b>0,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>0,0%</b>
<b>Variation</b>	<b>/</b>	<b>100,0%</b>	<b>/</b>	<b>0,0%</b>	<b>/</b>	<b>-100,0%</b>

**Tableau 42 : Suivi des prises en charge à domicile en équipe (sous-partie, version simplifiée)**

<b>SUIVI DES PRISES EN CHARGE (SOUS-PARTIE) : RÉSULTATS GÉNÉRAUX ET STRATIFIÉS PAR PROFESSION (VERSION SIMPLIFIÉE)</b>						
	Réponse globalement négative		Réponse neutre (3)		Réponse globalement positive	
	AVANT (58)	APRÈS (48)	AVANT (58)	APRÈS (48)	AVANT (58)	APRÈS (48)
<b>Effectif total</b>						
VA	34	17	10	16	14	15
% ET	58,6%	35,4%	17,2%	33,3%	24,1%	31,3%
Variation	/	-23,2%	/	16,1%	/	7,1%
<b>IDE</b>						
VA	14	9	4	5	2	5
% P	70,0%	47,4%	20,0%	26,3%	10,0%	26,3%
Variation	/	-22,6%	/	6,3%	/	16,3%
<b>MKDE</b>						
VA	6	2	2	7	7	1
% P	40,0%	20,0%	13,3%	70,0%	46,7%	10,0%
Variation	/	-20,0%	/	56,7%	/	-36,7%
<b>MG</b>						
VA	6	4	2	1	5	6
% P	46,2%	36,4%	15,4%	9,1%	38,5%	54,5%
Variation	/	-9,8%	/	-6,3%	/	16,1%
<b>Pharmaciens</b>						
VA	6	1	1	1	0	3
% P	85,7%	20,0%	14,3%	20,0%	0,0%	60,0%
Variation	/	-65,7%	/	5,7%	/	60,0%
<b>Biologistes médicaux</b>						
VA	1	0	1	2	0	0
% P	50,0%	0,0%	50,0%	100,0%	0,0%	0,0%
Variation	/	-50,0%	/	50,0%	/	0,0%
<b>Pédicure-podologue</b>						
VA	1	1	0	0	0	0
% P	100,0%	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Variation	/	0,0%	/	0,0%	/	0,0%

**Tableau 43 : Gestion des problématiques à domicile en équipe (sous-partie, version simplifiée)**

<b>GESTION DES PROBLÉMATIQUES À DOMICILE EN ÉQUIPE (SOUS-PARTIE) : RÉSULTATS GÉNÉRAUX ET STRATIFIÉS PAR PROFESSION (VERSION SIMPLIFIÉE)</b>						
	Réponse globalement négative		Réponse neutre (3)		Réponse globalement positive	
	AVANT (58)	APRÈS (48)	AVANT (58)	APRÈS (48)	AVANT (58)	APRÈS (48)
<b>Effectif total</b>						
VA	33	14	15	18	10	16
% ET	56,9%	29,2%	25,9%	37,5%	17,2%	33,3%
Variation	/	-27,7%	/	11,6%	/	16,1%
<b>IDE</b>						
VA	13	5	5	8	2	6
% P	65,0%	26,3%	25,0%	42,1%	10,0%	31,6%
Variation	/	-38,7%	/	17,1%	/	21,6%
<b>MKDE</b>						
VA	7	2	4	7	4	1
% P	46,7%	20,0%	26,7%	70,0%	26,7%	10,0%
Variation	/	-26,7%	/	43,3%	/	-16,7%
<b>MG</b>						
VA	7	4	2	1	4	6
% P	53,8%	36,4%	15,4%	9,1%	30,8%	54,5%
Variation	/	-17,5%	/	-6,3%	/	23,8%
<b>Pharmaciens</b>						
VA	4	1	3	1	0	3
% P	57,1%	20,0%	42,9%	20,0%	0,0%	60,0%
Variation	/	-37,1%	/	-22,9%	/	60,0%
<b>Biologistes médicaux</b>						
VA	1	2	1	0	0	0
% P	50,0%	100,0%	50,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Variation	/	50,0%	/	-50,0%	/	0,0%
<b>Pédicure-podologue</b>						
VA	1	0	0	1	0	0
% P	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%
Variation	/	-100,0%	/	100,0%	/	0,0%

**Tableau 44 : Gestion des urgences à domicile en équipe (sous-partie, version simplifiée)**

<b>GESTION DES URGENCES À DOMICILE EN ÉQUIPE (SOUS-PARTIE) : RÉSULTATS GÉNÉRAUX ET STRATIFIÉS PAR PROFESSION (VERSION SIMPLIFIÉE)</b>						
	Réponse globalement négative		Réponse neutre (3)		Réponse globalement positive	
	AVANT (58)	APRÈS (48)	AVANT (58)	APRÈS (48)	AVANT (58)	APRÈS (48)
<b>Effectif total</b>						
VA	35	13	11	22	12	13
% ET	60,3%	27,1%	19,0%	45,8%	20,7%	27,1%
Variation	/	-33,3%	/	26,9%	/	6,4%
<b>IDE</b>						
VA	13	5	4	10	3	4
% P	65,0%	26,3%	20,0%	52,6%	15,0%	21,1%
Variation	/	-38,7%	/	32,6%	/	6,1%
<b>MKDE</b>						
VA	7	1	3	7	5	2
% P	46,7%	10,0%	20,0%	70,0%	33,3%	20,0%
Variation	/	-36,7%	/	50,0%	/	-13,3%
<b>MG</b>						
VA	8	4	2	3	3	4
% P	61,5%	36,4%	15,4%	27,3%	23,1%	36,4%
Variation	/	-25,2%	/	11,9%	/	13,3%
<b>Pharmaciens</b>						
VA	5	1	2	1	0	3
% P	71,4%	20,0%	28,6%	20,0%	0,0%	60,0%
Variation	/	-51,4%	/	-8,6%	/	60,0%
<b>Biologistes médicaux</b>						
VA	1	2	0	0	1	0
% P	50,0%	100,0%	0,0%	0,0%	50,0%	0,0%
Variation	/	50,0%	/	0,0%	/	-50,0%
<b>Pédicure-podologue</b>						
VA	1	0	0	1	0	0
% P	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%
Variation	/	-100,0%	/	100,0%	/	0,0%

**Tableau 45 : Prise en charge à domicile en équipe : moyenne générale et moyenne par profession (partie, versions simplifiée)**

<b>PRISES EN CHARGE À DOMICILE EN ÉQUIPE (PARTIE) : MOYENNE GÉNÉRALE ET MOYENNE PAR PROFESSION (VERSION SIMPLIFIÉE)</b>						
	<b>Réponse globalement négative</b>		<b>Réponse neutre (3)</b>		<b>Réponse globalement positive</b>	
	<b>AVANT (58)</b>	<b>APRÈS (48)</b>	<b>AVANT (58)</b>	<b>APRÈS (48)</b>	<b>AVANT (58)</b>	<b>APRÈS (48)</b>
<b>MOYENNE GÉNÉRALE</b>						
<b>VA</b>	<b>33,25</b>	<b>14,5</b>	<b>12</b>	<b>17,75</b>	<b>12,75</b>	<b>15,75</b>
<b>% ET</b>	<b>57,3%</b>	<b>30,2%</b>	<b>20,7%</b>	<b>37,0%</b>	<b>22,0%</b>	<b>32,8%</b>
<b>Variation</b>	<b>/</b>	<b>-27,1%</b>	<b>/</b>	<b>16,3%</b>	<b>/</b>	<b>10,8%</b>
<b>MOYENNE IDE</b>						
<b>VA</b>	<b>13</b>	<b>6</b>	<b>4</b>	<b>7</b>	<b>3</b>	<b>6</b>
<b>% P</b>	<b>65,0%</b>	<b>31,6%</b>	<b>20,0%</b>	<b>36,8%</b>	<b>15,0%</b>	<b>31,6%</b>
<b>Variation</b>	<b>/</b>	<b>-33,4%</b>	<b>/</b>	<b>16,8%</b>	<b>/</b>	<b>16,6%</b>
<b>MOYENNE MKDE</b>						
<b>VA</b>	<b>6,75</b>	<b>2</b>	<b>2,5</b>	<b>6,75</b>	<b>5,75</b>	<b>1,25</b>
<b>% P</b>	<b>45,0%</b>	<b>20,0%</b>	<b>16,7%</b>	<b>67,5%</b>	<b>38,3%</b>	<b>12,5%</b>
<b>Variation</b>	<b>/</b>	<b>-25,0%</b>	<b>/</b>	<b>50,8%</b>	<b>/</b>	<b>-25,8%</b>
<b>MOYENNE MG</b>						
<b>VA</b>	<b>7,25</b>	<b>4</b>	<b>2,5</b>	<b>1,25</b>	<b>3,25</b>	<b>5,75</b>
<b>% P</b>	<b>55,8%</b>	<b>36,4%</b>	<b>19,2%</b>	<b>11,4%</b>	<b>25,0%</b>	<b>52,3%</b>
<b>Variation</b>	<b>/</b>	<b>-19,4%</b>	<b>/</b>	<b>-7,9%</b>	<b>/</b>	<b>27,3%</b>
<b>MOYENNE Pharmaciens</b>						
<b>VA</b>	<b>4,5</b>	<b>1</b>	<b>2,25</b>	<b>1,25</b>	<b>0,25</b>	<b>2,75</b>
<b>% P</b>	<b>64,3%</b>	<b>20,0%</b>	<b>32,1%</b>	<b>25,0%</b>	<b>3,6%</b>	<b>55,0%</b>
<b>Variation</b>	<b>/</b>	<b>-44,3%</b>	<b>/</b>	<b>-7,1%</b>	<b>/</b>	<b>51,4%</b>
<b>MOYENNE Biologistes médicaux</b>						
<b>VA</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0,75</b>	<b>1</b>	<b>0,25</b>	<b>0</b>
<b>% P</b>	<b>50,0%</b>	<b>50,0%</b>	<b>37,5%</b>	<b>50,0%</b>	<b>12,5%</b>	<b>0,0%</b>
<b>Variation</b>	<b>/</b>	<b>0,0%</b>	<b>/</b>	<b>12,5%</b>	<b>/</b>	<b>-12,5%</b>
<b>MOYENNE Pédicure-podologue</b>						
<b>VA</b>	<b>0,75</b>	<b>0,5</b>	<b>0</b>	<b>0,5</b>	<b>0,25</b>	<b>0</b>
<b>% P</b>	<b>75,0%</b>	<b>50,0%</b>	<b>0,0%</b>	<b>50,0%</b>	<b>25,0%</b>	<b>0,0%</b>
<b>Variation</b>	<b>/</b>	<b>-25,0%</b>	<b>/</b>	<b>50,0%</b>	<b>/</b>	<b>-25,0%</b>

Tableau 46 : Prise en charge à domicile en équipe (éléments statistiques)

PRISE EN CHARGE À DOMICILE EN ÉQUIPE		
	Avant (58)	Après (48)
% EFFECTIF INITIAL (58)	100%	82,8%
<b>INITIATION DE LA PRISE EN CHARGE</b>		
MODE	2,00	4,00
MINIMUM	1,00	1,00
1er QUARTILE	2,00	2,00
MEDIANE	2,00	3,00
3e QUARTILE	3,75	4,00
MAXIMUM	4,00	5,00
Étendue	3,00	4,00
Rapport interquartile	1,88	2,00
Différence (après - avant)	/	0,13
Coefficient interquartile	0,88	0,67
Différence (après - avant)	/	-0,21
<b>SUIVI</b>		
MODE	2,00	3,00
MINIMUM	2,00	1,00
1er QUARTILE	2,00	2,00
MEDIANE	2,00	3,00
3e QUARTILE	3,00	4,00
MAXIMUM	4,00	5,00
Étendue	2,00	4,00
Rapport interquartile	1,50	2,00
Différence (après - avant)	/	0,50
Coefficient interquartile	0,50	0,67
Différence (après - avant)	/	0,17
<b>GESTION DES PROBLÉMATIQUES / INCIDENTS</b>		
MODE	2,00	3,00
MINIMUM	1,00	1,00
1er QUARTILE	2,00	2,00
MEDIANE	2,00	3,00
3e QUARTILE	3,00	4,00
MAXIMUM	4,00	5,00
Étendue	3,00	4,00
Rapport interquartile	1,50	2,00
Différence (après - avant)	/	0,50
Coefficient interquartile	0,50	0,67
Différence (après - avant)	/	0,17
<b>GESTION DES URGENCES</b>		
MODE	2,00	3,00
MINIMUM	1,00	1,00
1er QUARTILE	2,00	2,00
MEDIANE	2,00	3,00
3e QUARTILE	3,00	4,00
MAXIMUM	5,00	5,00
Étendue	4,00	4,00
Rapport interquartile	1,50	2,00
Différence (après - avant)	/	0,50
Coefficient interquartile	0,50	0,67
Différence (après - avant)	/	0,17

**Figure 31 : Initiation des prises en charge à domicile en équipe (Extrait de Google Forms)**

### AVANT

Comment caractériseriez-vous l'initiation d'une prise en charge coordonnée au domicile des patients ?

58 réponses



### APRÈS

Comment caractériseriez-vous l'initiation d'une prise en charge coordonnée au domicile des patients ?

48 réponses

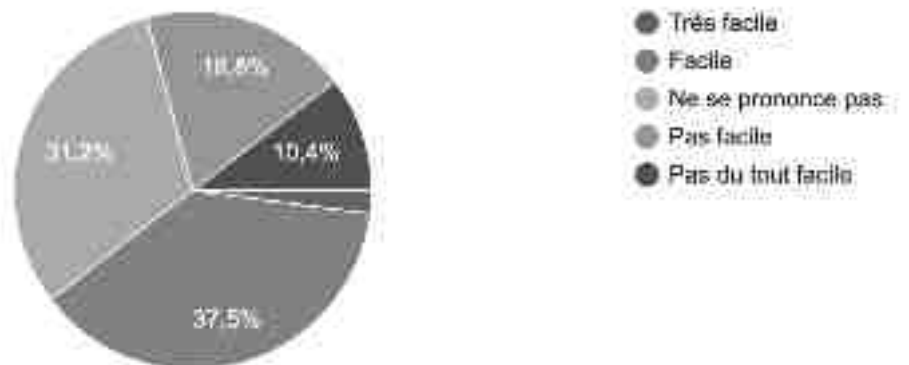


Figure 32 : Suivi des prises en charge à domicile en équipe (Extrait de Google Forms)

### AVANT

Comment évalueriez-vous le suivi pluridisciplinaire au quotidien ?

58 réponses



### APRÈS

Comment évalueriez-vous le suivi pluridisciplinaire au quotidien ?

48 réponses



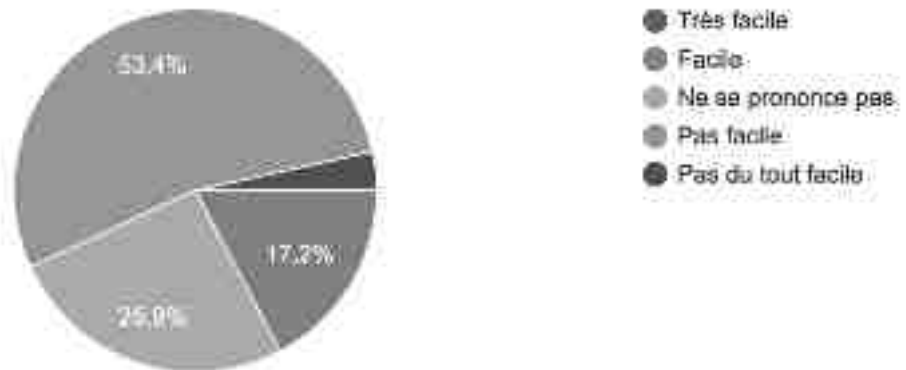


Figure 33 : Gestion des problématiques à domicile en équipe (Extrait de Google Forms)

### AVANT

Comment évalueriez-vous la gestion des problématiques / incidents ?

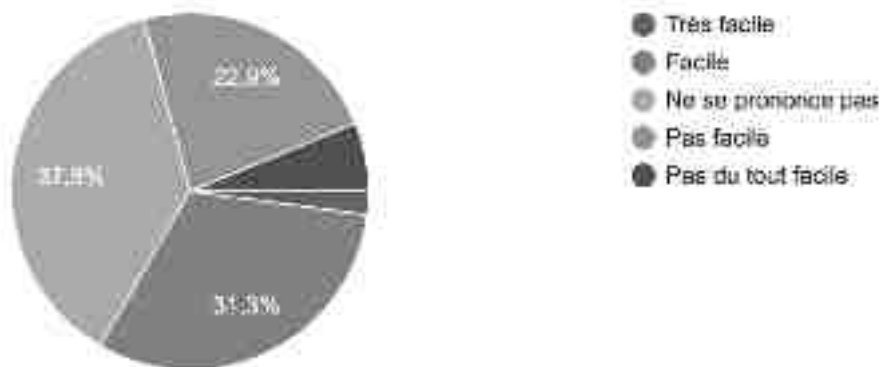
58 réponses



### APRÈS

Comment évalueriez-vous la gestion des problématiques / incidents ?

48 réponses

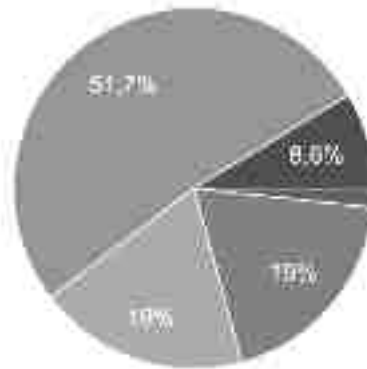


**Figure 34 : Gestion des urgences à domicile en équipe (Extrait de Google Forms)**

### AVANT

Comment évalueriez-vous la prise en charge des urgences ?

58 réponses

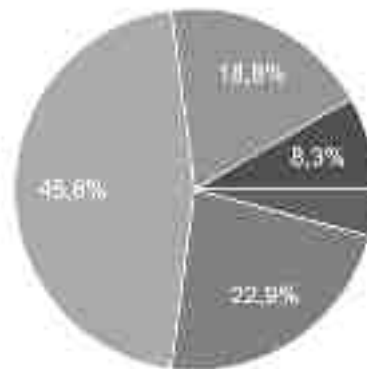


- Très facile
- Facile
- Ne se prononce pas
- Pas facile
- Pas du tout facile

### APRÈS

Comment évalueriez-vous la prise en charge des urgences ?

48 réponses



- Très facile
- Facile
- Ne se prononce pas
- Pas facile
- Pas du tout facile

### **3.3.8. La qualité des prises en charge pluridisciplinaires**

Pour rappel, les remarques d'introduction de la partie « 3.3.4. Caractérisation de la communication avec les autres professionnels de santé » s'appliquent également ici et ne seront pas reprises.

#### **3.3.8.1. Présentation des tableaux et diagrammes**

Le Tableau 47 montre le nombre de réponses de chaque niveau de l'échelle de Likert, en valeur absolue et en pourcentage des réponses de l'effectif, avant et après usage de l'outil numérique, ainsi que la stratification par fréquence d'utilisation, qui nous semble la plus pertinente. La ligne « variation 1 » correspond à la différence par rapport à la situation avant usage de l'outil. La ligne « variation 2 » correspond à la différence entre les résultats non stratifiés et ceux stratifiés selon la fréquence d'utilisation, ces deux résultats étant après usage de l'outil. Son équivalent non simplifié est présenté en Annexe 27.

Plusieurs tableaux (Tableau 48, Tableau 49 et Tableau 50) montrent les mêmes éléments avec une stratification par profession. Leurs équivalents non simplifiés sont présentés en Annexe 28. Le Tableau 51 résume l'ensemble de ces données, son équivalent non simplifié est présenté en Annexe 29.

Le Tableau 52 présente les éléments statistiques obtenus (mode ...), avant et après usage de l'outil numérique, pour les groupes non stratifiés.

Plusieurs diagrammes circulaires (Figure 35, Figure 36 et Figure 37) permettent d'avoir une représentation imagée des résultats généraux (il n'y en a pas pour les résultats stratifiés).

### 3.3.8.2. Analyse descriptive des différents résultats de la partie « Qualité des prises en charge pluridisciplinaires »

#### 3.3.8.2.1. Adaptabilité

Concernant l'adaptabilité des prises en charge pluridisciplinaire, avant usage de l'outil 1,7% (1) des professionnels en avaient une évaluation « très négative », 39,7% (23) une évaluation « négative », 27,6% (16) une évaluation « neutre », 31% (18) une évaluation « positive » et aucun n'en avait une évaluation « très positive ». Le mode associé à cette question est de 2, le minimum de 1, le 1<sup>er</sup> quartile de 2, la médiane de 3, le 3<sup>e</sup> quartile de 4 et le maximum de 4. En matière de distribution, l'étendue est de 3, le rapport interquartile de 2 et le coefficient interquartile de 0,67.

**La stratification selon le type de profession** montre des évaluations qui comprennent :

- **pour les IDE**, 40% de réponses « négatives », 30% de « neutres » et 30% de « positives » ;
- **pour les MKDE**, 6,7% de réponses « très négatives », 26,7% de « négatives », 26,7% de « neutres » et 40% de « positives » ;
- **pour les MG**, 46,2% de réponses « négatives », 30,8% de « neutres » et 23,1% de « positives » ;
- **pour les pharmaciens**, 42,9% de réponses « négatives », 28,6% de « neutres » et 28,6% de « positives » ;
- **pour les biologistes médicaux**, 50% de réponses « négatives » et 50% de « positives » ;
- **pour la pédicure-podologue** 100% de réponses « négatives ».

**Avant l'étude, l'opinion des professionnels sur l'adaptabilité des prises en charge pluridisciplinaire est plutôt négative avec une majorité relative de**

**réponses globalement négatives (41,4%) et près d'un tiers (31%) de réponses globalement positives. La stratification par profession montre des divergences entre les différents professionnels et permet d'identifier quatre groupes :**

- la pédicure-podologue pour laquelle il y a une majorité absolue de réponses globalement négatives (100%) ;
- les IDE, MG et pharmaciens pour lesquels il y a une majorité relative de réponses globalement négatives (variant entre 40% et 46,2%) et un taux de réponses globalement positives variant entre 23,1% et 30% ;
- les biologistes médicaux pour lesquels il y a autant de réponses globalement négatives et positives (50%), d'intensité similaire ;
- les MKDE qui sont dans un cas particulier avec une majorité relative de réponses globalement positives (40%) et un tiers (33,4%) de réponses globalement négatives. L'intensité de ces-dernières étant plus marquée, la situation semble tendre vers l'équilibre et ne nous permet pas une interprétation claire.

Après usage de l'outil, nous observons une augmentation des réponses « neutres » (+14,1%), « très positives » (+8,3%), « positives » (+2,3%) et « très négatives » (+0,4%), aux dépens des réponses « négatives » (-25,1%). Cela témoigne d'une amélioration de la situation majoritairement en faveur de la neutralité. Le mode passe à 3 (augmente de 1 point), le minimum reste à 1, le 1<sup>er</sup> quartile passe à 3 (augmente de 1 point), la médiane reste à 3, le 3<sup>e</sup> quartile à 4 et le maximum passe à 5 (augmente de 1 point). En matière de distribution, l'étendue passe à 4 (augmente de 1 point), le rapport interquartile à 1,33 (diminue de 0,67 point) et le coefficient interquartile à 0,33 (baisse de 0,33 point) ; cela traduit une augmentation de la dispersion générale et une diminution de la dispersion pour les réponses proches de la médiane.

Nous observons donc après usage de l'outil, une majorité relative de réponses « neutres » et globalement positives (41,7% chacune, soit une augmentation de 14,1% pour les premières et 10,6% pour les secondes) et environ un sixième de réponses globalement négatives (16,7%, soit une diminution de 24,7%). Cela témoigne d'une amélioration de la situation sur ce critère, elle est liée à une augmentation du taux et de l'intensité des réponses globalement positives. Cette amélioration se fait cependant en majorité en faveur de la neutralité.

La stratification selon le type de profession nous permet d'observer que l'usage de l'outil entraîne :

- **pour les IDE**, une augmentation des réponses « neutres » (+12,1%), « très positives » (+10,5%) et « positives » (+1,6%), aux dépens des réponses « négatives » (-24,2%) ; cela témoigne d'une amélioration de la situation ;
- **pour les MKDE**, une augmentation des réponses « neutres » (+43,3%) et « très positives » (+10%), aux dépens des réponses « positives » (-30%), « négatives » (-16,7%) et « très négatives » (-6,7%) ; cela témoigne d'une amélioration de la situation principalement en faveur de la neutralité ;
- **pour les MG**, une augmentation des réponses « positives » (+22,4%) et « très positives » (+9,1%), aux dépens des réponses « négatives » (-28%) et « neutres » (-3,5%) ; cela témoigne d'une amélioration de la situation ;
- **pour les pharmaciens**, il y a une augmentation des réponses « positives » (+51,4%), aux dépens des réponses « neutres » (-28,6%) et « négatives » (-22,9%) ; cela témoigne d'une amélioration de la situation ;
- **pour les biologistes médicaux**, une augmentation des réponses « très négatives » (+50%) et « neutres » (+50%), aux dépens des réponses « négatives » (-50%) et « positives » (-50%) ; cela témoigne d'une dégradation de la situation ;

- **pour la pédicure-podologue** une augmentation des réponses « neutres » (+100%) aux dépens des réponses « négatives » (-100%) ; cela témoigne d'une amélioration de la situation en faveur de la neutralité.

**La stratification par profession montre une division des avis en deux groupes.**

**D'un côté, les biologistes médicaux pour lesquels il y a une dégradation de la situation. De l'autre, les IDE, MKDE, MG, les pharmaciens et la pédicure-podologue pour lesquels il y a une amélioration de la situation. Il faut noter que les variations des MKDE, des biologistes médicaux et de la pédicure-podologue tendent vers la neutralité.**

**La stratification selon la fréquence d'utilisation** nous permet d'observer que l'usage de l'outil entraîne :

- **pour une UMUM**, une augmentation des réponses « positives » (+17,2%) et « très positives » (+13,8%), aux dépens des réponses « négatives » (-22,4%), « neutres » (-6,9%) et « très négatives » (-1,7%). **Si nous comparons ces chiffres aux résultats non stratifiés**, nous observons une variation pour les réponses « très négatives » de -2,1%, pour les réponses « négatives » de +2,7%, pour les « neutres » de -21%, pour les « positives » de +14,9% et pour les « très positives » de +5,5% ; ce niveau de stratification montre une amélioration de la situation liée à une augmentation du taux et de l'intensité des réponses globalement positives ;
- **pour une UMUS**, une augmentation des réponses « très positives » (+21,4%), « neutres » (+15,3%) et « positives » (+4,7%), aux dépens des réponses « négatives » (-39,7%) et « très négatives » (-1,7%). **Si nous comparons ces chiffres aux résultats non stratifiés**, nous observons une variation pour les réponses « très négatives » de -2,1%, pour les « négatives » de -14,6%, pour les « neutres » de +1,2%, pour les « positives » de +2,4% et pour les « très

positives » de +13,1% ; ce niveau de stratification montre une amélioration de la situation liée à une augmentation du taux et de l'intensité des réponses globalement positives. Cette amélioration est plus marquée que pour l'UMUM en raison de la baisse des réponses globalement négatives et de la plus forte intensité des réponses globalement positives.

**La stratification selon la fréquence d'utilisation montre pour une UMUM une majorité absolue de réponses globalement positives (62,1%, soit une augmentation de 31%) avec environ un sixième de réponses globalement négatives (17,2%, soit une diminution de 24,1%). Pour une UMUS, elle met en avant une majorité absolue de réponses globalement positives (57,1%, soit une augmentation de 26,1%) et aucune réponse globalement négative (0%, soit une diminution de 41,4%). Cette stratification montre donc une amélioration en lien avec la fréquence d'utilisation, qui est liée à l'augmentation du taux et de l'intensité des réponses globalement positives et, spécifiquement pour l'UMUS, à la disparition des réponses globalement négatives**

**Pour conclure cette sous-partie sur l'adaptabilité des prises en charge pluridisciplinaires, l'outil numérique améliore la situation sur les résultats généraux, majoritairement en faveur de la neutralité (+14,1% versus +10,6%). La stratification par profession montre que les avis sont partagés entre amélioration et dégradation. La stratification selon la fréquence d'utilisation montre une amélioration en lien avec la fréquence d'utilisation.**

#### **3.3.8.2.2. Efficacité**

Concernant l'efficacité des prises en charge pluridisciplinaires, avant usage de l'outil 1,7% (1) des professionnels en avait une évaluation « très négative », 22,4% (13) une évaluation « négative », 29,3% (17) une évaluation « neutre », 44,8% (26)



une évaluation « positive » et 1,7% (1) une évaluation « très positive ». Le mode associé à cette question est de 4, le minimum de 1, le 1<sup>er</sup> quartile de 3, la médiane de 3, le 3<sup>e</sup> quartile de 4 et le maximum de 5. En matière de distribution, l'étendue est de 4, le rapport interquartile de 1,33 et le coefficient interquartile de 0,33.

**La stratification selon le type de profession** montre des évaluations qui comprennent :

- **pour les IDE**, 30% de réponses « négatives », 40% de « neutres » et 30% de « positives » ;
- **pour les MKDE**, 6,7% de réponses « très négatives », 6,7% de « négatives », 13,3% de « neutres », 66,7% de « positives » et 6,7% de « très positives » ;
- **pour les MG**, 30,8% de réponses « négatives », 23,1% de « neutres » et 46,2% de « positives » ;
- **pour les pharmaciens**, 14,3% de réponses « négatives », 42,9% de « neutres » et 42,9% de « positives » ;
- **pour les biologistes médicaux**, 50% de réponses « négatives » et 50% de « positives » ;
- **pour la pédicure-podologue** 100% de réponses « neutres ».

**Avant l'étude, l'opinion des professionnels de santé sur l'efficacité des prises en charge pluridisciplinaires est plutôt positive, avec une majorité relative de réponses globalement positives (46,6%) et près d'un quart de réponses globalement négatives (24,1%). La stratification par profession montre des divergences parmi les professionnels et permet d'identifier quatre groupes :**

- **les IDE et les biologistes médicaux pour lesquels il y a autant de réponses globalement négatives que positives (30% et 50% respectivement) et d'intensité identique ;**

- la pédicure-podologue pour laquelle il y a une majorité absolue de réponses « neutres » (100%) ;
- les MG et les pharmaciens pour lesquels il y a une majorité relative de réponses globalement positives (46,2% et 42,9% respectivement) avec un taux de réponses globalement négatives de 30,8% et 14,3% respectivement ;
- les MKDE pour lesquels il y a une majorité absolue de réponses globalement positives (73,3%) avec un taux de réponses globalement négatives de 13,3%.

Après usage de l'outil, nous observons une augmentation des réponses « neutres » (+14,4%), « très négatives » (+2,4%) et « très positives » (+2,4%), aux dépens des réponses « positives » (-17,7%) et « négatives » (-1,6%). Cela témoigne d'une altération de la situation très largement en faveur de la neutralité. Le mode passe à 3 (baisse de 1 point), le minimum reste à 1, le 1<sup>er</sup> quartile passe à 2,75 (baisse de 0,25 point), la médiane reste à 3, le 3<sup>e</sup> quartile à 4 et le maximum à 5. En matière de distribution, l'étendue reste à 4, le rapport interquartile passe à 1,45 (augmente de 0,12 point) et le coefficient interquartile à 0,42 (augmente de 0,08 point) ; cela traduit une stabilité de la dispersion de manière générale et une augmentation minime de la dispersion pour les réponses proches de la médiane.

**Nous observons donc après usage de l'outil, une majorité relative de réponses « neutres » (43,8%, soit une augmentation de 14,4%), environ un tiers de réponses globalement positives (31,3%, soit une diminution de 15,3%) et un quart de réponses globalement négatives (25%, soit une augmentation de 0,9%). Cela témoigne d'une dégradation de la situation sur ce critère, très largement en faveur de la neutralité, cette dégradation est liée à la diminution du taux de réponses globalement positives.**

**La stratification selon le type de profession** nous permet d'observer que l'usage de l'outil entraîne :

- **pour les IDE**, une augmentation des réponses « neutres » (+7,4%) et « très positives » (+5,3%), aux dépens des réponses « positives » (-8,9%) et « négatives » (-3,7%) ; cela témoigne d'une amélioration de la situation, en raison de l'intensité des réponses globalement positives, cette amélioration se fait cependant uniquement en faveur de la neutralité ;
- **pour les MKDE**, une augmentation des réponses « neutres » (+46,7%) , « négatives » (+3,3%) et « très positives » (+3,3%), aux dépens des réponses « positives » (-46,7%) et « très négatives » (-6,7%) ; cela témoigne d'une dégradation de la situation en faveur de la neutralité ;
- **pour les MG**, une augmentation des réponses « très négatives » (+9,1%), et « neutres » (+4,2%), aux dépens des réponses « positives » (-9,8%) et « négatives » (-3,5%) ; cela témoigne d'une dégradation de la situation ;
- **pour les pharmaciens**, une augmentation des réponses « très négatives » (+20%) et « positives » (+17,1%), aux dépens des réponses « neutres » (-22,9%) et « négatives » (-14,3%) ; bien que sur la lecture des taux, l'augmentation soit largement en faveur des réponses globalement positives, le fait que l'intensité des réponses globalement négatives augmente nous empêche de conclure à une variation dans un sens ou dans l'autre ;
- **pour les biologistes médicaux**, une augmentation des réponses « neutres » (+50%), aux dépens des réponses « positives » (-50%) ; cela témoigne d'une altération de la situation en faveur de la neutralité ;
- **pour la pédicure-podologue**, il n'y a pas de variation.

**La stratification par profession montre une divergence entre les professionnels et permet d'identifier trois groupes :**

- les MKDE, les MG et les biologistes médicaux pour lesquels il y a une dégradation de la situation ;
- la pédicure-podologue pour laquelle il n'y a pas de variation ;
- les IDE pour lesquels il y a une amélioration de la situation.

Il faut noter que les variations des IDE, des MKDE et des biologistes médicaux se font principalement en faveur de la neutralité. Les variations de taux et d'intensité ne nous permettent pas de conclure dans un sens ou dans l'autre pour les pharmaciens.

La stratification selon la fréquence d'utilisation nous permet d'observer que l'usage de l'outil entraîne :

- **pour une UMUM**, une augmentation des réponses « négatives » (+5,2%), « très positives » (+5,2%) et « très négatives » (+1,7%), aux dépens des réponses « positives » (-10,3%) et « neutres » (-1,7%). **Si nous comparons ces chiffres aux résultats non stratifiés**, nous observons une variation pour les réponses « très négatives » de -0,7%, pour les « négatives » de +6,8%, pour les « neutres » de -16,2%, pour les « positives » de +7,4% et pour les « très positives » de +2,7% ; ce niveau de stratification montre une atténuation de la dégradation observée sur les résultats non stratifiés. Cette atténuation est liée à une augmentation de l'intensité des réponses globalement positives et une baisse moins marquée de leur taux ;
- **pour une UMUS**, une augmentation des réponses « neutres » (+13,5%) et « très positives » (+5,4%), aux dépens des réponses « positives » (-16,3%), « très négatives » (-1,7%) et « négatives » (-1%). **Si nous comparons ces chiffres aux résultats non stratifiés**, nous observons une variation pour les réponses « très négatives » de -4,2%, pour les « négatives » de +0,6%, pour les « neutres » de -0,9%, pour les « positives » de +1,5% et pour les « très

positives » de +3% ; ce niveau de stratification montre une atténuation de la dégradation plus importante que celle de l'UMUM en raison de l'intensité des réponses globalement positives et de la baisse du taux et de l'intensité des réponses globalement négatives.

**La stratification selon la fréquence d'utilisation montre pour une UMUM une majorité relative de réponses globalement positives (41,4%, soit une diminution de 5,2%) et environ un tiers de réponses globalement négatives (31%, soit une augmentation de 6,9%). Pour une UMUS, il y a une majorité relative de réponses « neutres » (42,9%, soit une augmentation de 13,5%) avec un peu plus d'un tiers de réponses globalement positives (35,7%, soit une diminution de 10,8%) et environ un cinquième de réponses globalement négatives (21,4%, soit une diminution de 2,7%). Cela témoigne dans les deux cas d'une atténuation de la dégradation qui est proportionnelle à la fréquence d'utilisation. Les résultats restent cependant moins bons qu'avant usage de l'outil.**

**Pour conclure cette sous-partie sur l'efficacité des prises en charge pluridisciplinaires, l'outil numérique semble altérer la situation sur les résultats généraux. La stratification par profession montre que les avis sont partagés entre amélioration, dégradation et absence de variation. La stratification selon la fréquence d'utilisation montre une atténuation de cette dégradation proportionnelle à la fréquence d'utilisation.**

#### **3.3.8.2.3. Pertinence**

Concernant **la pertinence des prises en charge pluridisciplinaires**, avant usage de l'outil, aucun des professionnels n'en avait une évaluation « très négative », 37,9% (22) en avaient une évaluation « négative », 27,6% (16) une évaluation « neutre », 32,8% (19) une évaluation « positive » et 1,7% (1) une évaluation « très positive ». Le

mode associé à cette question est de 2, le minimum de 2, le 1<sup>er</sup> quartile de 2, la médiane de 3, le 3<sup>e</sup> quartile de 4 et le maximum de 5. En matière de distribution, l'étendue est de 3, le rapport interquartile de 2 et le coefficient interquartile de 0,67.

**La stratification selon le type de profession** montre des évaluations qui comprennent :

- **pour les IDE**, 45% de réponses « négatives », 30% de « neutres » et 25% de « positives » ;
- **pour les MKDE**, 20% de réponses « négatives », 26,7% de « neutres », 46,7% de « positives » et 6,7% de « très positives » ;
- **pour les MG**, 53,8% de réponses « négatives », 7,7% de « neutres » et 38,5% de « positives » ;
- **pour les pharmaciens**, 28,6% de réponses « négatives », 42,9% de « neutres » et 28,6% de « positives » ;
- **pour les biologistes médicaux**, 50% de réponses « négatives » et 50% de « neutres » ;
- **pour la pédicure-podologue** 100% de réponses « neutres ».

**Avant l'étude, l'opinion des professionnels sur la pertinence des prises en charge pluridisciplinaires est assez partagée. Nous observons une majorité relative de réponses globalement négatives (37,9%) et près d'un tiers (34,5%) de réponses globalement positives, celles-ci étant légèrement plus intenses. La stratification par profession montre des divergences entre les différents professionnels et permet d'identifier cinq groupes :**

- **les MG pour lesquels il y a une majorité absolue de réponses globalement négatives (53,8%) avec 38,5% de réponses globalement positives ;**
- **les IDE et les biologistes médicaux pour lesquels il y a une majorité relative de réponses globalement négatives (45% et 50% respectivement)**

avec un taux de réponses globalement positives de 25% et 0% respectivement ;

- les pharmaciens pour lesquels il y a autant de réponses globalement négatives que positives (28,6%) avec des intensités identiques ;
- la pédicure-podologue pour laquelle il y a 100% de réponses « neutres » ;
- les MKDE pour lesquels il y a une majorité absolue de réponses globalement positives (53,3%) avec un taux de réponses globalement négatives de 20%.

Après usage de l'outil, nous observons une augmentation des réponses « neutres » (+22,4%), « très positives » (+2,4%) et « très négatives » (+2,1%), aux dépens des réponses « négatives » (-17,1%) et « positives » (-9,8%). Cela témoigne d'une amélioration de la situation très majoritairement en faveur de la neutralité. Le mode passe à 3 (augmente de 1 point), le minimum à 1 (baisse de 1 point), le 1<sup>er</sup> quartile à 3 (augmente de 1 point), la médiane reste à 3, le 3<sup>e</sup> quartile à 4 et le maximum à 5. En matière de distribution, l'étendue passe à 4 (augmente de 1 point), le rapport interquartile à 1,33 (diminue de 0,67 point) et le coefficient interquartile à 0,33 (baisse de 0,33 point) ; cela traduit une augmentation de la dispersion générale et une diminution de la dispersion pour les réponses proches de la médiane.

**Nous observons donc après usage de l'outil, une majorité relative de réponses « neutres » (50%, soit une augmentation de 22,4%), un peu plus d'un quart de réponses globalement positives (27,1%, soit une diminution de 7,4%) et un peu moins d'un quart de réponses globalement négatives (22,9%, soit une diminution de 15%). Cela témoigne d'une amélioration de la situation sur ce critère, elle est liée à une diminution plus marquée des réponses globalement négatives par rapport aux positives. Cette amélioration se fait cependant uniquement en faveur de la neutralité.**

**La stratification selon le type de profession** nous permet d'observer que l'usage de l'outil entraîne :

- **pour les IDE**, une augmentation des réponses « neutres » (+22,6%), « très positives » (+10,5%) et « positives » (+1,6%), aux dépens des réponses « négatives » (-34,5%) ; cela témoigne d'une amélioration de la situation majoritairement en faveur de la neutralité ;
- **pour les MKDE**, une augmentation des réponses « neutres » (+43,3%), aux dépens des réponses « négatives » (-20%), « positives » (-16,7%) et « très positives » (-6,7%) ; cela témoigne d'une dégradation de la situation uniquement en faveur de la neutralité ;
- **pour les MG**, une augmentation des réponses « neutres » (+19,6%) et « très négatives » (+9,1%), aux dépens des réponses « positives » (-20,3%) et « négatives » (-8,4%) ; cela témoigne d'une dégradation de la situation très largement en faveur de la neutralité ;
- **pour les pharmaciens**, une augmentation des réponses « neutres » (+17,1%), aux dépens des réponses « négatives » (-8,6%) et « positives » (-8,6%) ; cela témoigne d'une diminution de la dichotomie positif/négatif sans variation de l'équilibre positif/négatif ;
- **pour les biologistes médicaux**, une augmentation des réponses « négatives » (+50%), aux dépens des réponses « neutres » (-50%) ; cela témoigne d'une dégradation de la situation ;
- **pour la pédicure-podologue**, il n'y a pas de variation.

**La stratification par profession montre une division des avis en trois groupes.**

**D'un côté, les MKDE, les MG et les biologistes médicaux pour lesquels il y a une altération de la situation. De l'autre, les IDE pour lesquels il y a une amélioration de la situation. Et enfin, les pharmaciens et la pédicure-podologue pour lesquels**



il n'y a pas de variation de l'équilibre positif/négatif. Il faut noter que les dégradations des MKDE et des MG et l'amélioration des IDE se font largement, voire uniquement, en faveur de la neutralité.

La stratification selon la fréquence d'utilisation nous permet d'observer que l'usage de l'outil entraîne :

- **pour une UMUM**, une augmentation des réponses « neutres » (+10,3%), « très positives » (+5,2%) et « très négatives » (+3,4%), aux dépens des réponses « négatives » (-13,8%) et « positives » (-5,2%). **Si nous comparons ces chiffres aux résultats non stratifiés**, nous observons une variation pour les réponses « très négatives » de +1,4%, pour les réponses « négatives » de +3,3%, pour les « neutres » de -12,1%, pour les « positives » de +4,7% et pour les « très positives » de +2,7% ; ce niveau de stratification montre une très légère amélioration de la situation liée à des variations de taux et d'intensité en faveur des réponses globalement positives, nous observons également une majoration de la dichotomie positif/négatif ;
- **pour une UMUS**, une augmentation des réponses « neutres » (+22,4%), et « très positives » (+12,6%), aux dépens des réponses « négatives » (-30,8%) et « positives » (-4,2%). **Si nous comparons ces chiffres aux résultats non stratifiés**, nous observons une variation pour les réponses « très négatives » de -2,1%, pour les « négatives » de -13,7%, pour les « neutres » de +0%, pour les « positives » de +5,7% et pour les « très positives » de +10,1% ; ce niveau de stratification montre une amélioration de la situation liée à une augmentation du taux et de l'intensité des réponses globalement positives et à une baisse très importante des réponses globalement négatives, cette amélioration est plus marquée que pour l'UMUM, mais reste cependant majoritairement en faveur des réponses « neutres ».

La stratification selon la fréquence d'utilisation montre pour une UMUM une majorité relative de réponses « neutres » (37,9%, soit une augmentation de 10,3%), environ un tiers de réponses globalement positives (34,5%, soit une absence de variation) et environ un quart de réponses globalement négatives (27,6%, soit une diminution de 10,3%). Pour une UMUS, il y a une majorité relative de réponses globalement « neutres » (50%, soit une augmentation de 22,4%), presque la moitié de réponses globalement positives (42,9%, soit une augmentation de 8,4%) et moins d'un dixième de réponses globalement négatives (7,1%, soit une diminution de 30,8%). Cette stratification montre donc une amélioration en lien avec la fréquence d'utilisation, qui est liée à la baisse des réponses globalement négatives pour l'UMUM et l'UMUS, mais également pour cette-dernière à une augmentation du taux et de l'intensité des réponses globalement positives. Cependant, dans tous les cas, cette amélioration se fait majoritairement en faveur des réponses « neutres ».

Pour conclure cette sous-partie sur la pertinence des prises en charge pluridisciplinaires, l'outil numérique améliore la situation sur les résultats généraux, mais majoritairement en faveur de la neutralité. La stratification par profession montre que les avis sont partagés entre absence de variation, amélioration et dégradation. La stratification selon la fréquence d'utilisation montre une amélioration en lien avec la fréquence d'utilisation, mais qui reste toujours majoritairement en faveur de la neutralité.

### 3.3.8.3. Évaluation moyenne de cette partie

En moyenne, l'évaluation de la partie qualité des prises en charge pluridisciplinaire, avant usage de l'outil montre que 1,1% (0,67) des professionnels en avaient une évaluation « très négative », 33,3% (19,33) une évaluation

« négative », 28,2% (16,33) une évaluation « neutre », 36,2% (21) une évaluation « positive » et 1,1% (0,67) une évaluation « très positive ».

**La stratification selon le type de profession** montre des évaluations qui comprennent :

- **pour les IDE**, 38,3% de réponses « négatives », 33,3% de « neutres » et 28,3% de « positives » ;
- **pour les MKDE**, 4,4% de réponses « très négatives », 17,8% de « négatives », 22,2% de « neutres », 51,1% de « positives » et 4,4% de « très positives » ;
- **pour les MG**, 43,6% de réponses « négatives », 20,5% de « neutres » et 35,9% de « positives » ;
- **pour les pharmaciens**, 28,6% de réponses « négatives », 38,1% de « neutres » et 33,3% de « positives » ;
- **pour les biologistes médicaux**, 50% de réponses « négatives », 16,7% de « neutres » et 33,3% de réponses « positives » ;
- **pour la pédicure-podologue** 33,3% de réponses « négatives » et 66,7% de « neutres ».

**Avant l'étude, l'opinion des professionnels sur la qualité des prises en charge pluridisciplinaires est assez partagée avec une légère connotation positive.**

Nous observons une majorité relative de réponses globalement positives (37,4%) et près d'un tiers (34,5%) de réponses globalement négatives avec des intensités équivalentes. **La stratification par profession montre des divergences entre les différents professionnels et permet d'identifier quatre groupes :**

- les IDE, MG et biologistes médicaux pour lesquels il y a une majorité relative de réponses globalement négatives (variant entre 38,3% et 50%) avec un taux de réponses globalement positives variant entre 28,3% et 35,9% ;

- la pédicure-podologue pour laquelle il y a une majorité absolue de réponses « neutres » (66,7%) et 33,3% de réponses globalement négatives ;
- les pharmaciens pour lesquels il y a une majorité relative de réponses « neutres » (38,1%), avec plus de réponses globalement positives (33,3%) que négatives (28,6%) et des intensités équivalentes ;
- les MKDE pour lesquels il y a une majorité absolue de réponses globalement positives (56,6%) avec un taux de réponses globalement négatives de 22,2%.

Après usage de l'outil, nous observons une augmentation des réponses « neutres » (+17%), « très positives » (4,4%) et « très négatives » (+1,6%), aux dépens des réponses « négatives » (-14,6%) et « positives » (-8,4%).

**Nous observons donc après usage de l'outil, une majorité relative de réponses « neutres » (45,1%, soit une augmentation de 17%), un peu plus d'un tiers de réponses globalement positives (37,4%, soit une diminution de 4%) et près d'un cinquième de réponses globalement négatives (21,5%, soit une diminution de 13%). Cela témoigne d'une amélioration de la situation sur ce critère ; elle est liée à une diminution plus marquée des réponses globalement négatives que des positives et à une intensité positive plus importante que l'intensité négative. Cette amélioration se fait cependant uniquement en faveur de la neutralité.**

**La stratification selon le type de profession** nous permet d'observer que l'usage de l'outil entraîne :

- **pour les IDE**, une augmentation des réponses « neutres » (+14%) et « très positives » (+8,8%), aux dépens des réponses « négatives » (-20,8%) et « positives » (-2%) ; cela témoigne d'une amélioration de la situation majoritairement en faveur de la neutralité ;

- **pour les MKDE**, une augmentation des réponses « neutres » (+44,4%) et « très positives » (+2,2%), aux dépens des réponses « positives » (-31,1%), « négatives » (-11,1%) et « très négatives » (-4,4%) ; cela témoigne d'une dégradation de la situation uniquement en faveur de la neutralité ;
- **pour les MG**, une augmentation des réponses « neutres » (+6,8%), « très négatives » (+6,1%) et « très positives » (+3%), aux dépens des réponses « négatives » (-13,3%) et « positives » (-2,6%) ; cela témoigne d'une amélioration de la situation très largement en faveur de la neutralité ;
- **pour les pharmaciens**, il y a une augmentation des réponses « positives » (+20%) et « très négatives » (+6,7%), aux dépens des réponses « négatives » (-15,2%) et « neutres » (-11,4%) ; cela témoigne d'une amélioration de la situation ;
- **pour les biologistes médicaux**, une augmentation des réponses « très négatives » (+16,7%) et « neutres » (+16,7%), aux dépens des réponses « positives » (-33,3%) ; cela témoigne d'une dégradation de la situation ;
- **pour la pédicure-podologue**, il y a une augmentation des réponses « neutres » (+33,3%), aux dépenses des réponses « négatives » (-33,3%) ; cela témoigne d'une amélioration de la situation uniquement en faveur de la neutralité.

**La stratification par profession montre une division des avis en deux groupes.**

D'un côté, les MKDE et les biologistes médicaux pour lesquels il y a une altération de la situation. De l'autre, les IDE, les MG, les pharmaciens et la pédicure-podologue pour lesquels il y a une amélioration de la situation. Il faut noter que les variations des IDE, des MKDE, des MG et de la pédicure-podologue se font très largement, voire uniquement, en faveur de la neutralité.

**La stratification selon la fréquence d'utilisation** nous permet d'observer que l'usage de l'outil entraîne :

- **pour une UMUM**, une augmentation des réponses « très positives » (+8%), « très négatives » (+1,1%), « neutres » (+0,6%) et « positives » (+0,6%), aux dépens des réponses « négatives » (-10,3%). **Si nous comparons ces chiffres aux résultats non stratifiés**, nous observons une variation pour les réponses « très négatives » de -0,5%, pour les « négatives » de +4,2%, pour les « neutres » de -16,4%, pour les « positives » de +9% et pour les « très positives » de +3,6% ; ce niveau de stratification montre une amélioration de la situation liée à une augmentation du taux et de l'intensité des réponses globalement positives ;
- **pour une UMUS**, une augmentation des réponses « neutres » (+17,1%), et « très positives » (+13,1%), aux dépens des réponses « négatives » (-23,8%), « positives » (-5,3%) et « très négatives » (-1,1%). **Si nous comparons ces chiffres aux résultats non stratifiés**, nous observons une variation pour les réponses « très négatives » de -2,8%, pour les « négatives » de -9,2%, pour les « neutres » de +0,1%, pour les « positives » de +3,2% et pour les « très positives » de +8,7% ; ce niveau de stratification montre une amélioration de la situation liée à une augmentation du taux et de l'intensité des réponses globalement positives et à une baisse très importante des réponses globalement négatives, cette amélioration, plus marquée que pour l'UMUM, reste cependant majoritairement en faveur des réponses « neutres ».

**La stratification selon la fréquence d'utilisation** montre pour une UMUM une majorité relative de réponses globalement positives (46,2%, soit une augmentation de 8,6%) et environ un quart de réponses globalement négatives (25,3%, soit une diminution de 9,2%). Pour une UMUS, il y a une majorité relative

de réponses globalement positives (45,2%, soit une augmentation de 7,9%) et moins d'un dixième de réponses globalement négatives (9,5%, soit une diminution de 25%). Cette stratification montre donc une amélioration en lien avec la fréquence d'utilisation, qui est liée à la baisse des réponses globalement négatives pour l'UMUM et l'UMUS, mais également à une augmentation du taux et de l'intensité des réponses globalement positives. Bien que l'amélioration de l'UMUS soit supérieure à celle de l'UMUM, elle se fait majoritairement en faveur de la neutralité (+17,1% versus + 7,9%).

Pour conclure cette partie sur les prises en charge pluridisciplinaires, l'outil numérique améliore la situation sur les résultats généraux, mais uniquement en faveur de la neutralité. La stratification par profession montre que les avis sont partagés entre amélioration et dégradation. La stratification selon la fréquence d'utilisation montre une amélioration en lien avec la fréquence d'utilisation, mais qui reste majoritairement en faveur de la neutralité pour l'UMUS.

**Tableau 47 : Qualité des prises en charges pluridisciplinaires : résultats généraux et stratifiés par la fréquence d'utilisation (partie, versions simplifiée)**

QUALITÉ DES PRISES EN CHARGE PLURIDISCIPLINAIRES (PARTIE) : RÉSULTATS GÉNÉRAUX ET STRATIFIÉS PAR FRÉQUENCE D'UTILISATION (VERSION SIMPLIFIÉE)												
	Réponse globalement négative				Neutre				Réponse globalement positive			
	AVANT (58)	APRÈS (48)	>= 1 /MOIS (29)	>= 1 /SEM (14)	AVANT (58)	APRÈS (48)	>= 1 /MOIS (29)	>= 1 /SEM (14)	AVANT (58)	APRÈS (48)	>= 1 /MOIS (29)	>= 1 /SEM (14)
% EFFECTIF INITIAL	100%	82,8%	50,0%	24,1%	100%	82,8%	50,0%	24,1%	100%	82,8%	50,0%	24,1%
<b>ADAPTABILITÉ</b>												
VA	24	8	5	0	16	20	6	6	18	20	18	8
% ET	41,4%	16,7%	17,2%	0,0%	27,6%	41,7%	20,7%	42,9%	31,0%	41,7%	62,1%	57,1%
Variation1	/	-24,7%	-24,1%	-41,4%	/	14,1%	-6,9%	15,3%	/	10,6%	31,0%	26,1%
Variation2		/	0,6%	-16,7%		/	-21,0%	1,2%		/	20,4%	15,5%
<b>EFFICACITÉ</b>												
VA	14	12	9	3	17	21	8	6	27	15	12	5
% ET	24,1%	25,0%	31,0%	21,4%	29,3%	43,8%	27,6%	42,9%	46,6%	31,3%	41,4%	35,7%
Variation1	/	0,9%	6,9%	-2,7%	/	14,4%	-1,7%	13,5%	/	-15,3%	-5,2%	-10,8%
Variation2		/	6,0%	-3,6%		/	-16,2%	-0,9%		/	10,1%	4,5%
<b>PERTINENCE</b>												
VA	22	11	8	1	16	24	11	7	20	13	10	6
% ET	37,9%	22,9%	27,6%	7,1%	27,6%	50,0%	37,9%	50,0%	34,5%	27,1%	34,5%	42,9%
Variation1	/	-15,0%	-10,3%	-30,8%	/	22,4%	10,3%	22,4%	/	-7,4%	0,0%	8,4%
Variation2		/	4,7%	-15,8%		/	-12,1%	0,0%		/	7,4%	15,8%
<b>MOYENNE GÉNÉRALE</b>												
VA	20	10,33	7,333	1,333	16,33	21,67	8,333	6,333	21,67	16	13,33	6,333
%	34,5%	21,5%	25,3%	9,5%	28,2%	45,1%	28,7%	45,2%	37,4%	33,3%	46,0%	45,2%
Variation1	/	-13,0%	-9,2%	-25,0%	/	17,0%	0,6%	17,1%	/	-4,0%	8,6%	7,9%
Variation2		/	3,8%	-12,0%		/	-16,4%	0,1%		/	12,6%	11,9%



**Tableau 48 : Adaptabilité des prises en charge pluridisciplinaires (sous-partie, version simplifiée)**

<b>ADAPTABILITÉ (SOUS-PARTIE) : RÉSULTATS GÉNÉRAUX ET STRATIFIÉS PAR PROFESSION (VERSION SIMPLIFIÉE)</b>						
	<b>Réponse globalement négative</b>		<b>Réponse neutre (3)</b>		<b>Réponse globalement positive</b>	
	<b>AVANT (58)</b>	<b>APRÈS (48)</b>	<b>AVANT (58)</b>	<b>APRÈS (48)</b>	<b>AVANT (58)</b>	<b>APRÈS (48)</b>
<b>Effectif total</b>						
<b>VA</b>	<b>24</b>	<b>8</b>	<b>16</b>	<b>20</b>	<b>18</b>	<b>20</b>
<b>% ET</b>	<b>41,4%</b>	<b>16,7%</b>	<b>27,6%</b>	<b>41,7%</b>	<b>31,0%</b>	<b>41,7%</b>
<b>Variation</b>	<b>/</b>	<b>-24,7%</b>	<b>/</b>	<b>14,1%</b>	<b>/</b>	<b>10,6%</b>
<b>IDE</b>						
<b>VA</b>	<b>8</b>	<b>3</b>	<b>6</b>	<b>8</b>	<b>6</b>	<b>8</b>
<b>% P</b>	<b>40,0%</b>	<b>15,8%</b>	<b>30,0%</b>	<b>42,1%</b>	<b>30,0%</b>	<b>42,1%</b>
<b>Variation</b>	<b>/</b>	<b>-24,2%</b>	<b>/</b>	<b>12,1%</b>	<b>/</b>	<b>12,1%</b>
<b>MKDE</b>						
<b>VA</b>	<b>5</b>	<b>1</b>	<b>4</b>	<b>7</b>	<b>6</b>	<b>2</b>
<b>% P</b>	<b>33,3%</b>	<b>10,0%</b>	<b>26,7%</b>	<b>70,0%</b>	<b>40,0%</b>	<b>20,0%</b>
<b>Variation</b>	<b>/</b>	<b>-23,3%</b>	<b>/</b>	<b>43,3%</b>	<b>/</b>	<b>-20,0%</b>
<b>MG</b>						
<b>VA</b>	<b>6</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>6</b>
<b>% P</b>	<b>46,2%</b>	<b>18,2%</b>	<b>30,8%</b>	<b>27,3%</b>	<b>23,1%</b>	<b>54,5%</b>
<b>Variation</b>	<b>/</b>	<b>-28,0%</b>	<b>/</b>	<b>-3,5%</b>	<b>/</b>	<b>31,5%</b>
<b>Pharmaciens</b>						
<b>VA</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>4</b>
<b>% P</b>	<b>42,9%</b>	<b>20,0%</b>	<b>28,6%</b>	<b>0,0%</b>	<b>28,6%</b>	<b>80,0%</b>
<b>Variation</b>	<b>/</b>	<b>-22,9%</b>	<b>/</b>	<b>-28,6%</b>	<b>/</b>	<b>51,4%</b>
<b>Biologistes médicaux</b>						
<b>VA</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0</b>
<b>% P</b>	<b>50,0%</b>	<b>50,0%</b>	<b>0,0%</b>	<b>50,0%</b>	<b>50,0%</b>	<b>0,0%</b>
<b>Variation</b>	<b>/</b>	<b>0,0%</b>	<b>/</b>	<b>50,0%</b>	<b>/</b>	<b>-50,0%</b>
<b>Pédicure-podologue</b>						
<b>VA</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>% P</b>	<b>100,0%</b>	<b>0,0%</b>	<b>0,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>0,0%</b>	<b>0,0%</b>
<b>Variation</b>	<b>/</b>	<b>-100,0%</b>	<b>/</b>	<b>100,0%</b>	<b>/</b>	<b>0,0%</b>

**Tableau 49 : Efficacité des prises en charge pluridisciplinaires (sous-partie, version simplifiée)**

<b>EFFICACITÉ (SOUS-PARTIE) : RÉSULTATS GÉNÉRAUX ET STRATIFIÉS PAR PROFESSION (VERSION SIMPLIFIÉE)</b>						
	Réponse globalement négative		Réponse neutre (3)		Réponse globalement positive	
	AVANT (58)	APRÈS (48)	AVANT (58)	APRÈS (48)	AVANT (58)	APRÈS (48)
<b>Effectif total</b>						
VA	14	12	17	21	27	15
% ET	24,1%	25,0%	29,3%	43,8%	46,6%	31,3%
Variation	/	0,9%	/	14,4%	/	-15,3%
<b>IDE</b>						
VA	6	5	8	9	6	5
% P	30,0%	26,3%	40,0%	47,4%	30,0%	26,3%
Variation	/	-3,7%	/	7,4%	/	-3,7%
<b>MKDE</b>						
VA	2	1	2	6	11	3
% P	13,3%	10,0%	13,3%	60,0%	73,3%	30,0%
Variation	/	-3,3%	/	46,7%	/	-43,3%
<b>MG</b>						
VA	4	4	3	3	6	4
% P	30,8%	36,4%	23,1%	27,3%	46,2%	36,4%
Variation	/	5,6%	/	4,2%	/	-9,8%
<b>Pharmaciens</b>						
VA	1	1	3	1	3	3
% P	14,3%	20,0%	42,9%	20,0%	42,9%	60,0%
Variation	/	5,7%	/	-22,9%	/	17,1%
<b>Biologistes médicaux</b>						
VA	1	1	0	1	1	0
% P	50,0%	50,0%	0,0%	50,0%	50,0%	0,0%
Variation	/	0,0%	/	50,0%	/	-50,0%
<b>Pédicure-podologue</b>						
VA	0	0	1	1	0	0
% P	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	0,0%
Variation	/	0,0%	/	0,0%	/	0,0%

**Tableau 50 : Qualité des prises en charge pluridisciplinaires (sous-partie, version simplifiée)**

<b>PERTINENCE (SOUS-PARTIE) : RÉSULTATS GÉNÉRAUX ET STRATIFIÉS PAR PROFESSION (VERSION SIMPLIFIÉE)</b>						
	Réponse globalement négative		Réponse neutre (3)		Réponse globalement positive	
	AVANT (58)	APRÈS (48)	AVANT (58)	APRÈS (48)	AVANT (58)	APRÈS (48)
<b>Effectif total</b>						
VA	22	11	16	24	20	13
% ET	37,9%	22,9%	27,6%	50,0%	34,5%	27,1%
Variation	/	-15,0%	/	22,4%	/	-7,4%
<b>IDE</b>						
VA	9	2	6	10	5	7
% P	45,0%	10,5%	30,0%	52,6%	25,0%	36,8%
Variation	/	-34,5%	/	22,6%	/	11,8%
<b>MKDE</b>						
VA	3	0	4	7	8	3
% P	20,0%	0,0%	26,7%	70,0%	53,3%	30,0%
Variation	/	-20,0%	/	43,3%	/	-23,3%
<b>MG</b>						
VA	7	6	1	3	5	2
% P	53,8%	54,5%	7,7%	27,3%	38,5%	18,2%
Variation	/	0,7%	/	19,6%	/	-20,3%
<b>Pharmaciens</b>						
VA	2	1	3	3	2	1
% P	28,6%	20,0%	42,9%	60,0%	28,6%	20,0%
Variation	/	-8,6%	/	17,1%	/	-8,6%
<b>Biologistes médicaux</b>						
VA	1	2	1	0	0	0
% P	50,0%	100,0%	50,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Variation	/	50,0%	/	-50,0%	/	0,0%
<b>Pédicure-podologue</b>						
VA	0	0	1	1	0	0
% P	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	0,0%
Variation	/	0,0%	/	0,0%	/	0,0%

**Tableau 51 : Qualité des prises en charges pluridisciplinaires : moyenne générale et moyenne par profession (partie, versions simplifiée)**

QUALITÉ DES PRISES EN CHARGE PLURIDISCIPLINAIRES (PARTIE) : MOYENNE GÉNÉRALE ET MOYENNE PAR PROFESSION (VERSION SIMPLIFIÉE)						
	Réponse globalement négative		Réponse neutre (3)		Réponse globalement positive	
	AVANT (58)	APRÈS (48)	AVANT (58)	APRÈS (48)	AVANT (58)	APRÈS (48)
<b>MOYENNE GÉNÉRALE</b>						
VA	20	10,33333	16,33333	21,66667	21,66667	16
% ET	34,5%	21,5%	28,2%	45,1%	37,4%	33,3%
Variation	/	-13,0%	/	17,0%	/	-4,0%
<b>MOYENNE IDE</b>						
VA	7,666667	3,333333	6,666667	9	5,666667	6,666667
% P	38,3%	17,5%	33,3%	47,4%	28,3%	35,1%
Variation	/	-20,8%	/	14,0%	/	6,8%
<b>MOYENNE MKDE</b>						
VA	3,333333	0,666667	3,333333	6,666667	8,333333	2,666667
% P	22,2%	6,7%	22,2%	66,7%	55,6%	26,7%
Variation	/	-15,6%	/	44,4%	/	-28,9%
<b>MOYENNE MG</b>						
VA	5,666667	4	2,666667	3	4,666667	4
% P	43,6%	36,4%	20,5%	27,3%	35,9%	36,4%
Variation	/	-7,2%	/	6,8%	/	0,5%
<b>MOYENNE Pharmaciens</b>						
VA	2	1	2,666667	1,333333	2,333333	2,666667
% P	28,6%	20,0%	38,1%	26,7%	33,3%	53,3%
Variation	/	-8,6%	/	-11,4%	/	20,0%
<b>MOYENNE Biologistes médicaux</b>						
VA	1	1,333333	0,333333	0,666667	0,666667	0
% P	50,0%	66,7%	16,7%	33,3%	33,3%	0,0%
Variation	/	16,7%	/	16,7%	/	-33,3%
<b>MOYENNE Pédicure-podologue</b>						
VA	0,333333	0	0,666667	1	0	0
% P	33,3%	0,0%	66,7%	100,0%	0,0%	0,0%
Variation	/	-33,3%	/	33,3%	/	0,0%

**Tableau 52 : Qualité des prises en charges pluridisciplinaires (éléments statistiques)**

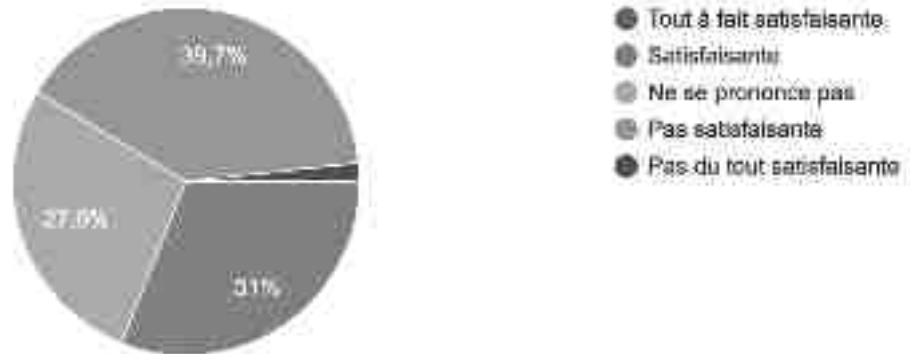
<b>QUALITÉ DES PRISES EN CHARGE PLURIDISCIPLINAIRES</b>		
	<b>Avant (58)</b>	<b>Après (48)</b>
<b>% EFFECTIF INITIAL (58)</b>	<b>100%</b>	<b>82,8%</b>
<b>ADAPTABILITE</b>		
MODE	2,00	3,00
MINIMUM	1,00	1,00
1er QUARTILE	2,00	3,00
MEDIANE	3,00	3,00
3e QUARTILE	4,00	4,00
MAXIMUM	4,00	5,00
Étendue	3,00	4,00
Rapport interquartile	2,00	1,33
Différence (après - avant)	/	-0,67
Coefficient interquartile	0,67	0,33
Différence (après - avant)	/	-0,33
<b>EFFICACITE</b>		
MODE	4,00	3,00
MINIMUM	1,00	1,00
1er QUARTILE	3,00	2,75
MEDIANE	3,00	3,00
3e QUARTILE	4,00	4,00
MAXIMUM	5,00	5,00
Étendue	4,00	4,00
Rapport interquartile	1,33	1,45
Différence (après - avant)	/	0,12
Coefficient interquartile	0,33	0,42
Différence (après - avant)	/	0,08
<b>PERTINENCE</b>		
MODE	2,00	3,00
MINIMUM	2,00	1,00
1er QUARTILE	2,00	3,00
MEDIANE	3,00	3,00
3e QUARTILE	4,00	4,00
MAXIMUM	5,00	5,00
Étendue	3,00	4,00
Rapport interquartile	2,00	1,33
Différence (après - avant)	/	-0,67
Coefficient interquartile	0,67	0,33
Différence (après - avant)	/	-0,33

**Figure 35 : Adaptabilité des prises en charge pluridisciplinaires (Extrait de Google Forms)**

### AVANT

Comment évalueriez-vous la capacité d'adaptation des prises en charges pluridisciplinaires à la situation du patient (besoin d'une réaction rapide ou au contraire de pouvoir prendre son temps) ?

58 réponses



### APRÈS

Comment évalueriez-vous la capacité d'adaptation des prises en charges pluridisciplinaires à la situation du patient (besoin d'une réaction rapide ou au contraire de pouvoir prendre son temps) ?

48 réponses

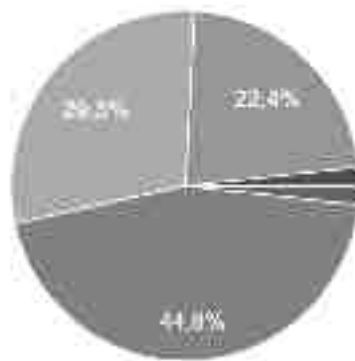


Figure 36 : Efficacité des prises en charge pluridisciplinaires (Extrait de Google Forms)

### AVANT

Comment évalueriez-vous l'efficacité des prises en charges pluridisciplinaires (atteinte des objectifs) ?

58 réponses

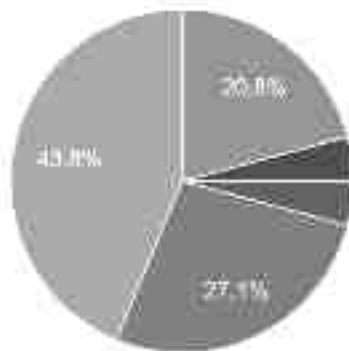


- Tout à fait satisfaisante
- Satisfaisante
- Ne se prononce pas
- Pas satisfaisante
- Pas du tout satisfaisante

### APRÈS

Comment évalueriez-vous l'efficacité des prises en charges pluridisciplinaires (atteinte des objectifs) ?

48 réponses



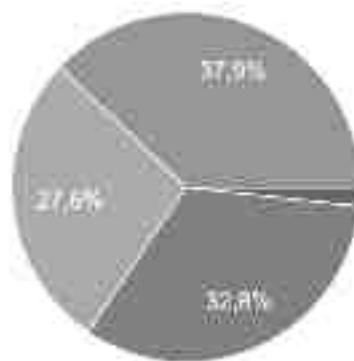
- Tout à fait satisfaisante
- Satisfaisante
- Ne se prononce pas
- Pas satisfaisante
- Pas du tout satisfaisante

**Figure 37 : Pertinence des prises en charge pluridisciplinaires (Extrait de Google Forms)**

### AVANT

Comment évalueriez-vous la pertinence des prises en charge pluridisciplinaires (utilité des examens et gestes, absence de redondance) ?

58 réponses

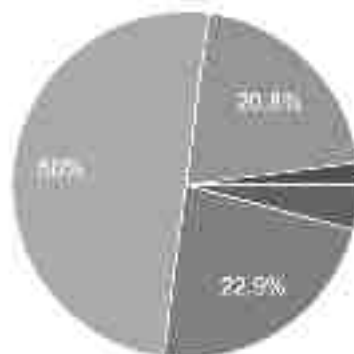


- Tout à fait satisfaisante
- Satisfaisante
- Ne se prononce pas
- Pas satisfaisante
- Pas du tout satisfaisante

### APRÈS

Comment évalueriez-vous la pertinence des prises en charge pluridisciplinaires (utilité des examens et gestes, absence de redondance) ?

48 réponses



- Tout à fait satisfaisante
- Satisfaisante
- Ne se prononce pas
- Pas satisfaisante
- Pas du tout satisfaisante



### **3.3.9. Rapport entre bénéfice obtenu - temps consacré**

Pour rappel, les remarques d'introduction de la partie « 3.3.4. Caractérisation de la communication avec les autres professionnels de santé » s'appliquent également ici et ne seront pas reprises.

#### **3.3.9.1. Présentation des tableaux et diagrammes**

Le Tableau 53 montre le nombre de réponses de chaque niveau de l'échelle de Likert, en valeur absolue et en pourcentage des réponses de l'effectif, avant et après usage de l'outil numérique, ainsi que la stratification par fréquence d'utilisation, qui nous semble la plus pertinente. La ligne « variation 1 » correspond à la différence par rapport à la situation avant usage de l'outil. La ligne « variation 2 » correspond à la différence entre les résultats non stratifiés et ceux stratifiés selon la fréquence d'utilisation, ces deux résultats étant après usage de l'outil. Son équivalent non simplifié est présenté en Annexe 30.

Plusieurs tableaux (Tableau 54 et Tableau 55) montrent les mêmes éléments avec une stratification par profession. Leurs équivalents non simplifiés sont présentés en Annexe 31. Le Tableau 56 résume l'ensemble de ces données, son équivalent non simplifié est présenté en Annexe 32.

Le Tableau 57 présente les éléments statistiques obtenus (mode ...), avant et après usage de l'outil numérique, pour les groupes non stratifiés.

Plusieurs diagrammes circulaires (Figure 38 et Figure 39) permettent d'avoir une représentation imagée des résultats généraux (il n'y en a pas pour les résultats stratifiés).

### 3.3.9.2. Analyse descriptive des différents résultats de la partie « Rapport bénéfique/temps consacré au système de coordination de proximité »

#### 3.3.9.2.1. Pour le patient

Concernant le rapport bénéfique/temps consacré pour le patient du système de coordination de proximité, avant usage de l'outil, aucun professionnel n'en avait une évaluation « très négative », 32,8% (19) en avaient une évaluation « négative », 31% (18) une évaluation « neutre », 36,2% (21) une évaluation « positive » et aucun n'en avait une évaluation « très positive ». Le mode associé à cette question est de 4, le minimum de 2, le 1<sup>er</sup> quartile de 2, la médiane de 3, le 3<sup>e</sup> quartile de 4 et le maximum de 4. En matière de distribution, l'étendue est de 2, le rapport interquartile de 2 et le coefficient interquartile de 0,67.

**La stratification selon le type de profession** montre des évaluations qui comprennent :

- **pour les IDE**, 35% de réponses « négatives », 35% de « neutres » et 30% de « positives » ;
- **pour les MKDE**, 6,7% de réponses « négatives », 26,7% de « neutres » et 66,7% de « positives » ;
- **pour les MG**, 53,8% de réponses « négatives », 23,1% de « neutres » et 23,1% de « positives » ;
- **pour les pharmaciens**, 42,9% de réponses « négatives », 42,9% de « neutres » et 14,3% de « positives » ;
- **pour les biologistes médicaux**, 50% de réponses « négatives » et 50% de « neutres » ;
- **pour la pédicure-podologue**, 100% de réponses « positives ».

**Avant l'étude, le rapport bénéfice/temps consacré pour le patient du système de coordination de proximité est plutôt partagé avec une légère connotation positive, avec une majorité relative de réponses globalement positives (36,2%) et près d'un tiers (32,8%) de réponses globalement négatives. La stratification par profession montre des divergences entre les différents professionnels et permet d'identifier trois groupes :**

- les MG pour lesquels il y a une majorité absolue de réponses globalement négatives (53,8%) ;
- les IDE, les pharmaciens et les biologistes médicaux pour lesquels il y a une majorité relative de réponses globalement négatives (variant entre 35% et 50%) et un taux de réponses globalement positives variant entre 0% et 30% ;
- les MKDE et la pédicure-podologue pour lesquels il y a une majorité absolue de réponses globalement positives (66,7% et 100% respectivement) avec un taux de réponses globalement négatives de 6,7% et 0% respectivement.

Après usage de l'outil, nous observons une augmentation des réponses « très positives » (+8,3%), « neutres » (+6,5%) et « très négatives » (+6,3%), aux dépens des réponses « positives » (-13,3%) et « négatives » (-7,8%). Cela témoigne d'une dégradation de la situation uniquement en faveur de la neutralité. Le mode passe à 3 (baisse de 1 point), le minimum à 1 (diminue de 1 point), le 1<sup>er</sup> quartile reste à 2, la médiane à 3, le 3<sup>e</sup> quartile à 4 et le maximum passe à 5 (augmente de 1 point). En matière de distribution, l'étendue passe à 4 (augmente de 2 points), le rapport interquartile reste à 2 et le coefficient interquartile à 0,67 ; cela traduit une augmentation de la dispersion générale et une stabilité de la dispersion pour les réponses proches de la médiane.

Nous observons donc après usage de l'outil, une majorité relative de réponses « neutres » (27,5%, soit une augmentation de 6,5%) et autant de réponses globalement négatives que de positives (31,3% chacune, soit une diminution de 1,5% pour les premières et de 5% pour les secondes) avec cependant des intensités positives plus marquées que les intensités négatives. Cela témoigne d'une dégradation de la situation sur ce critère, uniquement en faveur de la neutralité. Les variations d'intensité des réponses négatives comme positives doivent cependant pousser à la précaution quant à l'interprétation de ces résultats.

La stratification selon le type de profession nous permet d'observer que l'usage de l'outil entraîne :

- **pour les IDE**, une augmentation des réponses « très positives » (+15,8%), « positives » (+6,8%) et « très négatives » (+5,3%), aux dépens des réponses « neutres » (-24,5%) et « négatives » (-3,4%) ; cela témoigne d'une amélioration de la situation ;
- **pour les MKDE**, une augmentation des réponses « neutres » (+33,3%), « très positives » (+10%) et « négatives » (+3,3%), aux dépens des réponses « positives » (-46,7%) ; cela témoigne d'une dégradation de la situation presque exclusivement en faveur de la neutralité ;
- **pour les MG**, une augmentation des réponses « neutres » (+13,3%) et « très négatives » (+9,1%), aux dépens des réponses « positives » (-14%) et « négatives » (-8,4%) ; cela témoigne d'une dégradation de la situation en faveur de la neutralité, avec une augmentation importante des intensités négatives ;
- **pour les pharmaciens**, une augmentation des réponses « très négatives » (+20%), « neutres » (+17,1%) et « positives » (+5,7%), aux dépens des

réponses « négatives » (-42,9%) ; bien qu'il existe une forte augmentation de l'intensité des réponses globalement négatives, cela témoigne a priori tout de même d'une amélioration de la situation en raison de la chute du taux global de ces réponses globalement négatives. Cette amélioration se fait très majoritairement en faveur de la neutralité ;

- **pour les biologistes médicaux**, une augmentation des réponses « neutres » (+50%), aux dépens des réponses « négatives » (-50%) ; cela témoigne d'une amélioration de la situation exclusivement en faveur de la neutralité ;
- **pour la pédicure-podologue** une augmentation des réponses « neutres » (+100%), aux dépens des réponses « positives » (-100%) ; cela témoigne d'une dégradation de la situation exclusivement en faveur de la neutralité.

**La stratification par profession montre une division des avis en deux groupes.**

D'un côté, les **MKDE, les MG et la pédicure-podologue** pour lesquels il y a une **altération de la situation**. De l'autre, les **IDE, les pharmaciens et les biologistes médicaux** pour lesquels il y a une **amélioration de la situation**. Il faut noter que les variations de tous les professionnels, IDE mis à part, se font majoritairement, voire exclusivement, en faveur de la neutralité. Par ailleurs, les variations d'intensité des réponses des MG et des pharmaciens, représentant un tiers des répondants, imposent la précaution quant à l'interprétation des résultats.

**La stratification selon la fréquence d'utilisation** nous permet d'observer que l'usage de l'outil entraîne :

- **pour une UMUM**, une augmentation des réponses « très positives » (+13,8%), « très négatives » (+3,4%) et « négatives » (+1,7%), aux dépens des réponses « neutres » (-10,3%) et « positives » (-8,6%). **Si nous comparons ces chiffres aux résultats non stratifiés**, nous observons une variation pour les réponses « très négatives » de -2,8%, pour les réponses « négatives » de +9,5%, pour

les « neutres » de -16,8%, pour les « positives » de +4,7% et pour les « très positives » de +5,5% ; ce niveau de stratification montre une amélioration de la situation liée à une augmentation de l'intensité des réponses globalement positives ;

- **pour une UMUS**, une augmentation des réponses « très positives » (+21,4%), aux dépens des réponses « neutres » (-16,7%), « négatives » (-4,2%) et « positives » (-0,5%). **Si nous comparons ces chiffres aux résultats non stratifiés**, nous observons une variation pour les réponses « très négatives » de -6,3%, pour les « négatives » de +3,6%, pour les « neutres » de -23,2%, pour les « positives » de +12,8% et pour les « très positives » de +13,1% ; ce niveau de stratification montre une amélioration de la situation plus marquée que pour l'UMUM. Cette amélioration est liée à une augmentation du taux et de l'intensité des réponses globalement positives et à une baisse des réponses globalement négatives.

**La stratification selon la fréquence d'utilisation montre pour une UMUM une majorité relative de réponses globalement positives (41,4%, soit une augmentation de 5,2%) avec plus d'un tiers de réponses globalement négatives (37,9%, soit une augmentation de 5,2%). Pour une UMUS, elle met en avant une majorité absolue de réponses globalement positives (57,1%, soit une augmentation de 20,9%) et environ un quart de réponses globalement négatives (28,6%, soit une diminution de 4,2%). Cette stratification montre donc une amélioration en lien avec la fréquence d'utilisation, qui est liée à l'augmentation de l'intensité et du taux (pour l'UMUS) des réponses globalement positives.**

**Pour conclure cette sous-partie sur le rapport bénéfice/temps consacré pour le patient du système de coordination de proximité, l'outil numérique dégrade la situation sur les résultats généraux, mais uniquement en faveur de la neutralité.**

**La stratification par profession, à considérer avec précautions, montre que les avis sont partagés entre amélioration et dégradation. La stratification selon la fréquence d'utilisation montre une amélioration en lien avec la fréquence d'utilisation.**

### 3.3.9.2.2. Pour les professionnels de santé

Concernant **le rapport bénéfice/temps consacré pour les professionnels de santé du système de coordination de proximité**, avant usage de l'outil 1,7% (1) des professionnels en avaient une évaluation « très négative », 43,1% (25) une évaluation « négative », 25,9% (15) une évaluation « neutre », 27,6% (16) une évaluation « positive » et 1,7% (1) une évaluation « très positive ». Le mode associé à cette question est de 2, le minimum de 1, le 1<sup>er</sup> quartile de 2, la médiane de 3, le 3<sup>e</sup> quartile de 4 et le maximum de 5. En matière de distribution, l'étendue est de 4, le rapport interquartile de 1 et le coefficient interquartile de 0,67.

**La stratification selon le type de profession** montre des évaluations qui comprennent :

- **pour les IDE**, 45% de réponses « négatives », 35% de « neutres » et 20% de « positives » ;
- **pour les MKDE**, 20% de réponses « négatives », 33,3% de « neutres » et 46,7% de « positives » ;
- **pour les MG**, 69,2% de réponses « négatives », 7,7% de « neutres » et 23,1% de « positives » ;
- **pour les pharmaciens**, 42,9% de réponses « négatives », 28,6% de « neutres », 14,3% de « positives » et 14,3% de « très positive » ;
- **pour les biologistes médicaux**, 50% de réponses « négatives » et 50% de « positives » ;

- pour la pédicure-podologue 100% de réponses « très négatives ».

**Avant l'étude, l'opinion des professionnels de santé sur le rapport bénéfice/temps consacré pour les professionnels de santé du système de coordination de proximité est négative, avec une majorité relative de réponses globalement négatives (44,8%) et moins d'un tiers de réponses globalement positives (29,3%). La stratification par profession montre des divergences parmi les professionnels et permet d'identifier quatre groupes :**

- les MG et la pédicure-podologue pour lesquels il y a une majorité absolue de réponses globalement négatives (69,2% et 100% respectivement) et un taux de réponses globalement positives de 23,1% et 0% respectivement ;
- les IDE et les pharmaciens pour lesquels il y a une majorité relative de réponses globalement négatives (45% et 42,9% respectivement) et un taux de réponses globalement positives de 20% et 28,6% respectivement ;
- les biologistes médicaux pour lesquels il y a autant de réponses globalement négatives que positives (50%) et d'intensité identique ;
- les MKDE pour lesquels il y a une majorité relative de réponses globalement positives (46,7%) avec un taux de réponses globalement négatives de 20%.

Après usage de l'outil, nous observons une augmentation des réponses « très négatives » (+12,9%) et « très positives » (+2,4%), aux dépens des réponses « positives » (-8,8%), « neutres » (-5%) et « négatives » (-1,4%). Cela témoigne d'une altération de la situation. Le mode reste à 2, le minimum à 1, le 1<sup>er</sup> quartile à 2, la médiane passe à 2 (baisse de 1 point), le 3<sup>e</sup> quartile à 3 (baisse de 1 point) et le maximum reste à 5. En matière de distribution, l'étendue reste à 4, le rapport interquartile passe à 1,50 (baisse de 0,50 point) et le coefficient interquartile à 0,50



(baisse de 0,17 point) ; cela traduit une stabilité de la dispersion de manière générale et une diminution de la dispersion pour les réponses proches de la médiane.

**Nous observons donc après usage de l'outil, une majorité absolue de réponses globalement négatives (56,3%, soit une augmentation de 11,4%), environ un cinquième de réponses globalement positives (22,9%, soit une diminution de 6,4%). Cela témoigne d'une dégradation de la situation sur ce critère, elle est liée à l'augmentation des réponses globalement négatives aux dépens des positives.**

**La stratification selon le type de profession** nous permet d'observer que l'usage de l'outil entraîne :

- **pour les IDE**, une augmentation des réponses « positives » (+16,8%), « très négatives » (+10,5%) et « très positives » (+10,5%), aux dépens des réponses « neutres » (-29,7%) et « négatives » (-8,2%) ; cela témoigne d'une amélioration de la situation en raison de l'augmentation du taux des réponses globalement positives ;
- **pour les MKDE**, une augmentation des réponses « neutres » (+26,7%), aux dépens des réponses « positives » (-26,7%) ; cela témoigne d'une dégradation de la situation en faveur de la neutralité ;
- **pour les MG**, une augmentation des réponses « très négatives » (+36,4%) et « neutres » (+10,5%), aux dépens des réponses « négatives » (-23,8%) et « positives » (-23,1%) ; cela témoigne d'une dégradation de la situation ;
- **pour les pharmaciens**, une augmentation des réponses « négatives » (+37,1%), aux dépens des réponses « positives » (-14,3%), « très positives » (-14,3%) et « neutres » (-8,6%) ; témoignant d'une dégradation de la situation ;
- **pour les biologistes médicaux**, une augmentation des réponses « négatives » (+50%), aux dépens des réponses « positives » (-50%) ; cela témoigne d'une dégradation de la situation ;

- pour la pédicure-podologue, il n'y a pas de variation.

**La stratification par profession montre une divergence entre les professionnels et permet d'identifier trois groupes :**

- les MKDE, MG, pharmaciens et biologistes médicaux pour lesquels il y a une dégradation de la situation. Il faut noter que la dégradation pour les MKDE se fait uniquement en faveur de la neutralité ;
- la pédicure-podologue pour laquelle il n'y a pas de variation ;
- les IDE pour lesquels il y a une amélioration de la situation.

La stratification selon la fréquence d'utilisation nous permet d'observer que l'usage de l'outil entraîne :

- pour une **UMUM**, une augmentation des réponses « très négatives » (+15,5%), « très positives » (+5,2%) et « négatives » (+1,7%), aux dépens des réponses « neutres » (-22,4%). **Si nous comparons ces chiffres aux résultats non stratifiés**, nous observons une variation pour les réponses « très négatives » de +2,7%, pour les « négatives » de +3,2%, pour les « neutres » de -17,4%, pour les « positives » de +8,8% et pour les « très positives » de +2,7% ; ce niveau de stratification montre une atténuation de la dégradation observée sur les résultats non stratifiés et une augmentation de la dichotomie négatif/positif. Cette atténuation est principalement liée à l'augmentation du taux de réponses globalement positives ;
- pour une **UMUS**, une augmentation des réponses « positives » (+15,3%), « très négatives » (+12,6%) et « très positives » (+12,6%), aux dépens des réponses « neutres » (-25,9%) et « négatives » (-14,5%). **Si nous comparons ces chiffres aux résultats non stratifiés**, nous observons une variation pour les réponses « très négatives » de -0,3%, pour les « négatives » de -13,1%, pour les « neutres » de -20,8%, pour les « positives » de +24,1% et pour les

« très positives » de +10,1% ; ce niveau de stratification montre une amélioration de la situation à cette fréquence liée à l'augmentation du taux de réponses globalement positives et à la baisse des globalement négatives.

**La stratification selon la fréquence d'utilisation montre pour une UMUM une majorité absolue de réponses globalement négatives (62,1%, soit une augmentation de 17,2%) et environ un tiers de réponses globalement positives (34,5%, soit une augmentation de 5,2%). Pour une UMUS, il y a une majorité absolue de réponses globalement positives (57,1%, soit une augmentation de 27,8%) avec moins de la moitié de réponses globalement négatives (42,9%, soit une diminution de 2%). Cela témoigne dans le cas de l'UMUM d'une atténuation de la dégradation liée principalement à l'augmentation du taux de réponses globalement positives et dans le cas de l'UMUS d'une amélioration de la situation liée à l'augmentation du taux de réponses globalement positives en partie aux dépens des négatives. Dans les deux cas, nous observons une augmentation de la dichotomie positif/négatif avec une baisse des réponses « neutres ».**

**Pour conclure cette sous-partie sur le rapport bénéfice/temps consacré pour les professionnels de santé au système de coordination de proximité, l'outil numérique altère la situation sur les résultats généraux. La stratification par profession montre que les avis sont partagés entre amélioration, dégradation et absence de variation. La stratification selon la fréquence d'utilisation montre une atténuation de cette dégradation pour l'UMUM et une amélioration pour l'UMUS.**

### 3.3.9.3. Évaluation moyenne de cette partie

**En moyenne, le rapport entre bénéfice obtenu - temps consacré au système de coordination de proximité** avant usage de l'outil montre que 0,9% (0,5) des professionnels en avaient une évaluation « très négative », 37,9% (22) une évaluation « négative », 28,4% (16,5) une évaluation « neutre », 31,9% (18,5) une évaluation « positive » et 0,9% (0,5) une évaluation « très positive ».

**La stratification selon le type de profession** montre des évaluations qui comprennent :

- **pour les IDE**, 40% de réponses « négatives », 35% de « neutres » et 25% de « positives » ;
- **pour les MKDE**, 13,3% de réponses « très négatives », 30% de « négatives », 22,2% de « neutres » et 56,7% de « positives » ;
- **pour les MG**, 61,5% de réponses « négatives », 15,4% de « neutres » et 23,1% de « positives » ;
- **pour les pharmaciens**, 42,9% de réponses « négatives », 35,7% de « neutres » et 14,3% de « positives » ;
- **pour les biologistes médicaux**, 50% de réponses « négatives », 25% de « neutres » et 25% de réponses « positives » ;
- **pour la pédicure-podologue** 50% de réponses « très négatives » et 50% de « positives ».

**Avant l'étude, l'opinion des professionnels sur le rapport bénéfice obtenu - temps consacré au système de coordination de proximité est assez partagée, avec une connotation négative.** Nous observons une majorité relative de réponses globalement négatives (38,8%) et près d'un tiers (32,8%) de réponses globalement positives, avec des intensités équivalentes. **La stratification par**

**profession montre des divergences entre les professionnels et permet d'identifier quatre groupes :**

- les MG pour lesquels il y a une majorité absolue de réponses globalement négatives (61,5%) et environ un quart de globalement positives (23,1%) ;
- les IDE, pharmaciens et biologistes médicaux pour lesquels il y a une majorité relative de réponses globalement négatives (variant entre 40% et 50%) avec un taux de réponses globalement positives variant entre 21,4% et 25% ;
- la pédicure-podologue pour laquelle il y a autant de réponses globalement négatives que de positives (50%), mais avec des intensités négatives plus importantes ;
- les MKDE pour lesquels il y a une majorité absolue de réponses globalement positives (56,7%) avec un taux de réponses globalement négatives de 13,3%.

Après usage de l'outil, nous observons une augmentation des réponses « très négatives » (+9,6%), « très positives » (5,4%) et « neutres » (+0,7%), aux dépens des réponses « positives » (-11,1%) et « négatives » (-0,7%).

**Nous observons donc, après usage de l'outil, une majorité relative de réponses « négatives » (43,8%, soit une augmentation de 5%) avec près d'un quart de réponses globalement positives (27,1%, soit une diminution de 5,7%). Cela témoigne d'une dégradation de la situation, liée à une augmentation des réponses globalement négatives aux dépens des positives avec des intensités négatives plus marquées.**

**La stratification selon le type de profession nous permet d'observer que l'usage de l'outil entraîne :**

- **pour les IDE**, une augmentation des réponses « très positives » (+13,2%), « positives » (+11,8%) et « très négatives » (+7,9%), aux dépens des réponses « neutres » (-27,1%) et « négatives » (-5,8%) ; cela témoigne d'une amélioration de la situation ;
- **pour les MKDE**, une augmentation des réponses « neutres » (+30%), « très positives » (+5%) et « négatives » (+1,7%), aux dépens des réponses « positives » (-36,7%) ; cela témoigne d'une dégradation de la situation très largement en faveur de la neutralité ;
- **pour les MG**, une augmentation des réponses « très négatives » (+22,7%) et « neutres » (+11,9%), aux dépens des réponses « positives » (-18,5%) et « négatives » (-16,1%) ; cela témoigne d'une dégradation de la situation en faveur de la neutralité, mais avec des intensités négatives qui augmentent fortement ;
- **pour les pharmaciens**, il y a une augmentation des réponses « très négatives » (+10%) et « neutres » (+4,3%), aux dépens des réponses « très positives » (-7,1%), « positives » (-4,3%) et « négatives » (-2,9%) ; cela témoigne d'une dégradation de la situation ;
- **pour les biologistes médicaux**, une augmentation des réponses « neutres » (+25%), aux dépens des réponses « positives » (-25%) ; cela témoigne d'une dégradation de la situation uniquement en faveur de la neutralité ;
- **pour la pédicure-podologue**, il y a une augmentation des réponses « neutres » (+50%), aux dépenses des réponses « positives » (-50%) ; cela témoigne d'une dégradation de la situation uniquement en faveur de la neutralité.

**La stratification par profession montre une division des avis en deux groupes.**

**D'un côté, les MKDE, MG, pharmacien, biologistes médicaux et la pédicure-**

podologue pour lesquels il y a une dégradation de la situation. De l'autre, les IDE pour lesquels il y a une amélioration de la situation. Il faut noter que les dégradations des MKDE, des MG, des biologistes médicaux et de la pédicure-podologue se font majoritairement, voire uniquement, en faveur de la neutralité. Il faut toutefois prendre en compte l'augmentation importante des intensités négatives pour les MG.

La stratification selon la fréquence d'utilisation nous permet d'observer que l'usage de l'outil entraîne :

- **pour une UMUM**, une augmentation des réponses « très négatives » (+9,5%), « très positives » (+9,5%) et « négatives » (+1,7%), aux dépens des réponses « neutres » (-16,4%) et « positives » (-4,3%). **Si nous comparons ces chiffres aux résultats non stratifiés**, nous observons une variation pour les réponses « très négatives » de -0,1%, pour les « négatives » de +6,3%, pour les « neutres » de -17,1%, pour les « positives » de +6,8% et pour les « très positives » de +4,1% ; ce niveau de stratification montre une atténuation de la dégradation liée à une augmentation du taux de réponses globalement positives, bien que cette augmentation reste inférieure à celle des réponses globalement négatives. Les intensités positives et négatives sont identiques, avec une forte augmentation de la dichotomie positive/négative ;
- **pour une UMUS**, une augmentation des réponses « très positives » (+17%), « positives » (+7,4%) et « très négatives » (+6,3%), aux dépens des réponses « neutres » (-21,3%) et « négatives » (-9,4%). **Si nous comparons ces chiffres aux résultats non stratifiés**, nous observons une variation pour les réponses « très négatives » de -3,3%, pour les « négatives » de -4,8%, pour les « neutres » de -22%, pour les « positives » de +18,5% et pour les « très positives » de +11,6% ; ce niveau de stratification montre une amélioration de

la situation liée à une augmentation du taux et de l'intensité des réponses globalement positives et à une baisse des réponses globalement négatives. Nous observons également une forte augmentation de la dichotomie positive/négative.

**La stratification selon la fréquence d'utilisation montre pour une UMUM une majorité relative de réponses globalement négatives (50%, soit une augmentation de 11,2%) et plus d'un tiers de réponses globalement positives (37,9%, soit une diminution de 5,2%). Pour une UMUS, nous observons une majorité absolue de réponses globalement positives (57,1%, soit une augmentation de 24,4%) et environ un tiers de réponses globalement négatives (35,7%, soit une diminution de 3,1%). Cette stratification montre donc une atténuation de la dégradation pour l'UMUM et une amélioration de la situation pour l'UMUS. Dans les deux cas, cela s'accompagne d'une augmentation de la dichotomie positive/négative. La différence entre les deux tient essentiellement aux réponses globalement négatives qui augmentent dans le premier cas et diminuent dans le deuxième, mais également à l'importance de l'augmentation du taux et de l'intensité des réponses globalement positives dans le deuxième cas.**

**Pour conclure cette partie sur le rapport bénéfice obtenu - temps consacré au système de coordination de proximité, l'outil numérique dégrade la situation sur les résultats généraux. La stratification par profession montre que les avis sont partagés entre amélioration et dégradation. La stratification selon la fréquence d'utilisation montre une atténuation de la dégradation pour l'UMUM et une amélioration pour l'UMUS.**



**Tableau 53 : Rapport bénéfice/temps consacré du système de coordination de proximité : résultats généraux et stratifiés par la fréquence d'utilisation (partie, versions simplifiée)**

RAPPORT BÉNÉFICE/TEMPS CONSACRÉ DU SYSTÈME DE COORDINATION DE PROXIMITÉ (PARTIE) : RÉSULTATS GÉNÉRAUX ET STRATIFIÉS PAR FRÉQUENCE D'UTILISATION (VERSION SIMPLIFIÉE)												
	Réponse globalement négative				Neutre				Réponse globalement positive			
	AVANT (58)	APRÈS (48)	≥ 1 /MOIS (29)	≥ 1 /SEM (14)	AVANT (58)	APRÈS (48)	≥ 1 /MOIS (29)	≥ 1 /SEM (14)	AVANT (58)	APRÈS (48)	≥ 1 /MOIS (29)	≥ 1 /SEM (14)
% EFFECTIF INITIAL	100%	82,8%	50,0%	24,1%	100%	82,8%	50,0%	24,1%	100%	82,8%	50,0%	24,1%
<b>POUR LE PATIENT</b>												
VA	19	15	11	4	18	18	6	2	21	15	12	8
% ET	32,8%	31,3%	37,9%	28,6%	31,0%	37,5%	20,7%	14,3%	36,2%	31,3%	41,4%	57,1%
Variation1	/	-1,5%	5,2%	-4,2%	/	6,5%	-10,3%	-16,7%	/	-5,0%	5,2%	20,9%
Variation2		/	6,7%	-2,7%		/	-16,8%	-23,2%		/	10,1%	25,9%
<b>POUR LES PROFESSIONNELS</b>												
VA	26	27	18	6	15	10	1	0	17	11	10	8
% ET	44,8%	56,3%	62,1%	42,9%	25,9%	20,8%	3,4%	0,0%	29,3%	22,9%	34,5%	57,1%
Variation1	/	11,4%	17,2%	-2,0%	/	-5,0%	-22,4%	-25,9%	/	-6,4%	5,2%	27,8%
Variation2		/	5,8%	-13,4%		/	-17,4%	-20,8%		/	11,6%	34,2%
<b>MOYENNE GÉNÉRALE</b>												
VA	23	21	14,5	5	16,5	14	3,5	1	19	13	11	8
%	38,8%	43,8%	50,0%	35,7%	28,4%	29,2%	12,1%	7,1%	32,8%	27,1%	37,9%	57,1%
Variation1	/	5,0%	11,2%	-3,1%	/	0,7%	-16,4%	-21,3%	/	-5,7%	5,2%	24,4%
Variation2		/	6,3%	-8,0%		/	-17,1%	-22,0%		/	10,8%	30,1%

**Tableau 54 : Rapport bénéfice/temps consacré du système de coordination de proximité pour le patient (sous-partie, version simplifiée)**

<b>RAPPORT BÉNÉFICE/TEMPS CONSACRÉ POUR LE PATIENT (SOUS-PARTIE) : RÉSULTATS GÉNÉRAUX ET STRATIFIÉS PAR PROFESSION (VERSION SIMPLIFIÉE)</b>						
	Réponse globalement négative		Réponse neutre (3)		Réponse globalement positive	
	AVANT (58)	APRÈS (48)	AVANT (58)	APRÈS (48)	AVANT (58)	APRÈS (48)
<b>Effectif total</b>						
VA	19	15	18	18	21	15
% ET	32,8%	31,3%	31,0%	37,5%	36,2%	31,3%
Variation	/	-1,5%	/	6,5%	/	-5,0%
<b>IDE</b>						
VA	7	7	7	2	6	10
% P	35,0%	36,8%	35,0%	10,5%	30,0%	52,6%
Variation	/	1,8%	/	-24,5%	/	22,6%
<b>MKDE</b>						
VA	1	1	4	6	10	3
% P	6,7%	10,0%	26,7%	60,0%	66,7%	30,0%
Variation	/	3,3%	/	33,3%	/	-36,7%
<b>MG</b>						
VA	7	6	3	4	3	1
% P	53,8%	54,5%	23,1%	36,4%	23,1%	9,1%
Variation	/	0,7%	/	13,3%	/	-14,0%
<b>Pharmaciens</b>						
VA	3	1	3	3	1	1
% P	42,9%	20,0%	42,9%	60,0%	14,3%	20,0%
Variation	/	-22,9%	/	17,1%	/	5,7%
<b>Biologistes médicaux</b>						
VA	1	0	1	2	0	0
% P	50,0%	0,0%	50,0%	100,0%	0,0%	0,0%
Variation	/	-50,0%	/	50,0%	/	0,0%
<b>Pédicure-podologue</b>						
VA	0	0	0	1	1	0
% P	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%
Variation	/	0,0%	/	100,0%	/	-100,0%

**Tableau 55 : Rapport bénéfice/temps consacré du système de coordination de proximité pour les professionnels de santé (sous-partie, version simplifiée)**

<b>RAPPORT BÉNÉFICE/TEMPS CONSACRÉ POUR LES PROFESSIONNELS (SOUS-PARTIE)</b>						
<b>: RÉSULTATS GÉNÉRAUX ET STRATIFIÉS PAR PROFESSION (VERSION SIMPLIFIÉE)</b>						
	Réponse globalement négative		Réponse neutre (3)		Réponse globalement positive	
	AVANT (58)	APRÈS (48)	AVANT (58)	APRÈS (48)	AVANT (58)	APRÈS (48)
<b>Effectif total</b>						
VA	26	27	15	10	17	11
% ET	44,8%	56,3%	25,9%	20,8%	29,3%	22,9%
Variation	/	11,4%	/	-5,0%	/	-6,4%
<b>IDE</b>						
VA	9	9	7	1	4	9
% P	45,0%	47,4%	35,0%	5,3%	20,0%	47,4%
Variation	/	2,4%	/	-29,7%	/	27,4%
<b>MKDE</b>						
VA	3	2	5	6	7	2
% P	20,0%	20,0%	33,3%	60,0%	46,7%	20,0%
Variation	/	0,0%	/	26,7%	/	-26,7%
<b>MG</b>						
VA	9	9	1	2	3	0
% P	69,2%	81,8%	7,7%	18,2%	23,1%	0,0%
Variation	/	12,6%	/	10,5%	/	-23,1%
<b>Pharmaciens</b>						
VA	3	4	2	1	2	0
% P	42,9%	80,0%	28,6%	20,0%	28,6%	0,0%
Variation	/	37,1%	/	-8,6%	/	-28,6%
<b>Biologistes médicaux</b>						
VA	1	2	0	0	1	0
% P	50,0%	100,0%	0,0%	0,0%	50,0%	0,0%
Variation	/	50,0%	/	0,0%	/	-50,0%
<b>Pédicure-podologue</b>						
VA	1	1	0	0	0	0
% P	100,0%	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Variation	/	0,0%	/	0,0%	/	0,0%

**Tableau 56 : Rapport bénéfice/temps consacré du système de coordination de proximité : moyenne générale et moyenne par profession (partie, versions simplifiée)**

RAPPORT BÉNÉFICE/TEMPS CONSACRÉ DU SYSTÈME DE COORDINATION DE PROXIMITÉ (PARTIE) : MOYENNE GÉNÉRALE ET MOYENNE PAR PROFESSION (VERSION SIMPLIFIÉE)						
	Réponse globalement négative		Réponse neutre (3)		Réponse globalement positive	
	AVANT (58)	APRÈS (48)	AVANT (58)	APRÈS (48)	AVANT (58)	APRÈS (48)
<b>MOYENNE GÉNÉRALE</b>						
VA	22,5	21	16,5	14	19	13
% ET	38,8%	43,8%	28,4%	29,2%	32,8%	27,1%
Variation	/	5,0%	/	0,7%	/	-5,7%
<b>MOYENNE IDE</b>						
VA	8	8	7	1,5	5	9,5
% P	40,0%	42,1%	35,0%	7,9%	25,0%	50,0%
Variation	/	2,1%	/	-27,1%	/	25,0%
<b>MOYENNE MKDE</b>						
VA	2	1,5	4,5	6	8,5	2,5
% P	13,3%	15,0%	30,0%	60,0%	56,7%	25,0%
Variation	/	1,7%	/	30,0%	/	-31,7%
<b>MOYENNE MG</b>						
VA	8	7,5	2	3	3	0,5
% P	61,5%	68,2%	15,4%	27,3%	23,1%	4,5%
Variation	/	6,6%	/	11,9%	/	-18,5%
<b>MOYENNE Pharmaciens</b>						
VA	3	2,5	2,5	2	1,5	0,5
% P	42,9%	50,0%	35,7%	40,0%	21,4%	10,0%
Variation	/	7,1%	/	4,3%	/	-11,4%
<b>MOYENNE Biologistes médicaux</b>						
VA	1	1	0,5	1	0,5	0
% P	50,0%	50,0%	25,0%	50,0%	25,0%	0,0%
Variation	/	0,0%	/	25,0%	/	-25,0%
<b>MOYENNE Pédicure-podologue</b>						
VA	0,5	0,5	0	0,5	0,5	0
% P	50,0%	50,0%	0,0%	50,0%	50,0%	0,0%
Variation	/	0,0%	/	50,0%	/	-50,0%

**Tableau 57 : Rapport bénéfice/temps consacré du système de coordination de proximité (éléments statistiques)**

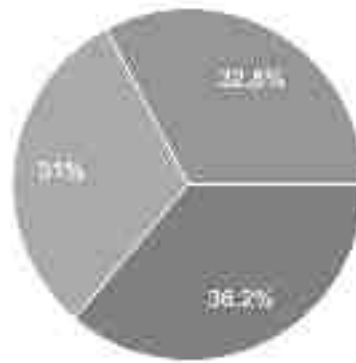
RAPPORT BÉNÉFICE/TEMPS CONSACRÉ DU SYSTÈME DE COORDINATION DE PROXIMITÉ		
	Avant (58)	Après (48)
% EFFECTIF INITIAL (58)	100%	82,8%
<b>POUR LES PATIENTS</b>		
MODE	4,00	3,00
MINIMUM	2,00	1,00
1er QUARTILE	2,00	2,00
MEDIANE	3,00	3,00
3e QUARTILE	4,00	4,00
MAXIMUM	4,00	5,00
Étendue	2,00	4,00
Rapport interquartile	2,00	2,00
Différence (après - avant)	/	0,00
Coefficient interquartile	0,67	0,67
Différence (après - avant)	/	0,00
<b>POUR LES PROFESSIONNELS</b>		
MODE	2,00	2,00
MINIMUM	1,00	1,00
1er QUARTILE	2,00	2,00
MEDIANE	3,00	2,00
3e QUARTILE	4,00	3,00
MAXIMUM	5,00	5,00
Étendue	4,00	4,00
Rapport interquartile	2,00	1,50
Différence (après - avant)	/	-0,50
Coefficient interquartile	0,67	0,50
Différence (après - avant)	/	-0,17

**Figure 38 : Rapport bénéfice/temps consacré du système de coordination de proximité pour le patient (Extrait de Google Forms)**

### AVANT

Comment évalueriez-vous le rapport bénéfice obtenu / temps consacré pour le patient ?

58 réponses

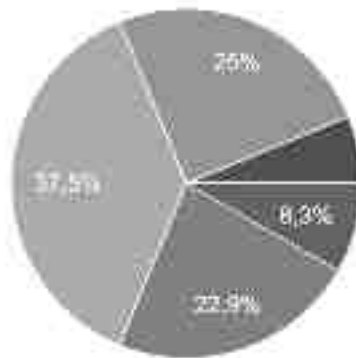


- Tout à fait satisfaisant
- Satisfaisant
- Ne se prononce pas
- Pas satisfaisant
- Pas du tout satisfaisant

### APRÈS

Comment évalueriez-vous le rapport bénéfice obtenu / temps consacré pour le patient ?

48 réponses



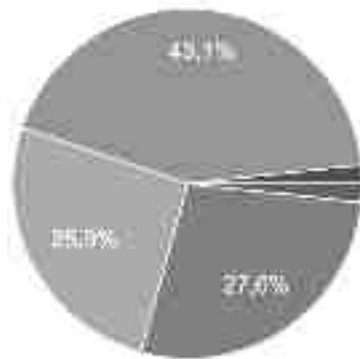
- Tout à fait satisfaisant
- Satisfaisant
- Ne se prononce pas
- Pas satisfaisant
- Pas du tout satisfaisant

**Figure 39 : Rapport bénéfice/temps consacré du système de coordination de proximité pour le patient (Extrait de Google Forms)**

### AVANT

Comment évalueriez-vous le rapport bénéfice obtenu / temps consacré pour les professionnels de santé ?

58 réponses

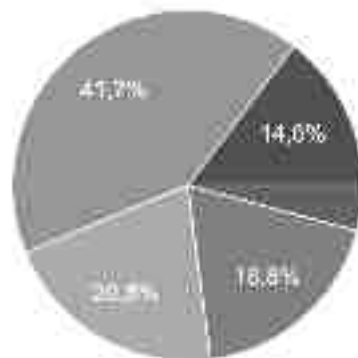


- Tout à fait satisfaisant
- Satisfaisant
- Ne se prononce pas
- Pas satisfaisant
- Pas du tout satisfaisant

### APRÈS

Comment évalueriez-vous le rapport bénéfice obtenu / temps consacré pour les professionnels de santé ?

48 réponses



- Tout à fait satisfaisant
- Satisfaisant
- Ne se prononce pas
- Pas satisfaisant
- Pas du tout satisfaisant

### **3.3.10. Satisfaction globale du système de coordination de proximité**

Pour rappel, les remarques d'introduction de la partie « 3.3.4. Caractérisation de la communication avec les autres professionnels de santé » s'appliquent également ici et ne seront pas reprises.

#### **3.3.10.1. Présentation des tableaux et diagrammes**

Le Tableau 58 montre le nombre de réponses de chaque niveau de l'échelle de Likert, en valeur absolue et en pourcentage des réponses de l'effectif, avant et après usage de l'outil numérique, ainsi que la stratification par fréquence d'utilisation, qui nous semble la plus pertinente. La ligne « variation 1 » correspond à la différence par rapport à la situation avant usage de l'outil. La ligne « variation 2 » correspond à la différence entre les résultats non stratifiés et ceux stratifiés selon la fréquence d'utilisation, ces deux résultats étant après usage de l'outil. Son équivalent non simplifié est présenté en Annexe 33.

Le Tableau 59 montre les mêmes éléments avec une stratification par profession. Son équivalent non simplifié est présenté en Annexe 34.

Le Tableau 60 présente les éléments statistiques obtenus (mode ...), avant et après usage de l'outil numérique, pour les groupes non stratifiés.

La Figure 40 permet d'avoir une représentation imagée des résultats généraux (il n'y en a pas pour les résultats stratifiés).

#### **3.3.10.2. Objectif et limites de la comparaison entre les observations faites sur l'ensemble des questions précédentes et la question d'évaluation globale**

Cette partie a pour objectif de comprendre la variation de la satisfaction liée au système de coordination de proximité à partir des réponses à l'avant-dernière question (évaluation globale de la situation). Cette variation correspond à notre critère de



jugement principal. Celles-ci sont comparées à l'ensemble des observations constatées jusque-là afin de savoir si les questions posées jusque-là permettent d'avoir une bonne représentation d'ensemble.

Cette analyse est cependant à interpréter avec précaution. En effet, d'un côté nous avons une question générique et globale et de l'autre un ensemble d'évaluations qui ne sont ni exhaustives ni personnalisées (chaque point pouvant avoir une importance différente pour deux individus). De plus, la faiblesse de l'effectif pour la question unique, variant selon la stratification de 1 à 58 répondants, a ses limites, notamment si nous la comparons à un ensemble de 18 questions, dont les réponses selon la stratification varient du coup de 18 à 1044. Enfin, le fait de faire la somme des réponses de questions différentes reste statistiquement discutable, mais permet de donner une image d'ensemble.

### **3.3.10.3. Analyse descriptive de la partie « Satisfaction globale du système de coordination » et comparaison aux résultats obtenus jusque-là**

**La satisfaction globale des professionnels de santé vis-à-vis du système de coordination de proximité avant l'étude est plutôt négative**, avec 50% (29) de réponses « négatives », 17,2% (10) de « neutres » et 32,8% (19) de « positives ». Cela montre, **un niveau de satisfaction proche proportionnellement, bien que moins bon, et qui ne modifie pas l'équilibre perçu, comparativement à l'ensemble des réponses jusqu'ici** (2% (21) « très négatives », 39,4% (411) « négatives », 21,1% (220) « neutres », 34,2% (357) « positives » et 3,4% (35) « très positives »). **Avant usage de l'outil, sur l'ensemble des évaluations, ainsi que sur la satisfaction globale, le point d'équilibre semble se situer entre une opinion globalement négative et « neutre ».**

Le mode associé à cette question est de 2, le minimum de 2, le 1<sup>er</sup> quartile de 2, la médiane de 2,50, le 3<sup>e</sup> quartile de 4 et le maximum de 4. En matière de distribution, l'étendue est de 2, le rapport interquartile de 2 et le coefficient interquartile de 0,80.

**Comparativement à l'ensemble des évaluations avant usage de l'outil jusqu'ici, la stratification par profession montre que :**

- **les IDE** ont pour cette dernière question (50% (10) réponses « négatives », 25% (5) « neutres » et 25% (5) « positives ») une **évaluation très proche** de l'ensemble des questions jusqu'ici (1,7% (6) réponses « très négatives », 44,4% (160) « négatives », 24,7% (89) « neutres », 27,2% (98) « positives » et 1,9% (7) « très positives »). Celle-ci semble **très légèrement moins bonne sans modifier l'équilibre perçu** ;
- **les MKDE** ont pour cette dernière question (53,3% (8) réponses « négatives », 20% (3) « neutres » et 26,7% (4) « positives ») une **évaluation éloignée** de l'ensemble des questions jusqu'ici (3,7% (10) réponses « très négatives », 31,5% (85) « négatives », 19,3% (52) « neutres », 40% (108) « positives » et 5,8% (15) « très positives »). Celle-ci est **moins bonne et modifie fortement l'équilibre perçu** ;
- **les MG** ont pour cette dernière question (46,2% (6) réponses « négatives », 7,7% (1) « neutres » et 46,2% (6) « positives ») une **évaluation proche** de l'ensemble des questions jusqu'ici (0,4% (1) réponse « très négative », 44% (103) « négatives », 15% (35) « neutres », 37,6% (88) « positives » et 3% (7) « très positives »). Celle-ci semble **très légèrement meilleure et modifie légèrement l'équilibre perçu** ;
- **les pharmaciens** ont pour cette dernière question (57,1% (4) réponses « négative », 14,3% (1) « neutre » et 28,6% (2) « positive ») une **évaluation éloignée** de l'ensemble des questions jusqu'ici (2,4% (3) réponses « très

« négatives », 35,7% (45) « négatives », 25,4% (32) « neutres », 34,1% (43) « positives » et 2,4% (3) « très positives »). Celle-ci est **moins bonne, mais ne modifie que légèrement l'équilibre perçu** ;

- les **biologistes médicaux** ont pour cette dernière question (50% (1) réponse « négative » et 50% (1) « positive ») une **évaluation éloignée** de l'ensemble des questions jusqu'ici (36,1% (13) réponses « négatives », 22,2% (8) « neutres », 33,3% (12) « positives » et 8,3% (3) « très positives »). Cet éloignement s'explique par le très faible nombre de répondants (2) de cette profession : il ne nous semble pas pertinent d'en tirer une analyse au-delà de la description ;
- la **pédicure-podologue** a pour cette dernière question (100% (1) réponse « positive ») une **évaluation très éloignée** de l'ensemble des questions jusqu'ici (5,6% (1) réponse « très négative », 27,8% (5) « négatives », 22,2% (4) « neutres » et 44,4% (8) « positives »). Cet éloignement s'explique par le très faible nombre de répondants (1) de cette profession : il ne nous semble pas pertinent d'en tirer une analyse au-delà de la description.

**Pour cette dernière question, la stratification par profession montre donc des divergences et permet d'identifier quatre groupes :**

- les MKDE et les pharmaciens pour lesquels il y a une majorité absolue de réponses globalement négatives (53,3% et 57,1% respectivement) avec un taux de réponses globalement positives de 26,7% et 28,6% respectivement ;
- les IDE pour lesquels il y a une majorité relative de réponses globalement négatives (50%) et un taux de réponses globalement positives de 25% ;

- les MG et les biologistes médicaux pour lesquels il y a autant de réponses globalement négatives que positives (46,2% et 50% respectivement) et d'intensité similaire ;
- la pédicure-podologue pour laquelle il y a une majorité absolue de réponses globalement positives (100%).

Après usage de l'outil, **les variations observées sur cette dernière question** (+4,2% de réponses « très négatives », -14,6% de « négatives », +9,8% de « neutres », -1,5% de « positives » et +2,1% de « très positives » (effectif avant de 58 et après de 48 réponses)) **vont dans le même sens et sont d'une intensité similaire à celles de l'ensemble des variations observées jusqu'ici** (+5,7% de réponses « très négatives », -16,9% de « négatives », +11,3% de « neutres », -7% de « positives » et +6,8% de « très positives » (nombre de réponses avant de 1044 et après de 864)). Elles présentent une **amélioration qui se fait presque exclusivement en faveur de la neutralité**. Cette amélioration est liée à une baisse du taux de réponses globalement négatives. Nous observons donc après usage de l'outil, une majorité relative de réponses globalement négatives (39,6%, soit une diminution de 10,4%) et un tiers de réponses globalement positives (33,3%, soit une augmentation de 0,6%).

Le mode reste à 2, le minimum passe à 1 (diminue de 1 point), le 1<sup>er</sup> quartile reste à 2, la médiane passe à 3 (augmente de 0,50 point), le 3<sup>e</sup> quartile reste à 4 et le maximum passe à 5 (augmente de 1 point). En matière de distribution, l'étendue passe à 4 (augmente de 2 points), le rapport interquartile reste à 2 et le coefficient interquartile passe à 0,67 (baisse de 0,13 point) ; cela traduit une augmentation de la dispersion générale et une stabilité de la dispersion pour les réponses proches de la médiane, sauf pour celles rapportées à la médiane, où la dispersion diminue légèrement.

**Comparativement à l'ensemble des évaluations jusqu'ici, après usage de l'outil la stratification par profession montre :**

- **pour les IDE**, que les variations observées sur cette dernière question (+5,3% de réponses « très négatives », -7,9% de « négatives », -14,5% de « neutres », +11,8% de « positives » et +5,3% de « très positives » (nombre de réponses avant de 20 et après de 19)) **vont dans le même sens, mais sont moins positives que celles de l'ensemble des variations observées jusqu'ici** (+3,9% de réponses « très négatives », -20,8% de « négatives », +2,2% de « neutres », +4,9% de « positives » et +9,8% de « très positives » (nombre de réponses avant de 360 et après de 342)). **Elles vont dans le sens d'une amélioration en faveur des réponses globalement positives ;**
- **pour les MKDE**, que les variations sur cette dernière question (-43,3% de réponses « négatives », +50% de « neutres » et -6,7% de « positives » (nombre de réponses avant de 15 et après de 10)) **ne vont pas dans le même sens que celles de l'ensemble des variations observées jusqu'ici** (-2% de réponses « très négatives », -18,7% de « négatives », +46,3% de « neutres », -24,4% de « positives » et -1,1% de « très positives » (nombre de réponses avant de 270 et après de 180)). **Si dans les deux cas, les variations se font en faveur de la neutralité, il s'agit pour la question globale d'une franche amélioration, alors que pour l'ensemble des évaluations plutôt d'une légère dégradation ;**
- **pour les MG**, que les variations observées sur cette dernière question (+9,1% de réponses « très négatives », -9,8% de « négatives », +28,7% de « neutres » et -28% de « positives » (nombre de réponses avant de 13 et après de 11)) **ne vont pas dans le même sens que celles de l'ensemble des variations observées jusqu'ici** (+12,7% de réponses « très négatives », -18,3% de

« négatives », +0,2% de « neutres », -5,8% de « positives » et +11,1% de « très positives » (nombre de réponses avant de 234 et après de 180)). **Pour la question globale, elles vont dans le sens d'une franche dégradation, majoritairement en faveur de la neutralité, mais aussi d'une intensification négative. Pour l'ensemble des évaluations, il s'agit au contraire d'une légère amélioration liée à une dispersion vers les réponses plus intenses dans le négatif comme dans le positif, en faveur des réponses globalement positives ;**

- **pour les pharmaciens**, que les variations observées sur cette dernière question (-37,1% de réponses « négatives », -14,3% de « neutres » et +51,4% de « positives » (nombre de réponses avant de 7 et après de 5)) **vont dans le même sens, mais sont franchement plus positives que celles de l'ensemble des variations observées jusqu'ici** (+9,8% de réponses « très négatives », -13,5% de « négatives », -5,4% de « neutres », -0,8% de « positives » et +9,8% de « très positives » (nombre de réponses avant de 126 et après de 90)). **Elles vont dans le sens d'une amélioration en faveur des réponses globalement positives ;**
- **pour les biologistes médicaux**, que les variations observées sur cette dernière question (+50% de réponses « négatives » et -50% de « positives » (nombre de réponses avant de 2 et après de 2)) **vont dans le même sens, mais sont plus négatives que celles de l'ensemble des variations observées jusqu'ici** (+11,1% de réponses « très négatives », +16,7% de « négatives », -22,2% de « positives » et -5,6% de « très positives » (nombre de réponses avant de 36 et après de 36)) en raison de la très faible importance du nombre de répondants (1) de cette profession. Il ne nous semble pas pertinent d'en tirer une analyse au-delà de la description ;

- **pour la pédicure-podologue** que les variations observées sur cette dernière question (+100% de réponses « négatives » et -100% de « positives » (nombre de réponses avant de 1 et après de 1)) **vont dans le même sens, mais sont franchement plus négatives que celles de l'ensemble des variations observées jusqu'ici** (+16,7% de réponses « très négatives », -27,8% de « négatives », +55,6% de « neutres » et -44,4% de « positives » (nombre de réponses avant de 18 et après de 18)) en raison de la très faible importance du nombre de répondants (1) de cette profession. Il ne nous semble pas pertinent d'en tirer une analyse au-delà de la description.

**Pour cette dernière question, la stratification par profession montre donc une division des avis en deux groupes. D'un côté, les MG, les biologistes médicaux et la pédicure-podologue pour lesquels il y a une altération de la situation. De l'autre, les IDE, les MKDE et les pharmaciens pour lesquels il y a une amélioration de la situation. Il faut noter que les variations des MKDE et des MG se font uniquement en faveur de la neutralité, bien qu'il faille prendre en compte l'augmentation des intensités négatives pour ces-derniers.**

**Comparativement à l'ensemble des évaluations jusqu'ici, après usage de l'outil, la stratification par fréquence d'utilisation montre :**

- **pour l'UMUM** que les variations observées sur cette dernière question (+3,4% de réponses « très négatives », -12,1% de « négatives », -6,9% de « neutres », +12,1% de « positives » et +3,4% de « très positives » (nombre de réponses avant de 58 et après stratifiées de 29)) **vont dans le même sens et sont d'une intensité équivalente à celles de l'ensemble des variations observées jusqu'ici** (+5,3% de réponses « très négatives », -15% de « négatives », -4,8% de « neutres », +3% de « positives » et +11,6% de « très positives » (nombre de réponses avant de 1044 et après stratifiées de 522)). **Elles vont dans le**

sens d'une amélioration en faveur des réponses globalement positives.

Par ailleurs, si nous comparons les chiffres stratifiés de cette dernière question à ceux non stratifiés, nous observons une variation pour les réponses « très négatives » de -0,7%, pour les réponses « négatives » de +2,5%, pour les « neutres » de -16,7%, pour les « positives » de +13,6% et pour les « très positives » de +1,4% ; ce niveau de stratification montre une amélioration de la situation liée à une augmentation du taux des réponses globalement positives ;

- **pour l'UMUS** que les variations observées sur cette dernière question (-21,4% de réponses « négatives », -3% de « neutres », +17,2% de « positives » et +7,1% de « très positives » (nombre de réponses avant de 58 et après stratifiées de 14)) vont dans le même sens et sont d'une intensité équivalente à celles de l'ensemble des variations observées jusqu'ici (+0,4% de réponses « très négatives », -19,9% de « négatives », +0,8% de « neutres », +3,5% de « positives » et +15,3% de « très positives » (nombre de réponses avant de 1044 et après stratifiées de 252)). **Elles vont dans le sens d'une amélioration en faveur des réponses globalement positives**. Par ailleurs, si nous comparons les chiffres stratifiés de cette dernière question à ceux non stratifiés, nous observons une variation pour les réponses « très négatives » de -4,2%, pour les « négatives » de -6,8%, pour les « neutres » de -12,8%, pour les « positives » de +18,8% et pour les « très positives » de +5,1% ; ce niveau de stratification montre une amélioration de la situation, plus marquée que pour l'UMUM, en raison de la baisse des réponses globalement négatives et de l'augmentation de l'intensité et du taux des réponses globalement positives.



La stratification selon la fréquence d'utilisation montre, lors d'une UMUM, une majorité relative de réponses globalement positives (48,3%, soit une augmentation de 15,5%) avec un taux proche de réponses globalement négatives (41,4%, soit une diminution de 8,6%). Pour une UMUS, il y a une majorité absolue de réponses globalement positives (57,1%, soit une augmentation de 24,4%) et environ un quart de réponses globalement négatives (28,6%, soit une diminution de 21,4%). Cette stratification montre donc une amélioration en lien avec la fréquence d'utilisation, qui est liée à l'augmentation du taux et de l'intensité (pour l'UMUS) des réponses globalement positives et, spécifiquement pour l'UMUS, à une diminution des réponses globalement négatives.

Pour conclure cette partie sur la satisfaction globale des professionnels vis-à-vis du système de coordination de proximité, l'outil numérique améliore la situation sur les résultats généraux, majoritairement en faveur de la neutralité. La stratification par profession montre que les avis sont partagés entre amélioration et dégradation. La stratification selon la fréquence d'utilisation montre une amélioration en lien avec la fréquence d'utilisation.

Enfin, mis à part les évaluations avant usage des MKDE ainsi que les variations après usage des MKDE et des MG, nous observons une relativement bonne corrélation entre cette question globale et l'ensemble des évaluations réalisées jusqu'ici. Les causes de divergence, lorsqu'elles existent, peuvent être liées au manque d'exhaustivité thématique et de personnalisation des questions précédentes ou encore au manque de pertinence perçu de certaines questions, ainsi qu'à la faiblesse de l'effectif (voir l'exemple des biologistes médicaux et de la pédicure-podologue).

**Tableau 58 : Satisfaction globale du système de coordination de proximité : résultats généraux et stratifiés par la fréquence d'utilisation (partie, versions simplifiée)**

SATISFACTION GLOBALE DU SYSTÈME DE COORDINATION DE PROXIMITÉ (PARTIE) : RÉSULTATS GÉNÉRAUX ET STRATIFIÉS PAR FRÉQUENCE D'UTILISATION (VERSION SIMPLIFIÉE)												
	Réponse globalement négative				Neutre				Réponse globalement positive			
	AVANT (58)	APRÈS (48)	>= 1 /MOIS (29)	>= 1 /SEM (14)	AVANT (58)	APRÈS (48)	>= 1 /MOIS (29)	>= 1 /SEM (14)	AVANT (58)	APRÈS (48)	>= 1 /MOIS (29)	>= 1 /SEM (14)
% EFFECTIF INITIAL	100%	82,8%	50,0%	24,1%	100%	82,8%	50,0%	24,1%	100%	82,8%	50,0%	24,1%
VA	29	19	12	4	10	13	3	2	19	16	14	8
% ET	50,0%	39,6%	41,4%	28,6%	17,2%	27,1%	10,3%	14,3%	32,8%	33,3%	48,3%	57,1%
Variation1	/	-10,4%	-8,6%	-21,4%	/	9,8%	-6,9%	-3,0%	/	0,6%	15,5%	24,4%
Variation2		/	1,8%	-11,0%		/	-16,7%	-12,8%		/	14,9%	23,8%

**Tableau 59 : Satisfaction globale du système de coordination de proximité : résultats généraux et stratifiés par profession (partie, versions simplifiée)**

SATISFACTION GLOBALE DU SYSTÈME DE COORDINATION DE PROXIMITÉ (PARTIE) : RÉSULTATS GÉNÉRAUX ET STRATIFIÉS PAR PROFESSION (VERSION SIMPLIFIÉE)						
	Réponse globalement négative		Réponse neutre (3)		Réponse globalement positive	
	AVANT (58)	APRÈS (48)	AVANT (58)	APRÈS (48)	AVANT (58)	APRÈS (48)
<b>Effectif total</b>						
VA	29	19	10	13	19	16
% ET	50,0%	39,6%	17,2%	27,1%	32,8%	33,3%
Variation	/	-10,4%	/	9,8%	/	0,6%
<b>IDE</b>						
VA	10	9	5	2	5	8
% P	50,0%	47,4%	25,0%	10,5%	25,0%	42,1%
Variation	/	-2,6%	/	-14,5%	/	17,1%
<b>MKDE</b>						
VA	8	1	3	7	4	2
% P	53,3%	10,0%	20,0%	70,0%	26,7%	20,0%
Variation	/	-43,3%	/	50,0%	/	-6,7%
<b>MG</b>						
VA	6	5	1	4	6	2
% P	46,2%	45,5%	7,7%	36,4%	46,2%	18,2%
Variation	/	-0,7%	/	28,7%	/	-28,0%
<b>Pharmaciens</b>						
VA	4	1	1	0	2	4
% P	57,1%	20,0%	14,3%	0,0%	28,6%	80,0%
Variation	/	-37,1%	/	-14,3%	/	51,4%
<b>Biologistes médicaux</b>						
VA	1	2	0	0	1	0
% P	50,0%	100,0%	0,0%	0,0%	50,0%	0,0%
Variation	/	50,0%	/	0,0%	/	-50,0%
<b>Pédicure-podologue</b>						
VA	0	1	0	0	1	0
% P	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%
Variation	/	100,0%	/	0,0%	/	-100,0%

**Tableau 60 : Satisfaction globale du système de coordination de proximité  
(éléments statistiques)**

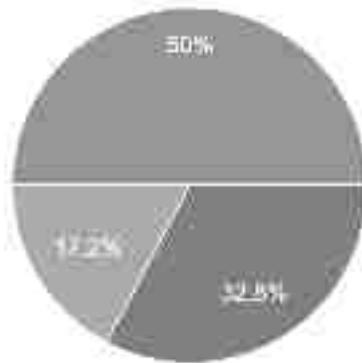
<b>SATISFACTION GLOBALE DU SYSTÈME DE COORDINATION DE PROXIMITÉ</b>		
	<b>Avant (58)</b>	<b>Après (48)</b>
<b>% EFFECTIF INITIAL (58)</b>	<b>100%</b>	<b>82,8%</b>
<b>MODE</b>	2,00	2,00
<b>MINIMUM</b>	2,00	1,00
<b>1er QUARTILE</b>	2,00	2,00
<b>MEDIANE</b>	2,50	3,00
<b>3e QUARTILE</b>	4,00	4,00
<b>MAXIMUM</b>	4,00	5,00
<b>Étendue</b>	2,00	4,00
<b>Rapport interquartile</b>	2,00	2,00
<b>Différence (après - avant)</b>	/	0,00
<b>Coefficient interquartile</b>	0,80	0,67
<b>Différence (après - avant)</b>	/	-0,13

Figure 40 : Satisfaction globale du système de coordination de proximité

## AVANT

Au global, quel est votre degré de satisfaction du système de coordination de proximité ?

58 réponses

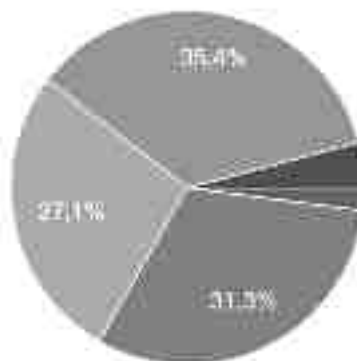


- Tout à fait satisfait
- Satisfait
- Ne se prononce pas
- Pas satisfait
- Pas du tout satisfait

## APRÈS

Au global, quel est votre degré de satisfaction du système de coordination de proximité ?

48 réponses



- Tout à fait satisfait
- Satisfait
- Ne se prononce pas
- Pas satisfait
- Pas du tout satisfait

### 3.3.11. Question ouverte

Nous allons maintenant analyser les réponses à la question ouverte : « Cet outil correspond-il à vos attentes, quels sont les inconvénients ou les avantages que vous avez remarqués, avez-vous des suggestions éventuelles, des remarques particulières ? ». Le Tableau 61 organise et résume notre compréhension des réponses obtenues. Nous n'aborderons dans cette partie que les réponses concernant au moins 5% des répondants (soit un minimum de 3 réponses) et ne détaillerons pas les pourcentages des catégories « utilisation de moins d'une fois par mois », des Biologistes Médicaux et de la Pédicure-Podologue, ceux-ci concernant trop peu d'utilisateurs (2 ou moins).

**31,25% (15) des professionnels n'ont pas répondu à cette question.** Leur répartition selon la fréquence d'utilisation est la suivante : 7 appartiennent à la catégorie « non-utilisation » (soit 41,17% de l'effectif de cette catégorie), aucun à la catégorie « utilisation de moins d'une fois par mois » et 8 à la catégorie « utilisation minimum d'une fois par mois » (27,59%) dont notamment 5 à la catégorie « utilisation minimum d'une fois par semaine » (35,71%). Pour ceux qui ont répondu, nous observons une **majorité de remarques négatives** (50 versus 15).

**Les deux points négatifs qui ressortent le plus** sont les **problèmes d'ergonomie** (39,58% (19)) et le fait que **l'outil ne soit pas adapté à un usage au quotidien** (27,08% (13)). **Nous remarquons que ces deux points sont liés, le premier entraînant souvent le second.** Les **problèmes d'ergonomie** regroupent la **complexité d'usage, l'aspect non intuitif** (comme dans le choix du type de messagerie) et le **manque de fluidité de l'application**. La stratification selon la fréquence d'utilisation montre que ces problèmes sont priorisés par 42,86% (6) des utilisateurs de la catégorie UMUS, 31,03% (9) de la catégorie UMUM et 17,65% (3) des non-utilisateurs. La stratification par profession montre que ces problèmes sont

indiqués par une majorité de pharmaciens (80% (4)) et de MG (63,63%), ainsi que près d'un tiers (31,58%) des IDE. **Le manque d'adaptation de l'outil à un usage au quotidien** concerne essentiellement **l'aspect chronophage**, et dans une moindre mesure, **le double emploi avec l'outil métier auquel s'ajoutent les problèmes des endroits dépourvus de réseaux Internet**. La stratification selon la fréquence d'utilisation montre que cela est principalement mis en avant par les utilisateurs de la catégorie UMUM (31,03% (9)). La stratification par profession montre que c'est également indiqué par une majorité de MG (54,55% (6)), plus d'un tiers des pharmaciens (40% (2)) et près d'un cinquième des IDE (21,05% (4)).

Parmi les **autres points négatifs**, nous retrouvons ensuite le **caractère incomplet de l'application** (10,42% (5)) et son **caractère inadapté pour certaines professions** (10,42% (5)). Le **premier point** recouvre **l'absence de fonction « accusé de lecture »** qui peut être essentielle dans le cadre d'une information ou d'une demande urgente, **le manque de fonction d'envoi des demandes à plusieurs professionnels de manière simultanée**, fonctionnalité essentielle pour les cabinets d'IDE, et enfin le **manque de plateforme d'échange d'ordonnances / de résultats**, demande principalement mentionnée par les pharmaciens et les biologistes médicaux. Le **caractère inadapté pour certaines professions** concerne les **MKDE, les pharmaciens et les biologistes médicaux**. En effet, ceci n'est pas étonnant, car les principaux acteurs de la phase de développement étaient les IDE, et dans une moindre mesure les MG. Par ailleurs, le couple IDE-MG est le principal moteur de la coordination des soins de proximité, et donc les principales cibles de l'outil.

Enfin, **d'autres points négatifs cités ne concernent pas directement l'application** (16,67% (8)) : il s'agit du manque d'implication ou d'intégration de tous les PS, gênant, voire empêchant, l'usage de l'application, le délai de test insuffisant et le manque de temps pour se former à un nouvel outil.

**Pour conclure sur les remarques négatives, elles sont certes majoritaires, mais semblent avant tout constructives et pour une part non négligeable corrigibles.** Les « problèmes d'ergonomie » relèvent d'améliorations fonctionnelles, le plus souvent relativement faciles à mettre en place. L'aspect « inadapté pour l'usage au quotidien » peut relever soit d'améliorations fonctionnelles (en lien avec l'ergonomie), soit d'une restructuration plus profonde de l'application plus complexe à mettre en place. L'aspect « incomplet » nécessite l'adjonction de trois nouvelles fonctions qui pourraient être mises en place assez facilement. D'ailleurs, la remarque sur la plateforme d'échange de résultats et d'ordonnances est directement liée aux remarques concernant l'inadaptation de l'outil pour les pharmacies et les laboratoires d'analyse médicaux.

**Mis à part les remarques globalement positives (8,33% (4)), les deux principaux points positifs avancés par les professionnels de santé au sujet de l'outil relèvent soit de l'aide à la coordination (14,58% (7)), soit de l'amélioration de la sécurisation des informations (8,33% (4)).**



Tableau 61 : Analyse et résumé de la question ouverte

	Total	%	UMUS	UMUM	UIUM	NU	IDE	MKDE	MG	PHA	BM	PP
<b>Points négatifs</b>												
Problème d'ergonomie (complexité d'utilisation, manque de fluidité, pas intuitif)	19	39,58%	6	9	1	3	6	1	7	4	1	
Inadapté pour l'usage au quotidien (chronophage, double emploi outil métier, problème de zones blanches)	13	27,08%	2	9	1	1	4		6	2		1
Non liés à l'outil (manque d'implication de tous les PS, délai d'essai insuffisant, manque de temps pour se former)	8	16,67%	2	2		4	4	3		1		
Incomplet (fonction accusé de lecture, plateforme d'échange, problème d'envoi multiple)	5	10,42%	2	1		2	2			1	2	
Pas adapté pour une profession spécifiquement (MKDE, PHA, BM)	5	10,42%		2		3		1		2	2	
<b>Points positifs</b>												
Aide à la coordination pluridisciplinaire (échange, accès aux données)	7	14,58%	3	3	1		3		1	3		
Améliorer la sécurisation des informations (échange et stockage)	4	8,33%		4					1	3		
Retour globalement positif (Prometteur, intéressant, correspond à nos attentes)	4	8,33%	2	2			1		3			
UMUS = Utilisation minimum d'une fois par semaine UMUM = Utilisation minimum d'une fois par mois UIUM = Utilisation inférieur à une fois par mois NU = Non utilisation												

## 3.4. Discussion

### 3.4.1. Les forces de l'étude

La principale force de cette étude se situe dans le fait qu'elle s'inscrit dans un projet complet, au sein d'une seule thèse, allant du développement jusqu'au déploiement d'un outil numérique de coordination des soins de proximité.

Une autre force se trouve dans le soin apporté sur les statistiques descriptives prenant en compte le fait que les données issues des échelles de Likert sont des données qualitatives ordinales et non pas quantitatives. Cela implique, comme expliqué, l'usage de la médiane, des quartiles, du mode et des variations de taux des différentes réponses. Comme cela se retrouve parfois dans certains travaux, il aurait pourtant été plus facile de faire des calculs à partir de moyennes, mais cela aurait été statistiquement inapproprié.

Enfin, la dernière force semble être la bonne corrélation entre la question de satisfaction globale et la sommation de l'ensemble des réponses thématiques. Bien que cette analyse soit statistiquement discutable, elle a pour intérêt de montrer que le choix des thématiques abordées dans le questionnaire permet d'avoir une bonne vision d'ensemble de la satisfaction vis-à-vis du système de coordination des soins.

### 3.4.2. Les faiblesses de l'étude

#### 3.4.2.1. Faiblesses liées à l'étude et à sa conception

Les limites liées à l'étude sont au nombre de deux : **l'absence de groupe contrôle** et **la perte d'appariement**. Elles impactent le plus négativement l'ensemble de cette étude car elles rendent la réalisation de statistiques analytiques non probantes, empêchant de pouvoir identifier si les variations observées sont significatives ou non.

**Concernant l'absence de groupe contrôle**, il aurait idéalement fallu randomiser deux CPTS comparables démographiquement, économiquement et socialement. Une solution alternative est la randomisation entre utilisateurs et non-utilisateurs au sein d'une même CPTS. Cela aurait été probablement trop complexe à mettre en place, car il aurait fallu identifier au préalable les groupes de professionnels travaillant préférentiellement ensemble pour évaluer correctement l'impact sur la coordination. Nous avons tenté de corriger cette première limite en faisant appel à l'ARS Grand Est pour nous aider à accéder à une autre CPTS et randomiser ainsi l'usage de l'outil entre les deux, mais malheureusement les délais de développement et de licence d'usage de l'outil ne nous ont pas permis de mener à bien ce projet par manque de temps.

**L'absence de groupe contrôle a pour conséquence de positionner cette étude entre une enquête de satisfaction et une étude descriptive longitudinale.**

**Concernant la perte de l'appariement**, un problème technique lors de l'envoi des données a empêché la possibilité de lier les questionnaires d'entrée et de sortie d'étude. Par conséquent, il nous est impossible d'associer les réponses entre elles. Cela limite d'autant plus l'interprétation du fait du taux de non-répondants (17,24% (10)). En effet, les variations observées peuvent dans certains cas être liées majoritairement ou exclusivement à ce taux de non-répondants. En outre, malgré la première limite, si nous avons souhaité réaliser des statistiques analytiques, cette perte d'appariement aurait **empêché l'utilisation** du test le plus approprié à cette situation, à savoir **le test des rangs signés de Wilcoxon**, permettant l'analyse de variables qualitatives ordinales à partir de deux groupes dépendants. De surcroit, cette perte d'appariement empêche l'utilisation de certaines méthodes de traitement des données manquantes. Cependant, ce dernier point a pu être contourné grâce à l'usage de l'algorithme NIPALS.

Ainsi, comme nous le signalions dans la partie **3.2.6. Analyse statistique**, ces deux limites sont majeures et réduisent l'étude à une description statistique ne permettant pas de dire si les variations observées sont significatives, liées au hasard ou non...

#### **3.4.2.2. Faiblesses liées à l'échantillon**

**Les limites liées à l'échantillon sont au nombre de trois.**

La première limite est la **faible puissance de l'étude** du fait de la petitesse de l'échantillon. Ce n'est pas contournable dans notre situation, car nous étions limités en nombre de licences d'utilisation pour ce proof of concept.

La deuxième limite est un **ensemble de biais de sélection** qui affectent la représentativité de l'échantillon. Le premier est un **biais de recrutement**, la sélection des participants se faisant uniquement au sein de la CPTS Vignoble-Mossig et concernant donc des professionnels de santé intéressés et impliqués dans la coordination des soins telle qu'imaginée par le Gouvernement, ce qui n'est pas forcément le cas de l'ensemble des professionnels de santé du territoire. Le deuxième est un **biais de volontariat**, un certain nombre de professionnels participant s'étant spontanément proposé pour participer à l'étude avant même d'avoir reçu le mail de la CPTS, ce qui traduit un intérêt renforcé pour le projet. Enfin, il y a un **biais de migration**, lié aux dix professionnels de santé, soit 17,24% de l'effectif initial, ayant répondu au questionnaire d'entrée sans répondre au questionnaire de sortie de l'étude. **Ce biais de migration induit un biais d'attrition.**

**Voyons maintenant si ces différents biais ont impacté la représentativité de l'échantillon.**

Premièrement, concernant **la représentativité de l'échantillon avant l'étude**, il existe, comme décrit plus haut, une relativement bonne représentativité pour le genre

et la répartition par profession. Pour l'âge, il n'est pas possible de conclure sans faire d'extrapolations hasardeuses, en raison du format de recueil des données (tranche d'âge). Quant au mode d'exercice, il n'est possible de conclure que pour les MG. En effet, pour ceux-ci, il existe une nette surreprésentation de l'exercice seul ou en association monodisciplinaire aux dépens de l'exercice en association pluridisciplinaire, absent parmi les MG de l'étude. Pour les autres catégories de professionnels, nous n'avons pas retrouvé de données officielles récentes sur le mode d'exercice permettant de se prononcer. **Hormis pour le mode d'exercice des MG, le biais de recrutement et de volontariat ne semble donc pas avoir eu beaucoup d'impact sur la représentativité de l'échantillon, du moins pour les données que nous avons pu contrôler.**

Deuxièmement, nous allons étudier la **représentativité de l'échantillon pour le questionnaire de sortie d'étude** qui diffère de celle du questionnaire d'entrée en raison du biais de migration. Concernant le genre, l'effectif de sortie est un peu moins représentatif que celui d'entrée, en raison d'un excédent du nombre de femmes (+1,8% par rapport à l'effectif d'entrée déjà à +4%). Concernant l'âge, il n'est toujours pas possible d'analyser les résultats en raison du mode de collecte des données ; nous pouvons juste constater une augmentation de la proportion des tranches d'âges aux extrémités. À propos du mode d'exercice, il n'est possible de conclure que pour les MG avec des observations similaires à celles de l'échantillon initial. Enfin, concernant la profession, les données manquantes améliorent la représentativité pour les IDE (+5,1%) et les MKDE (-5,1%) qui étaient respectivement légèrement sous-représentés et surreprésentés avant l'étude, mais la dégrade légèrement pour les pharmaciens (-1,7%). **Pour conclure, ce biais de migration, indépendamment de son impact sur les résultats, influe sur la représentativité de l'échantillon à la fois positivement**

**et négativement selon le critère choisi.** Toutefois, la question se pose **de la raison de ces non-répondants que nous développerons plus loin.**

Enfin, la troisième et **dernière limite à propos de l'échantillon concerne l'usage réel de l'outil.** En effet, entre le taux de non-utilisateurs (35,42% (17)) et le taux d'utilisateurs ayant une fréquence inférieure à une fois par mois (4,17% (2)), **près de 40% des professionnels ayant répondu au questionnaire de sortie d'étude n'ont pas utilisé l'outil ou l'ont utilisé moins d'une fois par mois, soit une fois en tout.**

Or, l'objectif était d'évaluer l'impact de cet outil sur la coordination des soins. Ainsi, pour une part importante de l'échantillon, les variations observées ne sont pas directement liées à l'usage de l'outil et cela indépendamment de la faible valeur statistique desdites variations (cf. supra). **Cela fausse donc le lien de corrélation éventuel que nous pourrions être tentés de réaliser.** Le mot « directement » a ici son importance, car les taux de non-usage et de « non-répondants », peuvent être révélateurs de défauts de l'outil pour ces professionnels. Enfin, avant de tenter d'identifier les causes de ces non-répondants et du non-usage, il est essentiel de noter que parmi les **professionnels n'ayant pas utilisé l'outil**, nous observons un nombre important d'évaluations négatives traduisant un probable **biais de dissidence.**

**Nous allons maintenant tenter d'identifier les causes des non-réponses et du non-usage.** Ces deux situations sont traitées ensemble, car les facteurs en sont potentiellement les mêmes. Nos hypothèses s'appuient sur les réponses au questionnaire, et notamment à la question ouverte. Nous distinguerons les causes liées à l'outil des autres causes. Au vu des analyses statistiques sur les non-répondants et la fréquence d'usage, l'approche qui semble la plus intéressante est celle se basant sur les catégories de professionnels. Pour les non-répondants, les principaux professionnels concernés sont les MKDE (-33,3% (-5)) et les pharmaciens (-28,6% (-2)). Comme nous le signalions précédemment, l'absence de non-répondants

chez les biologistes médicaux et la pédicure-podologue est probablement liée à la faiblesse de l'effectif. Le non-usage concerne principalement les biologistes médicaux (100% (2)), la pédicure-podologue (100% (1)) et les MKDE (90% (9)). Il faut noter, qu'une des causes **pour l'ensemble des utilisateurs**, est la **défaillance du fonctionnement de l'outil en zone blanche**. En effet, sur le territoire de la CPTS, le secteur de Wagenbourg-Egenthal présente une couverture réseau très faible. Si normalement l'outil fonctionne lors d'un travail occasionnel en zone blanche, cela ne semble pas être le cas lors d'un travail prolongé, ce qui est fréquent dans ce type de secteur pour certains des professionnels ayant participé à l'étude. Plus spécifiquement **pour les MKDE**, il est difficile de savoir si ces situations sont liées à l'outil ou à d'autres causes. Parmi celles non liées à l'outil, il y a le manque de temps pour se former à un nouvel outil et le défaut d'intégration dans les équipes de soins. Parmi celles liées à l'outil, il y a le manque d'ergonomie de l'outil, responsable d'une perte de temps lors de son usage et le caractère inadapté à l'activité des MKDE. Ce dernier point pose la question du type de fonctions nécessaires pour les MKDE. **Pour les pharmaciens**, le taux de non-répondants est potentiellement lié à un défaut d'adhésion à l'outil, en raison de son manque d'ergonomie, mais surtout au caractère inadapté à la profession (absence de plateforme d'échange). **Enfin pour les biologistes médicaux et la pédicure-podologue**, l'interprétation est très limitée en raison de la faiblesse de leur effectif respectif. Leur non-usage (100%) peut être lié au caractère inadapté de l'outil à leur activité professionnelle, et notamment à l'absence de plateforme d'échange pour les biologistes médicaux.

Une fois le constat posé sur les limites de l'échantillon et leurs causes, **se pose la question du bon ciblage de cet échantillon pour l'étude**. Nous avons voulu avoir un échantillon représentant l'ensemble des acteurs de la coordination, mais peut-être que dans un premier temps, il aurait mieux **valu cibler uniquement les MG et les**

**IDE.** En effet, il s'agit à la fois du **couple de professionnels au centre de la coordination des soins**, mais aussi des professionnels qui **se sont le plus impliqués dans le développement de l'outil**, ce qui explique aussi que l'outil soit avant tout adapté à leur activité. Par ailleurs, comme nous le verrons dans la partie sur la stratification selon la fréquence d'utilisation, il existe probablement un **impact important du phénomène d'apprentissage dans l'usage d'un tel outil**. Cette notion d'apprentissage a comme corollaire un usage d'autant plus facile qu'il est fréquent. Il faut alors persévérer, ce qui n'est pas forcément évident lorsque l'outil ne semble pas adapté à votre activité ou lorsque vous êtes plus en retrait dans le domaine de la coordination des soins ou encore quand vous êtes moins à l'aise avec les outils numériques. Cela aboutit à un cercle vicieux favorisant le non-usage pour certains professionnels. **À propos des pharmaciens**, bien que leur participation semble pertinente, le retard au lancement du module ordonnance, de même que l'absence de plateforme d'échange, poussent également à remettre en cause l'intérêt de leur participation.

### **3.4.2.3. Points d'amélioration en rapport avec les questionnaires**

**Les limites liées aux questionnaires sont au nombre de deux.**

La première est un **biais d'information** lié à la façon dont nous avons formulé les réponses neutres : « Ne se prononce pas ». Cette formulation n'est pas adaptée, car elle s'apparente plus à une non-réponse qu'à une réponse neutre. Celle-ci aurait plutôt dû être formulée par « Ni satisfaisant ni insatisfaisant ». Pour aller dans ce sens, dans de nombreuses situations les MKDE ont opté pour cette réponse « neutre ». Or, la très grande majorité d'entre eux (90% (9/10)) n'a pas utilisé l'outil. Leurs réponses auraient donc dû être significativement similaires entre les deux questionnaires, ce qui n'est pas le cas.



La deuxième est un **biais d'acquiescement** (cf. infra) lié à la façon dont certaines questions ont été formulées. **Il concerne l'ensemble des questions de la partie « communication avec les autres professionnels »**. À titre d'exemple, au lieu d'écrire « La communication se fait-elle de manière fluide/facile ? » nous aurions pu écrire « Quel est votre degré de satisfaction/insatisfaction concernant la fluidité de la communication ? ».

#### **3.4.2.4. Faiblesses liées aux réponses**

**Les limites liées aux réponses sont au nombre de deux.**

La première est un **biais de désirabilité sociale**, qui est habituellement contourné en assurant l'anonymat des répondants. Bien que notre étude soit anonyme, la petitesse de l'échantillon et le déroulement au sein d'une unique CPTS ne permettent pas complètement d'éradiquer ce biais. Ainsi, pour certaines questions portant directement sur l'interaction avec les autres professionnels de santé, il est possible que ce biais ait influé de manière positive certaines réponses.

La deuxième correspond à ce qui est parfois nommé « **artefact du questionnement** » **(221)** englobant différents types de biais. Ceux qui nous intéressent ici sont liés à « **la motivation à répondre de façon positive ou négative** » **(221)** entraînant un **biais d'acquiescement** et un **biais de dissidence**, correspondant respectivement à une modification des réponses pour influencer positivement ou négativement les résultats de l'étude.

Concernant le **biais d'acquiescement**, il peut être lié à la volonté de plaire au chercheur, mais aussi à la tendance de tout un chacun à être d'accord avec des affirmations énoncées, qu'elles soient positives ou négatives. La **volonté de plaire à l'examineur rejoint en partie le biais de désirabilité sociale** mentionné plus haut ; dès lors, les mêmes remarques s'appliquent. La **tendance à être d'accord avec les**

**affirmations énoncées** correspond à ce que nous avons décrit précédemment dans la partie « 3.4.2.3. Faiblesses liées au questionnaire ».

À propos du **biais de dissidence**, pour les **non-utilisateurs et les utilisateurs peu réguliers**, nous observons, entre le questionnaire avant l'étude et celui après l'étude, **une importante dégradation des réponses**. Or, ces utilisateurs auraient dû logiquement avoir des réponses sensiblement similaires aux deux questionnaires : comme ils ont peu ou pas utilisé l'outil, ils n'ont logiquement pas changé leur façon d'exercer et de se coordonner. **La première hypothèse** serait que le non-usage de l'outil les aurait isolés des professionnels utilisateurs, expliquant une dégradation de la coordination. Cette hypothèse semble cependant peu probable au vu de l'importance des dialogues au sein de la CPTS. **La seconde hypothèse**, plus probable, correspondrait à des « réponses sanctions » par ces professionnels, avec pour conséquence de fausser les résultats en les dégradant artificiellement. Il aurait éventuellement fallu diviser le questionnaire entre utilisateurs et non-utilisateurs et, pour ces derniers, ajouter une section sur la raison du non-usage/faible usage, en plus des questions sur la coordination.

### **3.4.3. Les limites temporelles et financières**

Bien qu'elles n'aient pas d'impact direct sur l'étude, nous souhaitons tout de même parler des limites temporelles et financières. En effet, idéalement nous aurions souhaité avoir plus de temps et de moyen pour impliquer davantage toutes les professions dans le développement de l'outil et concevoir une étude répondant aux standards en vigueur (groupe contrôle avec randomisation).

Pour des raisons financières évidentes, la période de proof of concept offerte par SALESFORCE® et MODIS® ne pouvait ni s'étendre de manière prolongée dans le temps, ni impliquer un investissement financier excessif, en raison de l'absence de

certitude quant au retour sur investissement. De plus, le projet a été lancé tardivement (modification du sujet de thèse), sur une période peu propice (vacances estivales) et surtout la phase de développement a nécessité un temps et une énergie considérables en amont. De ce fait, les limites temporelles, dont le délai de mise en place du projet, ne nous ont pas permis de recruter une deuxième CPTS pour réaliser un groupe contrôle, et ce, malgré la tentative d'intervention auprès de l'ARS. **Ainsi ces limites, financières et temporelles, sont indirectement responsables d'une part non négligeable des biais mentionnés.**

#### **3.4.4. Les résultats**

**L'objectif principal de l'étude est d'évaluer l'impact de l'outil numérique sur le degré de satisfaction du système de coordination de proximité pour les professionnels de santé. Ses objectifs secondaires sont d'évaluer spécifiquement certains marqueurs.** Nous ne rappellerons pas ici les limites liées à la conception de l'étude et à l'échantillon, qui empêchent toute analyse statistique, et par conséquent, l'interprétation au-delà de la simple observation.

##### **3.4.4.1. Résultats généraux (non stratifiés)**

Pour l'objectif principal, nous observons une bonne corrélation entre la sommation des variations de l'ensemble des questions et le critère de jugement principal ; celui-ci correspondant à la variation (après-avant) de la satisfaction des professionnels de santé vis-à-vis du système de coordination de proximité (question globale 3.3.10.). Cela prouve que les questions choisies ont été relativement bien ciblées et semblent donc cerner la coordination des soins de proximité dans son ensemble. **Les résultats montrent une amélioration de la situation, mais pour la plupart en faveur de la neutralité.** Ce résultat doit être analysé en tenant compte des deux biais présentés précédemment, à savoir le biais d'information lié à la formulation de la réponse neutre

et le biais de dissidence lié aux « réponses sanctions » des non-utilisateurs / utilisateurs peu fréquents. En tenant compte de l'importance de ces deux catégories d'utilisateurs, le premier biais est possiblement responsable d'une surreprésentation des réponses neutres et le second d'une surreprésentation des réponses négatives. L'impact des biais de désirabilité sociale et d'acquiescement semble quant à lui moins important, peut-être lié à l'anonymat du questionnaire. Ces constats sur les biais s'appliquent pour l'ensemble des résultats que nous allons décrire, y compris pour les résultats stratifiés selon la profession abordés plus loin.

**Concernant les objectifs secondaires**, nous allons aborder chaque thématique l'une après l'autre, les critères de jugements secondaires correspondant aux variations (après-avant) observées pour chacune de ces thématiques et obtenues par sommation des variations de l'ensemble des sous-thématiques d'une même thématique. Bien qu'il eût été plus juste (cf. infra analyse stratifiée) de demander une évaluation globale de chaque catégorie, cela aurait fourni des données moins précises. Or, cette précision est nécessaire afin d'évaluer plus finement l'outil, notamment dans une optique de correction et d'amélioration, qui était également l'un des objectifs de ce projet, au-delà de cette thèse.

Sur les résultats généraux, **l'outil numérique semble altérer la communication entre les professionnels** à cause d'une dégradation de sa fluidité et de sa pertinence d'une part et de son caractère inadapté à l'activité d'autre part. La clarté de la communication ne varie ni dans un sens ni dans l'autre.

Concernant **les informations à propos des patients**, dont disposent les professionnels de santé, **l'outil numérique semble faire progresser la situation**, grâce à une amélioration de l'ensemble des paramètres évalués : exhaustivité, fiabilité et sécurisation de ces informations.

À propos **des documents médicaux des patients, dont disposent les professionnels de santé, l'outil numérique ne semble changer la situation ni dans un sens ni dans l'autre.** Ce statu quo est lié à une amélioration de l'accès à ces documents en même temps qu'une dégradation de l'échange desdits documents.

Pour ce qui est de **la prise en charge des patients à domicile en équipe, l'outil numérique semble faire progresser la situation,** grâce à une amélioration de l'ensemble des paramètres évalués : initiation et suivi des prises en charge à domicile, ainsi que gestion des problématiques et des urgences à domicile. Il faut noter que si cette amélioration est positive pour certains (+10,8%) ; elle est néanmoins majoritairement neutre pour d'autres (+16,3%).

À propos de **la qualité des prises en charge pluridisciplinaires, l'outil numérique semble là aussi faire progresser la situation** grâce à une meilleure adaptabilité et une meilleure pertinence. Cependant, l'amélioration se fait uniquement en faveur de la neutralité du fait d'une altération de l'efficacité des prises en charge.

Enfin concernant **le rapport bénéfice obtenu - temps consacré du système de coordination de proximité, l'outil numérique paraît altérer la situation** en raison d'une dégradation sur ce critère, à la fois pour les patients et les professionnels de santé.

Au total, pour ces résultats non stratifiés, l'analyse des sous-thématiques montre un progrès pour une majorité d'entre elles (10/18) ; toutefois, certaines de ces améliorations se font uniquement en faveur de la neutralité et sont peut-être en lien avec le biais d'information. Pour une de ces sous-thématiques, il n'y a aucune variation. Enfin, pour les sept sous-thématiques restantes, nous observons une aggravation concernant principalement la communication entre professionnels, l'efficacité temporelle de l'outil ou ces deux éléments combinés.

Retenons que l'outil numérique semble **améliorer la coordination des soins sur des fonctions de partage de l'information et d'organisation des prises en charge**. Cependant, il **semble l'altérer sur le plan de la communication**, et également d'un point de vue **plus fonctionnel, en raison de sa complexité entraînant une perte de temps dans les actions effectuées**.

**Cette altération de la communication peut être liée à trois raisons. La première est le mode de communication de l'outil** qui s'apparente à un « Mur de communication » type FACEBOOK®, alors que le mode de fonctionnement de la coordination entre professionnels de santé nécessiterait plutôt une messagerie instantanée type WHATSAPP®. Ce problème aurait pu être corrigé grâce à l'acquisition par SALESFORCE® de la plateforme de communication SLACK®. **La deuxième raison est la sécurisation de la communication sur l'outil, impliquant forcément que cette communication se fasse à partir du dossier d'un patient**. Il n'est en effet pas possible de créer directement un fil de discussion sécurisé avec un autre professionnel, sans passer par le dossier d'un patient, conduisant à des manipulations supplémentaires. Enfin, **la troisième raison est liée à la sécurisation des communications de manière plus générale**. En effet, avec l'usage dans le temps de messageries instantanées non professionnelles (donc non sécurisées) et de SMS, les professionnels de santé ont pris l'habitude d'une certaine instantanéité et fluidité de la communication. Or, l'usage d'un outil sécurisé passe par une MFA, forcément plus longue que la simple ouverture d'une application. Si nous avons pu simplifier cette authentification grâce aux différentes fonctions des smartphones, il n'en reste pas moins que cela sera toujours plus long. Cela peut donc être amélioré en accélérant la procédure, sans pour autant être complètement corrigé.

**Le caractère chronophage de l'usage de l'application est lié à deux raisons**. La première, et principale, est **la complexité d'usage de l'application en raison d'un**

**manque d'ergonomie.** Cette raison est d'ailleurs répétée dans les réponses à la question ouverte. D'un point de vue pratique, ce manque d'ergonomie se traduit le plus souvent par une multiplication des opérations nécessaires pour réaliser une action. Si cela a pu être progressivement amélioré avec les mises à jour déployées pendant la phase de test, nous étions en accord avec les développeurs sur le fait qu'un travail plus important était nécessaire, et aurait été réalisé si ce test avait abouti à un partenariat. **La seconde est liée à la sécurisation de l'application** dont nous avons parlé dans la partie communication, et qui ne peut être améliorée que partiellement.

Concernant l'altération de l'échange de documents entre professionnels, la principale hypothèse est que jusque-là, cet échange se faisait en direct, soit par courriels (pour la plupart non sécurisés), par SMS ou à l'aide de messageries instantanées (pour la plupart non sécurisées également). L'outil, du fait des limites précédemment citées, allonge certes la vitesse d'échanges, mais au bénéfice d'une amélioration de la sécurité et d'une réduction probable du risque d'erreur.

**L'ensemble de ces points sont à mettre en parallèle avec deux facteurs pouvant influencer l'usage de l'outil et l'impact sur la coordination qui en découle. Le premier facteur est l'implication des différentes catégories de professionnels durant la phase de développement de l'outil.** En effet, les IDE sont de loin ceux qui se sont le plus impliqués, suivis par les MG, puis dans une moindre mesure, les pharmaciens. Dans la partie suivante, stratification selon la profession, nous verrons si ce point influence les résultats. **Le deuxième facteur est l'apprentissage correspondant à la période nécessaire à la prise en main de l'outil numérique.** Nous verrons, dans la stratification selon la fréquence d'utilisation, l'impact que cela peut avoir sur ces résultats.

### 3.4.4.2. Résultats stratifiés

#### 3.4.4.2.1. Stratification selon la profession

Pour rappel, les IDE représentent 39,58% (19) de l'effectif, les MG 22,92% (11), les MKDE 20,83% (10), les pharmaciens 10,42% (5), les biologistes médicaux 4,17% (2) et la pédicure-podologue 2,08% (1).

Pour l'objectif principal, **nous observons pour les IDE, les MKDE et les pharmaciens une meilleure satisfaction du système de coordination des soins après l'usage de l'outil.** Dans le cas des IDE et des pharmaciens, ce progrès est en corrélation avec l'amélioration constatée par la sommation des autres questions, mais avec des intensités différentes. Dans le cas des MKDE, bien que la réponse globale et l'ensemble des questions mettent toutes deux en avant la réponse « neutre », il s'agit, dans le premier cas, d'une amélioration et, dans le second, d'une dégradation. Par ailleurs, **nous observons pour les MG, les biologistes médicaux et la pédicure-podologue, une moins bonne satisfaction du système de coordination des soins après l'usage de l'outil.** Pour les biologistes médicaux et la pédicure-podologue, cette dégradation est liée à la dégradation constatée par la sommation des autres questions, mais avec des intensités différentes. Pour les MG, cette dégradation ne correspond pas à la sommation des autres questions, qui elles, montrent au contraire, une amélioration de la situation.

Nous allons maintenant tenter d'identifier les **raisons des divergences** observées entre la réponse globale et la sommation des autres réponses pour les MKDE et les MG, ainsi que les différences d'intensité constatées pour les autres professionnels, puis de manière plus générale.

Ces divergences paraissent être liées à plusieurs phénomènes, dont l'importance et l'association peuvent différer d'un professionnel à l'autre. Ces phénomènes sont :



- **le manque d'exhaustivité thématique** empêchant d'appréhender l'image complète que se font les soignants de la coordination des soins ;
- **le manque de pertinence de certaines questions** pouvant être jugées hors sujet par certains professionnels de santé ;
- **la variabilité de l'importance des différentes thématiques** selon le professionnel interrogé. Cela nous semble essentiel et correspond à ce que nous nommons le manque de personnalisation des questions. À titre d'exemple, nous avons vu au niveau du questionnaire national que la sécurité de l'information, pourtant a priori cruciale dans le domaine de la santé, n'est jugée cruciale que par 26,24% des répondants, et même secondaire par 15,6% d'entre eux. Cet exemple nous montre bien que l'importance d'un point, même aussi essentiel que la sécurité, peut différer d'un professionnel à l'autre. Ce que nous observons notamment chez les MG, à savoir le fait de pondérer chaque question au même niveau n'est donc, en réalité, pas complètement représentatif.
- **La présence d'un biais d'information** gommant des variations dans un sens ou dans l'autre, notamment pour les MKDE.
- **La faiblesse de l'effectif** concernant en particulier les biologistes médicaux et la pédicure-podologue.

Afin de prendre en compte les deux premiers points, il aurait fallu interroger les soignants sur la pertinence et l'exhaustivité du questionnaire. De plus, pour améliorer la personnalisation, il aurait fallu utiliser une échelle de pondération pour chaque question.

**L'ensemble de ces points permet également d'expliquer en quoi l'analyse des critères de jugement secondaires par sommation de chaque sous-question d'une même catégorie est moins pertinente qu'une question unique sur chaque**

**item.** Mais le contenu du questionnaire, au-delà de cette thèse, avait aussi pour objectif de permettre de cibler précisément le type de modifications nécessaires à l'amélioration de l'outil, d'où l'organisation par thématique avec plusieurs sous-questions.

Nous allons maintenant aborder l'analyse des critères de jugement secondaires lorsqu'ils sont stratifiés selon la profession. Pour rappel, cette analyse est faite par sommation de chaque sous-item d'une même thématique même si ce n'est pas la méthode la plus pertinente.

Tout d'abord, nous constatons **pour l'ensemble des catégories de professionnels de santé une dégradation de l'item « communication ».**

**Pour les autres items, il existe des divergences qui nous permettent d'identifier trois profils.** Le **premier profil** correspond aux catégories de professionnels pour lesquelles il n'y a **que des dégradations** et concerne uniquement les **biologistes médicaux**. Le **deuxième profil** correspond aux catégories de professionnels pour lesquelles il y a **à la fois des dégradations et des améliorations**. Ce profil concerne les **MKDE, les MG, les pharmaciens et la pédicure-podologue**. Toutefois, pour la **pédicure-podologue**, nous observons une amélioration uniquement pour l'item « qualité des prises en charge pluridisciplinaires », une absence de variation pour « documents médicaux des patients » et une dégradation pour tous les autres items. Pour les **MKDE**, nous observons une amélioration pour les items « informations à propos des patients » et « documents médicaux des patients », mais une dégradation pour les items « qualité des prises en charge pluridisciplinaires » et « rapport bénéfice obtenu/temps consacré », le reste ne variant pas. **Pour les MG et les pharmaciens**, il existe une amélioration pour les items « informations à propos des patients », « prise en charge à domicile en équipe » et « qualité des prises en charge pluridisciplinaires », mais une dégradation pour les items « documents médicaux des patients » et

« rapport bénéfice obtenu – temps consacré », le reste ne variant pas. Le **dernier profil** correspond aux catégories de professionnels pour lesquelles il n'y a **que des améliorations** et qui concerne uniquement les **IDE**.

Nous allons maintenant effectuer quelques remarques pour chaque catégorie de professionnels de santé.

Avant tout, à propos des **biologistes médicaux et de la pédicure-podologue**, il faut noter qu'en raison de la **petitesse de leur effectif** (2 et 1 professionnels respectivement), aucune analyse autre que la simple description n'est possible pour ces deux catégories de professionnels. Nous pouvons tout de même noter qu'il existe un **probable biais de dissidence important** en ce qui les concerne. En effet, il s'agit de deux catégories de professionnels qui n'ont pas du tout utilisé l'outil. Par conséquent, leur évaluation de la coordination des soins n'aurait pas dû changer de manière significative. Ce n'est pas le cas, avec une forte dégradation de la situation pour ces deux catégories.

Dans le cas des **MKDE**, nous observons une **probable surreprésentation des « réponses neutres »** liée à la conjonction de deux phénomènes : la présence probable d'un **important biais d'information** décrit précédemment (mauvaise formulation de la réponse neutre) associée au **très faible usage de l'application** (90% de non-utilisateurs, soit 9/10). Ainsi, leurs réponses aux deux questionnaires auraient dû être relativement proches, or ce n'est pas le cas. Ces derniers ont donc sans doute décidé d'opter pour cette réponse neutre dans le second questionnaire, comprise comme une forme d'absence d'utilisation et de réponse. Cette probable surreprésentation des réponses neutres a pour conséquence de **fausser les réponses et entraîne dans certains cas des améliorations et dans d'autres des dégradations qu'il est alors difficile d'interpréter**. Par ailleurs, il est impossible de

dire si la divergence constatée entre la question globale et la sommation des autres questions est liée à cela ou à une autre cause (cf. supra).

Finalement, concernant les **IDE, MG et pharmaciens**, ces trois catégories de professionnels ont deux points communs. Premièrement, il s'agit des professionnels qui se sont **le plus impliqués dans le développement de l'outil**, en particulier les IDE, pour l'ensemble du projet. Les MG se sont surtout engagés dans le développement du module ordonnance en apportant du poids à cette proposition. Malheureusement, l'absence d'intégration de ce module lors du lancement, explique d'une part son faible usage, et d'autre part, plusieurs évaluations négatives des MG et ce, malgré la correction de certains problèmes. Les pharmaciens, quant à eux, se sont un peu investis, essentiellement afin de trouver des solutions qui pallient à l'absence d'une plateforme dédiée à l'échange d'ordonnances (semblant pourtant au final la meilleure solution). L'absence de cette plateforme explique d'ailleurs les remarques selon lesquelles l'outil n'est pas adapté à leur profession (il en va de même à ce sujet pour les biologistes médicaux). Deuxièmement, il s'agit des **professionnels ayant le plus utilisé l'application** avec environ 80% de professionnels ayant utilisé l'application au moins une fois par mois, et même de manière hebdomadaire pour plus de la moitié des IDE (52,6% (10)) et plus d'un tiers des MG (36,4% (4)). Ces deux points semblent montrer, pour les IDE et les pharmaciens, une possible corrélation entre l'implication dans le développement, la fréquence d'usage (courbe d'apprentissage) et l'amélioration de la coordination des soins grâce à l'outil. La notion de courbe d'apprentissage sera de nouveau développée dans la partie stratification selon la fréquence d'utilisation. **Pour les MG**, la situation est un peu plus complexe et amène à un troisième constat. L'étude de la sommation des réponses montre pour eux une amélioration de la situation, alors que la question globale montre une dégradation. Outre l'impact du délai de lancement du module ordonnance (défaut fonctionnel), cette

divergence peut être liée à un élément précédemment évoqué, à savoir le manque de personnalisation des questions. En effet, bien que **l'efficacité temporelle** semble importante pour l'ensemble des soignants, ce point paraît **encore plus crucial pour les MG, et donc déterminant dans leur évaluation globale de l'outil**. Ce constat est issu de l'analyse de chaque sous-question montrant pour les MG une amélioration pour neuf d'entre elles, une absence de variation identifiable pour une seule et une dégradation pour huit dont quatre (50%) se rapportant à la notion de rapidité d'usage. Ce constat est renforcé par leurs réponses à la question ouverte.

Ainsi, en mettant de côté les éléments en lien avec l'efficacité temporelle, principalement liés à des problèmes ergonomiques accessibles à des corrections, **l'outil propose des fonctionnalités semblant améliorer la coordination des soins en particulier pour les professionnels impliqués dans le développement de l'outil, avec un lien évident entre l'implication lors du développement et le degré d'amélioration perçue**. Nous allons maintenant étudier les résultats stratifiés selon la fréquence d'utilisation, celle-ci paraissant avoir d'ores et déjà un impact positif pour les IDE et les pharmaciens au vu des résultats.

#### **3.4.4.2.2. Stratification selon la fréquence d'utilisation**

Pour rappel, les professionnels ayant une UMUM (29) représentent 50% de l'effectif initial (58) et 60,42% de l'effectif ayant répondu au questionnaire de retour (48). Ceux ayant une UMUS (14) représentent 24,14% de l'effectif initial et 29,17% de l'effectif ayant répondu au questionnaire de retour.

Les professionnels ayant une UMUM sont représentés à 51,74% (15) par des IDE, 31,03% (9) par des MG, 13,79% (4) par des pharmaciens et à 3,45% (1) par des MKDE. Ceux ayant une UMUS sont représentés à 71,43% (10) par des IDE et à 28,57% (4) par des MG.

Enfin, parmi les IDE, 78,95% ont une UMUM et 52,63% une UMUS. Parmi les MG, 81,82% ont une UMUM et 36,36% une UMUS. Parmi les pharmaciens, 80% ont une UMUM et 0% une UMUS. Parmi les MKDE, 10% ont une UMUM et 0% une UMUS. Aucun biologiste médical et aucun pédicure-podologue n'a d'UMUM, et donc a fortiori d'UMUS.

**Pour l'objectif principal, nous observons une amélioration de la satisfaction de la coordination des soins pour l'UMUM et l'UMUS avec une corrélation selon la fréquence d'utilisation.** Dans le cadre de l'UMUS, nous constatons une inversion complète du rapport entre réponses globalement positives et négatives. Ces résultats issus de la question globale sont par ailleurs **bien corrélés avec ceux issus de la sommation des autres questions**, lorsqu'ils sont stratifiés selon la fréquence d'utilisation. Dans les deux cas, l'amélioration constatée est supérieure à celle observée pour les résultats non stratifiés.

**Pour les objectifs secondaires, concernant les six grandes thématiques précédemment citées**, nous observons, dans le cadre d'une **UMUM**, une **amélioration pour trois d'entre elles**, à savoir « informations à propos des patients », « prise en charge à domicile en équipe » et « qualité des prises en charge pluridisciplinaires ». Il s'agit d'une amélioration à la fois des résultats avant l'usage de l'outil, mais aussi des résultats non stratifiés après l'usage. **Pour l'une de ces thématiques**, « documents médicaux des patients », **les variations observées ne permettent pas d'identifier de différence** par rapport aux résultats avant l'usage de l'outil ou à ceux non stratifiés après son usage. Enfin, **pour les deux dernières thématiques**, à savoir la « communication entre professionnels » et « le rapport bénéfique obtenu – temps consacré du système de coordination de proximité », nous observons **une atténuation de la dégradation constatée dans les résultats non stratifiés**, ceux-ci étant cependant moins bons qu'avant l'usage de l'outil.

Dans le cadre d'une **UMUS**, nous observons une **amélioration pour l'ensemble des six thématiques**. Cette amélioration est directement liée à la fréquence d'utilisation, car toujours supérieure à celle constatée dans le cadre d'une UMUM. Pour « informations à propos des patients », cette différence est cependant minime, voire plafonnée, en raison du haut degré de satisfaction atteint dans l'UMUM (80,5%).

L'analyse des sous-thématiques montre, dans le cadre d'une **UMUM**, une **amélioration pour une large majorité d'entre elles (13/18)**, une atténuation de la dégradation, constatée au niveau des résultats non stratifiés pour trois d'entre elles (« adaptation de la communication à l'activité », « efficacité des prises en charge pluridisciplinaire » et « rapport bénéfique obtenu - temps consacré pour les professionnels du système de coordination de proximité »), une dégradation identique à celle des résultats non stratifiés pour une d'entre elles (« fluidité de la communication ») et enfin, une aggravation de la dégradation par rapport aux résultats non stratifiés pour la dernière (« échange de documents »). Là encore, l'hypothèse principale est la problématique de rapidité d'usage.

Cette analyse des sous-thématiques montre, dans le cadre d'une **UMUS**, une **amélioration pour une large majorité d'entre elles (15/18)** et une atténuation de la dégradation, constatée sur les résultats non stratifiés pour les trois autres (« la fluidité de la communication », « l'échange de documents » et « l'efficacité des prises en charge pluridisciplinaires »). Par ailleurs, **les variations observées pour l'UMUS montrent une amélioration par rapport à celles de l'UMUM dans la majorité des cas (14/18)**, avec dans les autres cas, a priori, un plafonnement de l'amélioration possible.

**L'ensemble de ces résultats semblent montrer une corrélation claire entre la fréquence d'utilisation de l'outil et l'amélioration perçue**. Nous pouvons nous poser la question si ce phénomène est uniquement lié à l'apprentissage d'une part, ou

à la tendance de tout un chacun à n'utiliser régulièrement que les outils dont il est satisfait, d'autre part.

#### **3.4.4.3. Résultats de la question ouverte**

Au-delà des éléments déjà évoqués plus haut dans les résultats généraux et stratifiés, l'analyse des réponses à la question ouverte, nous a permis d'identifier les hypothèses les plus probables, permettant d'explicitier les différents résultats de cette étude et de mettre en avant les principales pistes d'amélioration.

Sur ce dernier point, il est regrettable de constater que la grande majorité des améliorations possibles et des limites évoquées dans cette question ouverte par les professionnels de santé étaient déjà connues et identifiées au moment du développement, et n'ont pas pu être corrigées pour des raisons de temps et d'argent.



## Conclusion

Dans le cadre du programme e-parcours, il a été demandé à chaque région de se doter d'un outil numérique de coordination des soins. Cette mission a été confiée par les ARS aux GRADeS. Cette thèse devait initialement permettre d'évaluer l'outil numérique développé par la société MAINCARE® pour la région Grand Est. Face aux retards et aux manquements dans le développement de cet outil, il a été décidé de réaxer ce projet de thèse sur le développement d'un outil alternatif. L'objectif était de proposer une autre solution que celle développée par MAINCARE® ou, à défaut, de mieux cerner les besoins des professionnels de santé.

Dans notre première partie, nous avons expliqué les raisons de l'engouement récent des pouvoirs publics pour la coordination des soins et les outils numériques, à partir d'une revue concise des projets de loi depuis 2002 et en réalisant ensuite une recherche bibliographique selon les axes développés par le Gouvernement dans le projet de loi « Ma santé pour 2022 ». Ce projet met en évidence les faiblesses du système de santé dont une part non négligeable est liée, selon le gouvernement, à un manque de coordination des acteurs sanitaires et sociaux en ambulatoire et à l'hôpital.

Nous avons ensuite détaillé les faiblesses liées au cloisonnement du système de santé. Pour chacune d'entre elles, nous avons identifié de quelle façon un outil numérique de coordination des soins pourrait les corriger et ainsi améliorer la qualité des soins dans toutes ses composantes : efficacité, pertinence, accessibilité, continuité, traçabilité... En utilisant la feuille de route « Accélérer le virage numérique en santé », nous avons constaté qu'il existe une adéquation entre les solutions numériques proposées et le projet du Gouvernement sur le numérique en santé. Finalement, nous avons évalué l'impact de la pandémie de COVID-19 sur la coordination des soins et l'usage des outils numériques en santé.

L'analyse de cette première partie montre que la coordination des soins s'est progressivement imposée comme piste d'amélioration des lois successives. À la lecture de ces différentes lois, nous pouvons constater les atermoiements de l'action politique et son inefficacité. En effet, bien que le diagnostic situationnel ait été posé dès 2002 (Loi KOUCHENER), des solutions numériques proposées dès 2004 avec le DMP (Loi DOUSTE-BLAZY) et une organisation transversale de la coordination des soins, s'appuyant sur des structures d'exercices coordonnés, mise en place dès 2009 (Loi BACHELOT ou HPST), nous sommes toujours, en 2023, loin du compte ! C'est d'autant plus surprenant qu'entre-temps deux grandes lois sanitaires supplémentaires (Loi TOURAINE en 2016 et « Ma Santé pour 2022 » en 2018) s'appuient en grande partie sur ces constats et les solutions proposées entre 2002 et 2009. Il faut reconnaître qu'avec « Ma Santé pour 2022 », le Gouvernement a essayé d'innover dans certains domaines et permis des avancées notables dans d'autres. Parmi les innovations, il y a l'action sur la formation initiale qui promeut le travail coordonné avec des formations communes et des passerelles, mais aussi la place centrale apportée au numérique dans la feuille de route « Accélérer le virage numérique en santé », avec notamment les GRADeS. Parmi les grandes avancées du point de vue du gouvernement, il y a la généralisation de Mon Espace Santé (qui intègre le DMP dans ses fonctions), ainsi que le maillage territorial en structures d'exercice coordonné en réelle expansion avec les CPTS.

Concernant le point central de notre thèse, à savoir la place d'un outil numérique dans la coordination des soins, nous avons mis en évidence son intérêt afin de résoudre certaines des faiblesses du système de santé liées à son cloisonnement, et ainsi améliorer la qualité des soins. En effet, qu'il s'agisse de l'aide à la gestion des soins non programmés, des phases de transition, des parcours de soins complexes, du maintien à domicile ou encore de l'amélioration de la prévention dans les soins, les

nombreuses possibilités que semblent pouvoir offrir les outils numériques de coordination des soins sont intéressantes. Les deux grands axes d'amélioration ciblés sont la communication (efficacité et sécurité) et le partage des données des patients (accès, exhaustivité et sécurité), grâce à des fonctions spécifiques à ces outils. Nous pouvons par exemple citer l'annuaire territorial des professionnels de santé, l'agenda numérique partagé, le réseau social professionnel ou encore le dossier patient de coordination, qui doit permettre un suivi quotidien coordonné (cahier de liaison), un accès bris de glace pour la gestion des urgences et un espace de stockage pour les documents de référence (examen complémentaire de référence, lettre de liaison de sortie, dernier courrier de spécialiste, projet personnalisé de santé...). Afin de faciliter son déploiement, cet outil doit être compatible avec Mon Espace Santé et les principaux logiciels de santé, ambulatoires ou hospitaliers, ainsi qu'avec les logiciels des établissements médico-sociaux. Enfin, il doit offrir des gages en matière de sécurité sur la connexion (MFA) et sur le stockage des données (agrément HDS).

L'ensemble de ces fonctions est en adéquation avec la feuille de route « Accélérer le virage numérique en santé » qui met l'accent sur l'efficacité, l'ergonomie, la sécurité et l'interopérabilité. Ainsi, la politique gouvernementale avec la loi « Ma Santé pour 2022 » est en adéquation avec l'analyse de la littérature faite.

Pour autant, les avancées notables récentes dans le domaine de la coordination des soins et dans l'usage des outils numériques en santé sont aussi, et principalement, liées à la pandémie de COVID-19, comme en témoignent l'enquête Execo2, plusieurs travaux universitaires et le rapport du Sénat. Sur la coordination des soins, le principal impact de la pandémie est une amplification et une accélération des dynamiques préexistantes. Pour les outils numériques, nous avons certes assisté à une accélération des dynamiques préexistantes (téléconsultations), mais également à une libéralisation desdits outils, inimaginables jusque que là en raison notamment de leur

caractère intrusif (TousAntiCovid). Cela ouvre de nombreuses perspectives pour l'avenir, tout en posant la question du respect de nos libertés fondamentales.

Notre deuxième partie a comme principal objectif de présenter le développement et le déploiement de l'outil numérique de coordination des soins de proximité, deux étapes auxquelles nous avons activement participé. En préambule à cette présentation, nous avons abordé quelques données sur le e-parcours ainsi que le cahier des charges de la DGOS concernant le développement des outils numériques de coordination des soins, ces éléments s'avérant nécessaires à la compréhension du projet.

Nous avons ensuite présenté les résultats du questionnaire national (282 réponses) sur lesquels nous nous sommes entre autres appuyés pour le développement de l'outil numérique. Ils permettent de constater une bonne adéquation de la définition de la coordination des soins entre les instances officielles et les professionnels de santé. Pour autant, ces derniers ne savent pas clairement identifier les structures d'exercice coordonné (0,35% de réponses complètes et justes), en cohérence avec l'analyse de la littérature existante, ce qui témoigne de la complexité du système. Un résultat particulièrement intéressant est le lien que font les professionnels de santé entre exercice coordonné et structure d'exercice coordonné. Ils sont une très large majorité (92,91%) à penser que la pratique d'un exercice coordonné peut se faire indépendamment d'une structure d'exercice. Un peu moins de la majorité d'entre eux (48,23%) pense même que de telles structures peuvent limiter le libre choix du patient. Nous observons que les outils de coordination des soins utilisés ne sont pas en adéquation avec les objectifs du Gouvernement et souvent inadaptés en matière d'efficacité ou de sécurité. Ainsi, le téléphone reste le premier outil cité pour coordonner les soins (81,91%) alors qu'idéalement celui-ci devrait être réservé aux situations d'urgence. De même, pour coordonner les soins à domicile des patients, les professionnels de santé utilisent principalement les traces écrites (54,46%) avec le

risque d'erreurs. Enfin, les autres outils utilisés n'appartiennent pas, pour la majorité, à la panoplie des outils des professionnels. Partant de l'analyse des défauts et avantages des outils actuels, nous avons pu déterminer les caractéristiques fondamentales d'un outil efficace de coordination des soins : il doit être avant tout rapide (62,77%), pour limiter la perte de temps, mais également ergonomique, sécurisé et fiable (y compris en zone blanche). Il doit par ailleurs offrir une traçabilité des informations, avec une fonction « accusé de lecture », et permettre des interactions à la fois directes et globales avec les autres professionnels. Cela impose que l'ensemble des professionnels s'implique. L'ensemble de ces points rejoint ainsi le cahier des charges de la DGOS, mais pas forcément avec les mêmes priorités. Nous pouvons d'ores et déjà identifier un décalage entre sécurité et rapidité, en lien avec les outils non professionnels utilisés à ce jour. S'il est intéressant de noter que la sécurité est importante, voire cruciale, pour une large majorité des professionnels de santé (84,40%), le reste d'entre eux (15,60%) considèrent qu'elle n'est que secondaire. Pour conclure cette partie, il est rassurant de voir qu'au moment où ce questionnaire a été diffusé, une majorité des professionnels de santé reste persuadée de l'intérêt des outils numériques dans sa pratique (95%), notamment pour la coordination des soins (91,5%). Comme ils se disent prêts à investir une journée en moyenne dans du temps de formation (75,89%), il faut prévoir de l'accompagnement lors du déploiement de cet outil. Il y a certes une place pour le développement d'un outil numérique de coordination des soins, cependant il est essentiel de prendre en compte le cahier des charges de la DGOS ainsi que l'avis des professionnels de santé dans son développement, pour que les bénéfices apportés pour eux compensent la perte nécessaire de rapidité liée à la sécurité et favoriser leur adhésion. C'est ce que nous avons tenté de faire dans ce projet.

Dans la suite de la deuxième partie, nous avons présenté le cœur de ce projet de thèse, à savoir le développement et le déploiement d'un outil numérique de coordination des soins. Le projet s'est développé sous la forme d'un proof of concept auquel nous avons participé en collaborant avec PULSY® (GRADeS de la région Grand Est), SALESFORCES® (leader mondial des CRM), MODIS® (développeur du « Health Cloud » à partir de la plateforme Customer360® de SALESFORCE®). Ce travail s'appuie sur un cahier des charges initial qui s'inspire à la fois du cahier des charges de la DGOS, de la première expérience PARCEO®, du questionnaire national et des retours de terrain (CPTS Vignoble-Mossig). La quasi-totalité du projet de développement ainsi que la période de test ont été financées par SALESFORCE® et MODIS®. Seuls une partie de l'assistance au déploiement et le module ordonnance, non prévu au cahier des charges initial et pour lequel nous avons insisté suite aux demandes de terrain, ont été financés par PULSY®. L'ensemble s'est étalé sur une durée d'environ six mois. Il a été décidé d'un commun accord de travailler selon une « méthode agile » permettant un gain non négligeable en matière d'efficacité et de réactivité. Cette méthodologie de travail est d'ailleurs applicable au domaine de la santé, notamment pour la coordination des parcours de soins complexes. Notre rôle dans ce fonctionnement était essentiellement celui de « Product Owner » en partenariat avec PULSY®, mais nous avons également participé, pour une part, au développement en partenariat avec MODIS®.

La phase de développement a duré environ trois mois. L'outil comprend de manière non exhaustive une connexion sécurisée (MFA), un annuaire des professionnels de santé du territoire, un dossier patient personnalisé, un outil de gestion des demandes, une un réseau social professionnel de type « mur » (page FACEBOOK®). Le dossier patient est lui-même sécurisé, avec un accès réservé à l'équipe de prise en charge. Il contient des données administratives et médicales, un outil de gestion de l'équipe de

prise en charge, un cahier de liaison avec des fonctions : notes, formulaires (préremplis) et demandes ainsi qu'un outil de communication spécifique pour chaque patient et une fonctionnalité de gestion des ordonnances (fonctionnalité disponible en décalée par rapport au lancement). Malgré une réelle efficacité du développement, les limites temporelles (période d'essai prédéterminée limitée dans le temps) ainsi que financières (POC gracieux) ont eu pour conséquence la persistance de défauts qui auraient pu être corrigés en cas de partenariat pérenne. Il s'agit notamment d'un manque d'ergonomie (nécessité de multiplier les « clics » pour une action) qui en complexifie l'usage. Par ailleurs, le format de messagerie n'est pas le plus adapté : nous aurions préféré une messagerie instantanée de type WHATSAPP®. Finalement, l'absence d'une plateforme d'échange d'ordonnances et de résultats directement intégrée à l'application pose problème en particulier pour les pharmaciens et les biologistes médicaux. L'évaluation sur deux mois de la phase de déploiement de l'outil s'est faite au sein de la CPTS Vignoble-Mossig. Elle a consisté pour l'essentiel à de la formation de professionnels de santé (réunion de déploiement, cinq visioconférences et mise en place de guides pratiques) et à du support technique. Plusieurs correctifs ont été déployés pour améliorer l'application et mettre en place la fonctionnalité ordonnance. L'intégration retardée de cette fonctionnalité a été perçue comme préjudiciable, notamment pour les MG et les pharmaciens. Nous avons participé à toutes ces actions en partenariat avec SALESFORCE®, MODIS® et PULSY®.

Pour conclure cette partie, la « méthode agile » nous a rapidement permis de transformer un logiciel de CRM en un outil de coordination des soins de proximité, sachant que ce changement a eu un impact sur l'aspect ergonomique. L'objectif était de répondre à la fois au cahier des charges de la DGOS et aux besoins identifiés, suite aux remontées de terrain. Nous avons formé les professionnels de santé à l'utilisation de l'outil et les avons accompagnés en répondant à leurs remarques et demandes ;

l'objectif étant de les satisfaire afin de favoriser leur adhésion. Cependant, les limites évoquées ne nous ont pas permis d'atteindre l'ensemble de nos objectifs ; en effet, nous n'avons pas réussi à satisfaire complètement les professionnels de santé utilisateurs ni à tous les impliquer. Les faiblesses, identifiées initialement par les instigateurs du projet, se superposent d'ailleurs à celles identifiées par les utilisateurs, suite au test de l'outil. Elles font partie des résultats présentés dans notre troisième partie.

Cette dernière vise à évaluer l'impact de notre outil sur la coordination des soins de proximité. Il s'agit d'une étude interventionnelle (avant-après) non contrôlée, non randomisée s'appuyant sur une analyse quantitative de variables issues d'échelles de Likert (données qualitatives ordinales) et sur une question ouverte (donnée qualitative). Cette étude cible les professionnels de santé exerçant sur le territoire de la CPTS Vignoble-Mossig : MG, IDE, MKDE, pharmaciens, biologistes médicaux et pédicure-podologue. L'objectif principal est d'évaluer l'impact de l'outil sur le degré de satisfaction des professionnels de santé par rapport au système de coordination de proximité. Cette évaluation se fait grâce à la variation de leur satisfaction entre les questionnaires avant et après test, ce qui correspond à notre critère de jugement principal. Les objectifs secondaires sont d'évaluer l'impact de l'outil sur des éléments essentiels à la coordination des soins de proximité, mis en avant dans l'analyse de la littérature et le questionnaire national : la communication entre professionnels, les informations et documents médicaux concernant les patients, la prise en charge en équipe à domicile, la qualité du travail pluridisciplinaire et le rapport bénéfice obtenu - temps consacré au système de coordination. Chacun de ces six items se décompose en plusieurs sous-items. Les critères de jugements secondaires correspondent à la sommation des variations observées pour chacun des sous-items appartenant à un même item, permettant ainsi d'avoir une estimation de la variation de ces items.



Chacun des critères de jugement, principal et secondaires, a été analysé d'abord sur l'ensemble de l'effectif, puis suivant une stratification selon la catégorie professionnelle et une stratification selon la fréquence d'utilisation. Ces deux stratifications ont été choisies en raison de leur impact sur les résultats. Enfin, le dernier objectif secondaire est d'identifier de manière qualitative, à partir de la question ouverte, les avantages et inconvénients de l'outil, ainsi que les pistes d'amélioration. Les résultats à cette question permettent par ailleurs d'explicitier les variations observées à partir des réponses aux autres questions.

La force de cette étude est de faire partie d'un projet complet, en partant d'une analyse de la littérature et d'un diagnostic sur le terrain, conduisant au développement et au déploiement d'un outil numérique de coordination des soins, dont l'impact peut finalement être évalué. L'absence de groupe contrôle et la perte d'appariement, lors de l'envoi des questionnaires, en constituent les deux principales faiblesses. Elles empêchent d'évaluer le caractère significatif ou non des résultats, réduisant l'étude à une analyse descriptive de ceux-ci et en limitent donc fortement la portée.

À propos des résultats non stratifiés, le critère de jugement principal montre une amélioration de la satisfaction des professionnels, qui ne penche qu'en faveur de la neutralité. Les critères de jugement secondaire montrent quant à eux une amélioration de la situation pour trois items sur six, à savoir le partage de l'information, la prise en charge à domicile en équipe des patients et la qualité du travail en équipe pluridisciplinaire. Il y a par contre une dégradation pour deux d'entre eux : la communication entre professionnels et le rapport bénéfice obtenu - temps consacré au système de coordination des soins. Cette dégradation semble principalement liée à des problèmes d'ergonomie, plus spécifiquement l'impact du type de messagerie pour le premier et l'ensemble des problèmes d'ergonomie pour le second. Cela rend l'outil inadapté à un usage au quotidien en raison de son caractère chronophage. Ces

deux points, déjà mentionnés lors du développement, sont confirmés par les réponses à la question ouverte. Par ailleurs, la sécurisation importante de l'application (MFA), obligation du cahier des charges de la DGOS, mais qui en ralentit forcément l'usage, a également un impact négatif sur ces deux points. Enfin, il faut noter une possible altération des résultats en lien avec un biais de dissidence pour certains utilisateurs. Bien que n'ayant pas utilisé l'outil, ils ont pourtant indiqué une dégradation de la situation dans leurs réponses. Cela peut témoigner d'un a priori voire d'une déception vis-à-vis de l'outil proposé, et cela, sans l'avoir expérimenté.

L'analyse du critère de jugement principal stratifié selon la profession montre une bonne corrélation entre le degré d'implication lors du développement de l'outil et une meilleure satisfaction des professionnels. Cela semble logique, car nous avons pu mieux prendre en compte les besoins des professionnels qui se sont impliqués lors du développement. Il existe cependant un bémol à cette analyse. Il s'agit du cas des MG, qui, bien qu'ils se soient impliqués dans le développement de l'outil, présentent une dégradation de leur satisfaction n'allant pas dans le sens de la sommation de l'ensemble de leurs réponses. Cette discordance peut être liée à l'importance toute particulière accordée à la rapidité pour les MG.

L'analyse du critère de jugement principal stratifié selon la fréquence d'utilisation montre une bonne corrélation entre la fréquence d'utilisation de l'outil et une meilleure satisfaction des professionnels. Cela témoigne d'un probable effet d'apprentissage dans l'utilisation de l'outil. Il en va de même pour les critères de jugement secondaires (outre la question ouverte) avec un impact positif sur l'ensemble des items évalués (6/6) pour les utilisateurs les plus assidus. Cependant, même pour ceux-ci, l'ensemble des sous-items ne montrent pas une amélioration. Pour trois d'entre eux (sur dix-huit) il y a une dégradation, mais moindre que dans la population non stratifiée. Il s'agit « de la fluidité de la communication », « de l'échange de documents » et « de l'efficacité

des prises en charge pluridisciplinaires ». Là aussi, nous retrouvons les notions de communication et d'ergonomie avec leur impact sur la rapidité.

Ainsi, les résultats de cette étude nous montrent que l'outil développé, bien que répondant dans l'ensemble aux fonctions nécessaires à une coordination des soins de proximité et aux enjeux de sécurisation des informations de santé, manque d'ergonomie. Cela complexifie son usage au quotidien et entraîne des lenteurs lors de son utilisation, ce qui pour les soignants est un facteur limitant majeur. Cependant, cet aspect s'améliore lors d'un usage régulier et avec un accompagnement approprié (effet de la courbe d'apprentissage). Pour autant, ces lenteurs sont aussi en partie liées aux obligations de sécurisation (MFA), auxquelles il n'est pas possible de déroger. Les analyses stratifiées réalisées, selon la profession et selon la fréquence d'utilisation, mettent en avant deux points essentiels : l'importance de l'implication directe des professionnels de santé concernés dans le développement d'un tel outil et l'impact majeur de la courbe d'apprentissage.

Outre l'absolue nécessité d'avoir un groupe contrôle, les limites temporelles et économiques auraient dû nous conduire à simplifier le projet sur plusieurs points. Tout d'abord, il aurait fallu réduire le nombre de fonctions intégrées à l'outil afin de pouvoir investir plus de moyens sur l'aspect ergonomique, fondamental. Par ailleurs, nous aurions dû cibler uniquement les professionnels de santé les plus impliqués dans la coordination des soins de proximité à savoir les IDE et les MG. En effet, le ciblage plus étendu n'a pas permis de répondre complètement aux demandes des différents professionnels de santé : pour les pharmaciens et les biologistes médicaux, la présence d'une plateforme d'échange d'ordonnances et de résultats ; pour les IDE, l'envoi des demandes de manière simultanée à un groupe et pour les MG la présence de la fonction ordonnance dès le lancement. Pour autant, malgré tous les défauts identifiés de l'outil, l'amélioration probable de la coordination des soins de proximité

suite à notre étude montre l'importante marge de progression dans ce domaine et confirme la place des outils numériques de coordination en tant qu'axe d'amélioration de la qualité des soins.

Avant de conclure cette thèse, nous allons présenter le nouveau partenariat mis en place par PULSY® pour le projet PARCEO®. En effet, face aux retards et aux insuffisances de contenu de l'outil développé par MAINCARE®, mis en exergue par le projet initial de thèse, PULSY® réalise en août 2021 une « analyse stratégique d'exploration du marché parcours ». L'objectif de celle-ci étant de définir s'il fallait poursuivre avec MAINCARE® ou engager une démarche de rupture. Pour rappel, le projet de thèse est en parallèle réorienté à partir d'août 2021 avec SALESFORCE®-MODIS®. En novembre 2021, PULSY® fait une nouvelle demande sur le marché dans le cadre du programme e-parcours de la région Grand Est et réalise une analyse comparative (ou benchmarking) entre différents prestataires : MAINCARE®, SALESFORCE®-MODIS®, COEXYA® (anciennement SWORD®), MEDIALIS® et le consortium ORION-HEALTHCARE®-GLOBULE®. Cette analyse comparative s'appuie sur le cahier des charges de la DGOS et s'enrichit à la fois par l'expérience initiale de PULSY® et par le nouveau projet de thèse avec des éléments issus du questionnaire national, des remontées de terrain et des éléments soulevés lors du développement de l'application. Les enseignements de cette analyse comparative sont multiples : existence d'une part, d'un point de vue fonctionnel, d'un meilleur outil que celui présenté par MAINCARE®, avec les solutions proposées par COEXYA® et MEDIALIS® et d'autre part mise en évidence de la non-compétitivité de la solution proposée par SALESFORCE®-MODIS®, tant sur l'aspect ergonomique que financier. Suite à cela, PULSY®, en décembre 2021, après obtention d'un accord de résiliation et de relancement d'une procédure au sein de l'accord-cadre e-parcours national auprès de la DGOS, dénonce son contrat avec la société MAINCARE® puis réalise un

nouvel appel d'offres, qui est gagné par COEXYA®. Le marché leur est alors attribué en mars 2022 et la mise en service de PARCEO® (version 2) faite en juillet 2022 avec le lancement de 22 groupes d'usage en pilote (environ 200 utilisateurs). Cette phase pilote s'est conclue en septembre 2022 avec de bons retours en provenance du terrain. Le projet proposé par les équipes de COEXYA® comprend une application avec une structure (build) initiale solide répondant bien aux différents besoins, avec de la réactivité quant à l'ajout de nouvelles fonctions, ce qui était une exigence de PULSY® issue de l'expérience positive du travail en « mode agile » lors du partenariat avec SALESFORCE® et MODIS®. Parmi les fonctions présentes ou futures de cette nouvelle version de PARCEO®, nous retrouvons un réseau social professionnel type messagerie instantanée, une fonction cahier de liaison, des formulaires de parcours de soins complexes, une fonction médecin remplaçant, une fonction ordonnances, une fonction d'aide à la gestion des soins non programmés... autant d'éléments mis en avant dans notre projet de thèse.

Pour conclure cette thèse, nous allons maintenant lister les constats et bénéfices des différents intervenants de ce projet : la CPTS Vignoble-Mossig, SALESFORCE®, MODIS® et PULSY®. L'ensemble de ces remarques est issu de témoignages écrits ou oraux recueillis auprès des principaux acteurs du projet.

**La CPTS Vignoble-Mossig**, après l'interruption du projet, s'est rabattue sur l'outil BIPPER® de 360 MEDICS®, un outil qui comprend notamment une messagerie HDS, un drive HDS et un annuaire de santé. Elle a par ailleurs poursuivi ses actions au niveau local sur des thématiques comme la maladie rénale, la stéatose hépatique non alcoolique... En janvier 2023, la nouvelle version de PARCEO® y sera déployée. Concernant les retours sur le projet, il s'agit pour cette CPTS de la première expérience d'une telle ampleur, valorisée au sein d'un objectif fixé par la CPAM (développement du travail coordonné) afin d'en obtenir des financements. Ce projet a également permis

à la CPTS et à ses différents acteurs d'identifier clairement leurs besoins en matière d'outil numérique de coordination des soins et donc d'avoir un regard plus critique sur les solutions proposées.

**Pour SALESFORCE®**, voici les retours écrits de notre principal interlocuteur, Matthieu LOUIS (Account Executive Healthcare Public Sector France) :

*« Cette expérimentation nous a permis d'apporter une preuve tangible sur le marché que nos technologies peuvent être configurées, paramétrées et déployées sur le terrain dans des délais très courts pour ce type de cas d'usage (coordination d'équipe de soins en mobilité).*

*Cette expérimentation a également été riche d'apprentissages. On peut citer les principaux :*

- *Rechercher au maximum la simplification des interfaces et inclure en amont du projet une approche et des compétences UX (User eXpérience). L'ajout de nouvelles fonctionnalités ne doit pas se faire au détriment d'un accès très simple à ces solutions.*
- *Les dispositifs de sécurité standard comme le MFA, pour ce type de déploiement qui s'apparente à une situation B2C (Business to consumer), doivent faire l'objet d'un accompagnement systématique et individuel de la très grande majorité des utilisateurs.*
- *Pour réussir une expérimentation limitée dans le temps, il est important de se donner les moyens d'inclure au moins 2 cycles d'itération avec le terrain. Il est plus utile de proposer un cas d'usage réel bien que circonscrit aux acteurs terrain pour itérer lors de l'expérimentation plutôt que développer un produit un peu plus complet sans avoir le temps d'itérer.*
- *La solution doit proposer dès la première version un avantage immédiat pour les professionnels de santé pour faciliter l'adoption. Un avantage à moyen ou long terme est insuffisant pour motiver l'adoption. Cet avantage peut varier d'un corps professionnel à un autre, ce qui doit également guider les utilisateurs à cibler selon les phases de déploiement.*

- *Les pratiques liées à des groupes de professionnels (par exemple un cabinet regroupant plusieurs IDE libéraux) doivent être facilement intégrées dans ce type d'outil. Le concept d'équipe pluridisciplinaire ne signifie pas uniquement une "collection" d'individus.*
- *La présence d'un relais local fort - rôle qu'a très bien tenu M. Zorghiotti - est indispensable pour démarrer le projet.*
- *Le choix et la sélection des fonctionnalités à mettre en place doivent refléter un consensus collectif. En particulier, les fonctionnalités impliquant plusieurs corps de métiers doivent être construites à partir des inputs des corps de métiers impliqués (ex. prescripteurs et pharmaciens doivent être impliqués pour définir le traitement de l'ordonnance électronique).*
- *Commencer par une CPTS de taille modeste permet de tester efficacement avant de passer à des CPTS plus conséquentes. »*

**Pour MODIS®**, voici les retours écrits de notre principal interlocuteur, Victor DURAND (Salesforce Solution Architect) :

« *Bénéfices personnels :*

- *D'un point de vue personnel, ce projet a été enrichissant pour ma connaissance autour du monde de la santé et plus particulièrement du libéral et des contraintes associées à cette profession. Il est essentiel pour nous consultants informatiques d'avoir un retour d'expérience d'un professionnel de santé sur le terrain qui peuvent nous partager leur quotidien ou encore de personnes habituées à travailler sur ce type de projet, notamment en termes de méthodologie de projet.*

*Bénéfices pour Modis/Akkodis :*

- *Ce projet a permis à l'équipe et moi-même de découvrir le monde et le quotidien de manière macro des professionnels de santé libéraux. De plus, cela nous a donné une meilleure compréhension des besoins des professionnels libéraux et de remarquer un réel manque d'outils de coordination entre les différents professionnels.*

- *Les tests réels de l'application ont également permis de faire émerger les attentes des professionnels de santé autour d'un tel outil, en termes de fonctionnalités, d'ergonomie (sécurité des données, facilité d'utilisation, partage des informations, accès rapide aux fiches patients et déclaration simple des « comptes-rendus » des visites). »*

Nous pouvons constater que l'ensemble de ces remarques sont en adéquation avec les constats déjà énumérés : respect fondamental de l'ergonomie, accompagnement des utilisateurs, développement par étapes selon la « méthode agile », obligation de répondre de manière concrète aux besoins communs et plus spécifiques du terrain... Pour la suite, ni SALESFORCE® ni MODIS® ne nous ont fait part de projets en cours dans le développement d'outils numériques de coordination des soins.

**Pour PULSY®**, ce travail a présenté plusieurs intérêts. Le premier, et non des moindres, est la mise en évidence d'alternatives au projet en cours avec MAINCARE® et la nécessité de les envisager. Ce projet a été un déclencheur majeur permettant de passer à autre chose avec remise en concurrence de son marché afin d'identifier d'autres solutions (dont l'actuelle avec COEXYA®). Ensuite, toujours sur la même thématique, ce projet a mis en exergue le degré d'urgence que représente le manque d'outil numérique de coordination des soins pour les professionnels de santé. À propos des modalités de travail, ce projet a permis à PULSY® de voir l'efficacité de la « méthode agile », en particulier la réactivité et le respect des engagements qu'elle permet, à tel point qu'ils ont décidé d'appliquer cette méthode au nouveau marché avec COEXYA®. Enfin, comme signalé par Mathieu LOUIS, cette expérience a été l'occasion pour PULSY® de constater que l'utilisation d'un tel outil est conditionnée par une valeur ajoutée, compensant ses contraintes (en particulier l'aspect chronophage). Les professionnels de santé doivent en retirer un bénéfice à court terme : il ne suffit pas de recréer des outils existant déjà en les cadrant et en les sécurisant pour un exercice professionnel. Il faut ajouter des fonctionnalités dédiées



utiles, jugées essentielles pour certaines. Ainsi, dans son nouveau projet, PULSY® a demandé l'intégration immédiate, à court, moyen ou long terme de certaines fonctions : téléconsultation gratuite, récupération directe des passages à l'hôpital qu'il s'agisse de l'information d'un séjour (introduction milieu 2023) ou de la lettre de liaison de sortie (introduction fin 2023), téléexpertise, mais aussi module ordonnance (introduction courant 2023). À noter que cette dernière fonction pourtant essentielle a été spécifiquement identifiée grâce à cette thèse.

Au total, bien que l'outil auquel nous avons activement participé n'ait pas été sélectionné et bien que l'aspect statistique de cette thèse ait été mis à mal par le manque de groupe contrôle et la perte d'appariement, le projet dans son ensemble a tout de même des bénéfices notables détaillés par les différents intervenants. Nous reviendrons sur deux éléments essentiels, le premier est mis en avant par Mathieu LOUIS à savoir le rôle qu'un échantillon de professionnels de santé peut avoir en tant que « Product Owner » dans un tel projet. Cela permet d'affiner le diagnostic sur le terrain, mais aussi d'amplifier et d'améliorer les interactions tout au long du développement afin d'adapter au mieux le produit final aux besoins, imprévus et évolutions. Par ailleurs, ce rôle de « Product Owner » positionne parfaitement le ou les professionnels comme support dans l'accompagnement lors du déploiement d'un tel outil. Cela permet de lisser au mieux la courbe d'apprentissage, grâce à la compréhension des connaissances fondamentales à acquérir par leurs pairs, pour débiter l'usage d'un tel outil. En outre, leur présence permet de faciliter la communication entre les utilisateurs et l'équipe de développement. C'est probablement en adoptant ce type d'approches dans le développement d'outils numériques en santé que nous parviendrons à les améliorer pour répondre aux enjeux futurs en matière de qualité des soins. Le deuxième élément, le plus important d'un

point de vue sanitaire et mis en avant par PULSY®, est le rôle essentiel joué par notre projet pour favoriser la mise en place dans la région Grand Est d'un autre outil numérique de coordination des soins, répondant mieux à l'ensemble des besoins et des obligations.

Nous finirons sur un point fondamental du questionnaire national, à savoir l'impact potentiel du déploiement des structures coordonnées sur le libre choix du patient. Pour rappel, sur les 282 professionnels répondants, 48,2% estiment que de telles structures limitent le libre choix du patient. C'est donc clairement un sujet controversé avec quasi autant d'opinions dans un sens que dans l'autre. Or, si les outils numériques peuvent être synergiques avec les structures d'exercice coordonnées, ils peuvent aussi en être une alternative tout à fait viable, pour peu qu'ils soient suffisamment efficaces et qualitatifs. Il est nécessaire que les pouvoirs publics l'envisagent. Est-ce que la généralisation des structures d'exercice coordonnées via les CPTS, permettra de régler les problèmes d'accès et de qualité des soins ? Il est permis d'en douter. Comme nous l'avons vu dans cette thèse, la possibilité d'utilisation ne signifie pas un usage au quotidien : ce n'est pas en incitant, de manière parfois « véhémente », les professionnels de santé à travailler au sein d'une structure coordonnée que pour autant ils travailleront de manière coordonnée, sachant que la plupart d'entre eux le font déjà, tout en respectant le libre choix de leurs patients. Ils sont cependant fortement limités par le temps qu'il leur est possible de libérer pour cette tâche additionnelle, sans outil adapté. Il est donc peut-être préférable de leur offrir une alternative aux structures avec des solutions numériques adaptées leur permettant d'optimiser le travail coordonné. Enfin, si les différentes lois sanitaires étudiées cherchaient jusqu'ici à promouvoir la qualité des soins dans son ensemble, les propositions plus récentes, probablement face à la pression de l'opinion publique,

semblent mettre principalement l'accent sur le problème de l'accès aux soins. Or, celui-ci n'est pas récent : il est la conséquence des choix politiques des dernières décennies. Se pose alors la question de la place à venir de la qualité des soins dans nos politiques sanitaires. La question reste ouverte.

VU et approuvé  
 Strasbourg, le 30-10-2023  
 Le Doyen de la Faculté de  
 Médecine, Maïeutique et Sciences de la Santé  
 Professeur Jean SIBLIA



VU  
 Strasbourg, le 18-11-23  
 Le président du jury de thèse

Professeur ANDRES  
 Professeur Emmanuel ANDRES  
 Spécialiste en Médecine Interne  
 Professeur des Universités - Praticien Hospitalier  
 Président de la CME  
 HÔPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG  
 Service de Médecine Interne - Hôpital del Hautepierre  
 Tél : 03 88 11 71 33 ext. 21 88 13 77 26  
 Email : emmanuel.andres@chu-strasbourg.fr  
 N° RPPS : 1700042630



## Annexes

### Annexe 1 : Lien ville-hôpital : le point de vue des médecins généralistes du bassin chambérien-aixoïse score de satisfaction par item (39)

Tableau 11b : SCORES DE SATISFACTION – Questionnaire SAPHORA-CE

	% de répondants	N	Score moyen sur 100	Écart type	
<b>1. Prise en charge globale</b>					
1.1. Qualité de la prise en charge globale	100%	129	66,6	22,7	
<b>2. Accès aux soins</b>					
2.1. Accès aux soins	100%	129	55,3	22,1	
2.2. Délai de prise en charge	100%	129	62,8	22,8	
2.3. Délai de prise en charge des urgences	100%	129	66,3	22,1	
2.4. Délai de prise en charge des soins de suite et de rééducation	100%	127	48,8	22,8	
<b>3. Qualité des soins</b>					
3.1. Qualité des soins	99%	127	66,6	22,1	
3.2. Qualité des soins de soins de suite et de rééducation	99%	127	70,8	24,8	
3.3. Qualité des soins de soins de suite et de rééducation	99%	127	62,8	22,8	
3.4. Qualité des soins de soins de suite et de rééducation	99%	124	33,3	22,8	
3.5. Prise en charge de la douleur	100%	129	70,5	22,8	
3.6. Prise en charge de la douleur	100%	129	48,8	22,8	
<b>4. Continuité des soins</b>					
4.1. Continuité des soins	99%	129	55,3	22,1	
4.2. Continuité des soins de soins de suite et de rééducation	99%	129	66,3	22,1	
4.3. Continuité des soins de soins de suite et de rééducation	99%	129	66,3	22,1	
4.4. Continuité des soins de soins de suite et de rééducation	99%	127	66,3	22,1	
<b>5. Organisation de la santé</b>					
5.1. Organisation de la santé	79%	100	58,0	26,3	
5.2. Organisation de la santé de soins de suite et de rééducation	79%	100	66,0	22,1	
5.3. Organisation de la santé de soins de suite et de rééducation	79%	100	55,0	22,1	
5.4. Organisation de la santé de soins de suite et de rééducation	79%	100	48,0	22,1	
5.5. Organisation de la santé de soins de suite et de rééducation	79%	100	36,0	22,1	
5.6. Prise en charge de la douleur	100%	129	62,8	22,8	
5.7. Prise en charge de la douleur	100%	129	66,3	22,1	
<b>6. Coût des soins et d'accompagnement</b>					
6.1. Coût des soins et d'accompagnement	99%	129	66,3	22,1	
6.2. Coût des soins et d'accompagnement	99%	129	48,8	22,8	
6.3. Coût des soins et d'accompagnement	99%	129	66,3	22,1	

D'après Pernossi V. (<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01762208>)

## Annexe 2 : Impact des caractéristiques démographiques et professionnelles des médecins généralistes sur leur temps de travail (44)

Impact des caractéristiques démographiques et professionnelles des médecins généralistes du panel sur leur temps de travail

		Ensemble (n=1727)	Hommes (n=1300)	Femmes (n=427)
Sexe	Femme	Référence		
	Homme	10,60 %		
Âge	Moins de 40 ans	Référence	Référence	Référence
	De 40 à 49 ans	5,80 %	4,80 %	ns
	De 50 à 54 ans	7,50 %	4,90 %	12,30 %
	De 55 à 59 ans	5,40 %	ns	8,10 %
	60 ans et plus	ns	ns	ns
Activité du conjoint	Conjoint actif occupé	Référence	Référence	Référence
	Pas de conjoint	3,50 %	ns	6,70 %
	Conjoint autre qu'actif occupé	2,50 %	2,50 %	ns
Région	Bretagne	Référence	Référence	Référence
	Bas-Normandie	ns	ns	ns
	Bourgogne	7,90 %	7,30 %	9,80 %
	Pays de la Loire	4,00 %	4,40 %	ns
	PACA	ns	ns	-3,80 %
Lieu d'exercice	Urbain	Référence	Référence	Référence
	Rural	3,60 %	4,40 %	ns
	Non-multipolarisé	3,60 %	ns	ns
Mode d'exercice	Individuel	Référence	Référence	Référence
	Gabinets de groupe	-3,70 %	-3,80 %	ns
Proximité d'une maison de garde	Non	Référence	Référence	Référence
	Oui	-1,90 %	ns	ns
Réalise des soins hors libéral	Non	Référence	Référence	Référence
	Oui	3,70 %	2,90 %	6,20 %
Réception de visiteurs médicaux	Pour une hausse de 1 %	1,60 %	1,30 %	2,60 %
Part des plus de 60 ans dans la patientèle	Inférieure à 20 %	Référence	Référence	Référence
	Supérieure ou égale à 20 %	ns	ns	8,50 %
Part des bénéficiaires d'indemnités journalières dans la patientèle	Pour une hausse de 1 %	2,10 %	2,70 %	ns
	Pour une hausse de 1 %	4,00 %	4,40 %	3,20 %

**Lecture** - Les proportions en gras correspondent aux modalités significatives au seuil de 5 %, celles qui ne sont pas en gras correspondent aux modalités significatives entre 5 % et 10 %. La fabrication « ns » désigne les modalités non significatives au seuil de 10 %. Pour faciliter la lecture, le coefficient traduit une variation de la durée du travail exprimée en pourcentage. La situation de référence est donnée par un médecin de moins de 40 ans, dont le conjoint est actif, exerçant seul en Bretagne en milieu urbain sans maison médicale de garde à proximité, ne réalisant pas de soins en dehors de l'activité libérale et dont la part de sa patientèle âgée (de 60 ans ou plus) est inférieure à 20 %. Pour l'ensemble, ce médecin est une femme. Ainsi, un homme médecin âgé de 40 à 49 ans déclare une durée hebdomadaire de travail, toutes choses égales par ailleurs, de 4,8 % supérieure à celle de la situation de référence.

**Sources** - Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports | DREES - Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale.

D'après Aulagnier M. et Al (<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er610.pdf>)

### Annexe 3 : Enquête nationale auprès des soignants français concernant la coordination des soins (issu de Google Forms)

## La coordination des soins

Chers soignants, je suis interne en médecine générale et prépare ma thèse sur la coordination des soins et la place que peuvent prendre les outils numériques dans cet enjeu de santé publique, au centre du "plan ma santé 2022".

C'est pourquoi, j'ai réalisé un questionnaire. Il me serait d'une grande aide que vous puissiez prendre quelques instants pour y répondre.

Merci d'avance,  
Michel Zorognotti.

\*Obligatoire

Qui êtes-vous ?

1. Quelle est votre profession \*

*Une seule réponse possible.*

- Infirmier/ère
- Masseur-Kinésithérapeute
- Sage-Femme
- Pharmacien/ne
- Médecin
- Biologiste médical
- Chirurgien dentiste
- Podologue pédicure
- Psychologue
- Diététicien/ne
- Ostéopathe
- Orthoptiste
- Orthophoniste
- Psychomotricien/ne
- Autre : \_\_\_\_\_

## 3. Quel est votre mode de transport ?

Quel mode de transport utilisez-vous ?

- à pied  
 En transport en commun (bus, métro, tramway, etc.)  
 En voiture personnelle (voiture, scooter, etc.)

## 4. Quel est votre lieu de naissance ?

Indiquez votre lieu de naissance :

- France  
 Étranger  
 Autre

## 5. Quel est votre âge ?

Indiquez votre âge :

## 6. Merci de préciser quel à type de structure ?

Indiquez le type de structure :

- Société à responsabilité limitée (SARL)  
 Société par actions simplifiée (SAS)  
 Société anonyme (SA)  
 Société en commandite par actions (SCA)  
 Société en commandite simple (SCS)  
 Société en participation  
 Autre

La contribution des clubs au service de la santé :

## 7. Comment avez-vous financé le projet de recherche ?

Indiquez le mode de financement de votre projet de recherche :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Le mode de financement de votre projet de recherche est :

## 8. Quels sont les différents moyens de communication utilisés ?

Indiquez les différents moyens de communication utilisés :

- Courriel  
 Téléphone  
 Vidéo  
 Audio  
 Vidéoconférence  
 Messagerie instantanée (chat, etc.)  
 Vidéoconférence en direct (Webex, etc.)

## 9. Quels sont les autres services utilisés ?

Indiquez les autres services utilisés :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## 10. Quels sont vos autres adresses ?

Indiquez vos autres adresses :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## 11. Quels sont les autres services utilisés ?

Indiquez les autres services utilisés :

- Courriel  
 Téléphone  
 Vidéo  
 Audio  
 Vidéoconférence  
 Messagerie instantanée (chat, etc.)  
 Vidéoconférence en direct (Webex, etc.)

## 12. Quels sont les autres services utilisés ?

Indiquez les autres services utilisés :

- Courriel  
 Téléphone  
 Vidéo  
 Audio  
 Vidéoconférence  
 Messagerie instantanée (chat, etc.)  
 Vidéoconférence en direct (Webex, etc.)

## 13. Quels sont les autres services utilisés ?

Indiquez les autres services utilisés :

- Courriel  
 Téléphone  
 Vidéo  
 Audio  
 Vidéoconférence  
 Messagerie instantanée (chat, etc.)  
 Vidéoconférence en direct (Webex, etc.)

## 14. Quels sont les autres services utilisés ?

Indiquez les autres services utilisés :

- Courriel  
 Téléphone  
 Vidéo  
 Audio  
 Vidéoconférence  
 Messagerie instantanée (chat, etc.)  
 Vidéoconférence en direct (Webex, etc.)

La contribution des clubs au service de la santé :

## 15. Quels sont les autres services utilisés ?

Indiquez les autres services utilisés :

- Courriel  
 Téléphone  
 Vidéo  
 Audio  
 Vidéoconférence  
 Messagerie instantanée (chat, etc.)  
 Vidéoconférence en direct (Webex, etc.)

## 16. Quels sont les autres services utilisés ?

Indiquez les autres services utilisés :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## 17. Quels sont les autres services utilisés ?

Indiquez les autres services utilisés :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## 18. Quels sont les autres services utilisés ?

Indiquez les autres services utilisés :

- Courriel  
 Téléphone  
 Vidéo  
 Audio  
 Vidéoconférence  
 Messagerie instantanée (chat, etc.)  
 Vidéoconférence en direct (Webex, etc.)

La contribution des clubs au service de la santé :



13. Dacă țineți cont de înălțimea și greutatea ideii, ar mai dori să vă schimbăm ?

Reveniți la răspunsurile:

- Da  
 Nu

14. Aveți sau vă doriți să vă schimbăm plan de distribuție personal ?

Reveniți la răspunsurile:

- Da - Pentru a înțelege 20  
 Nu - Pentru a înțelege 20

15. După ?

\_\_\_\_\_

16. În ce măsură vă este sărbătorii și sărbătorii cu caracterul acesta tip de idee ?

Reveniți la răspunsurile:

- Da  
 Nu

17. Aveți sau vă doriți ?

18. Dacă ar fi să vă schimbăm plan de distribuție personal ?

Reveniți la răspunsurile:

- Da  
 Nu

19. Dacă ar fi să vă schimbăm plan de distribuție personal ?

20. Dacă ar fi să vă schimbăm plan de distribuție personal ?

Reveniți la răspunsurile:

- Da  
 Nu

21. Dacă ar fi să vă schimbăm plan de distribuție personal ?

22. Dacă ar fi să vă schimbăm plan de distribuție personal ?

23. Dacă ar fi să vă schimbăm plan de distribuție personal ?

## Annexe 4 : Courriel type synthèse de point hebdomadaire (PULSY®)

Bonsoir,

Suite à notre réunion, vous trouverez un relevé d'informations/décisions ci-dessous.  
Je vous laisse compléter au besoin.

### Finition de la plateforme eParcours salesforce :

Dr Zorogniotti a partagé sur google Drive différents documents des éléments restants à régler.  
[https://drive.google.com/drive/folders/14QRDPHl\\_bOIMzIZ8jzTxWwks1A\\_PPNNu](https://drive.google.com/drive/folders/14QRDPHl_bOIMzIZ8jzTxWwks1A_PPNNu)

Le fichier "Usage et éléments d'amélioration de l'application" retient notamment tous les ajustements à réaliser pour finir la configuration de la plateforme.

Un point est fixé le 4 aout de 10h30 à 12h entre Dr Zorogniotti et Modis.

Son objet est d'avancer sur toutes les finitions à réaliser et sur le sujets des tâches (simples et complexes)

### Effort et périmètre du POC :

Modis rappelle ce qui a déjà été fait et ce qui sort du POC.

10 JH ont déjà été investi dans le POC.

Il est notamment indiqué que les tâches complexes ne pourraient pas être traités dans le cadre du POC.

### Ordonnance/Prescription :

Dr Zorogniotti indique qu'une fonction de prescription est l'élément le plus attendu par les PS. Cependant, cet élément n'était pas prévu à ce stade et il est porté par une démarche nationale (e-Prescription).

Dans un premier périmètre, il serait souhaité de pouvoir générer et partager un document avec apposition d'une signature.

Modis/Salesforce doivent préciser ce qui peut encore rentrer dans le POC à ce sujet.

### A faire :

Créer un accès à [REDACTED]

Faire des essais dans le cadre d'un groupe Pulsy/Dr Zorogniotti

### Calendrier :

4 aout 10h30 : point finition et tâches

10 aout 15h00 : prochain point hebdo

Pour information, [REDACTED] sera absent du 9 au 30 aout.

Cdt,

## Annexe 5 : Courriel type retour de test Michel Zorziotti

Bonsoir,

Concernant la réduction des "clics inutiles" :

- Cahier de liaison
  - Demandes : quand on clique dessus
    - Suppression du bandeau récapitulatif
    - "Identité du patient" et "créé par" doivent être déplacé en bas
    - Supprimer si possible la ligne "Objet Demande" ou à défaut la basculer en bas
    - Faire remonter "Ordonnance liée", "Note liée" et "Fichiers" au-dessus de l'information patient
  - Notes : quand on clique dessus
    - si possible supprimer "Intitulé de note" car le titre de la note apparaît déjà dans le bandeau tout en haut
  - Formulaires :
    - "Note liée" doit être au-dessus "d'identité-vigilance" (d'autant plus que sinon c'est caché et il faut faire afficher plus)
    - Il y a un élément "demandes associées au patient en cours" et "historique des activités" qui sont présent mais ne semblent servir à rien
- Équipe médicale : je ne peux pas tester la partie sur les soignants non utilisateurs car sur l'environnement de dev l'annuaire ne semble pas être chargé
- Ordonnance : cela semble ok même si je ne peux pas tester la génération

Concernant l'intégration des pharmacies :

Je propose que lors de la création d'une ordonnance on ait une info bulle nommée : "Information concernant l'envoi d'ordonnance à la pharmacie"

Avec :

- Étape 1 : Ajouter tous les pharmaciens de la pharmacie à l'équipe médicale
- Étape 2 : Création de l'ordonnance
- Étape 3 : Allez dans le "Chatter" du patient et ajouter un commentaire (petite bulle commentaire) à l'ordonnance en notifiant uniquement le pharmacien de la pharmacie dont le nom est en rouge dans la liste suivante (touche @ ou cliquer sur le "bonhomme avec un plus" et rentrer ensuite le nom du pharmacien : exemple @ [REDACTED] ou @ [REDACTED] ou @ [REDACTED]) sans oublier de rajouter le nom et prénom du patient dans le message de notification
- Liste des pharmaciens par pharmacie :
  - Pharmacie [REDACTED] : [REDACTED], [REDACTED], [REDACTED]
  - Pharmacie [REDACTED] : [REDACTED], [REDACTED], [REDACTED]
  - Pharmacie [REDACTED] : [REDACTED], [REDACTED]

Bien cordialement,  
Michel Zorziotti.

## Annexe 6 : Courriel type retour de MODIS®

Bonsoir,

Concernant la réduction des "clics inutiles" :

- Cahier de liaison
  - Demandes : quand on clique dessus
    - Suppression du bandeau récapitulatif – OK fait
    - "Identité du patient" et "créé par" doivent être déplacé en bas – OK fait
    - Supprimer si possible la ligne "Objet Demande" ou à défaut la basculer en bas
      - OK basculé en bas
    - Faire remonter "Ordonnance liée", "Note liée" et "Fichiers" au-dessus de l'information patient
      - OK pour les champs, par contre impossible de mettre la liste fichiers au milieu de la page
  - Notes : quand on clique dessus
    - si possible supprimer "intitulé de note" car le titre de la note apparaît déjà dans le bandeau tout en haut
      - Pas possible, champ obligatoirement sur la page
  - Formulaire :
    - "Note liée" doit être au-dessus "d'identité-vigilance" (d'autant plus que sinon c'est caché et il faut faire afficher plus)
      - OK fait
    - Il y a un élément "demandes associées au patient en cours" et "historique des activités" qui sont présent mais ne semble servir à rien
      - OK enlevé
- Équipe médicale : je ne peux pas tester la partie sur les soignants non utilisateurs car sur l'environnement de dev l'annuaire ne semble pas être chargé
  - J'ai créé un professionnel « Test Médecin » dans l'annuaire qui doit être accessible
- Ordonnance : cela semble ok même si je ne peux pas tester la génération
  - Oui nous avons désactivé la génération du PDF uniquement pour pouvoir à minima créer l'enregistrement

## Annexe 7 : Mention d'information pour le consentement dans le cadre du e-parcours

### Mention d'information Parcours

Dans le cadre de votre **parcours de soins**, les professionnels qui vous prennent en charge peuvent échanger/partager des informations vous concernant.

Le partage est possible entre professionnels faisant partie d'une même équipe de soins. Il est limité aux données strictement nécessaires pour la coordination et la continuité des soins, ainsi que pour le suivi médico-social.

Vous pouvez vous y opposer à tout moment. Pour que des professionnels hors équipe de soins aient accès à ces informations, votre consentement devra être recueilli au préalable. Il sera possible de retirer ce consentement à tout moment en vous adressant aux professionnels de santé intervenant dans votre prise en charge.

Ce partage d'informations entraîne un traitement de données à caractère personnel et notamment de données de santé. Le traitement de données mis en place par la solution se justifie par la nécessité d'assurer une bonne prise en charge sanitaire et/ou sociale à distance (**article 9.2.h**). Les données collectées sont uniquement les données nécessaires pour assurer une bonne prise en charge à distance du patient.

Pour cela, ces données seront recueillies :

- \*Données de santé (suivi, diagnostic...);
- \*Données d'identification (état civil, adresse mail...);
- \*Données concernant la vie personnelle (suivi de grossesse...);
- Données concernant la vie professionnelle
- Informations d'ordre économique et financières

Certaines de ces données (\*) sont nécessaires au fonctionnement de la solution. Si vous ne souhaitez pas les partager, la prise en charge coordonnée entre vos professionnels de santé ne pourra avoir lieu.

Pour la coordination de votre prise en charge, votre professionnel de santé a fait appel au **GIP Pulsy**. Pulsy a recours à la société **Salesforce** pour la mise à disposition de la solution et l'hébergement de vos données de santé.

Seuls les professionnels de santé sont habilités à accéder à vos données personnelles. **Salesforce** n'a accès aux données personnelles que pour assurer sa fonction de support informatique en cas de maintenance ou de perturbations. Tous les accès sont tracés et conservés dans une base de données sécurisée.

L'hébergement des données est réalisé par la société **Salesforce** : 3 avenue Octave Gréard 75007 Paris, 0172109400, SIRET : 48399322600057.

Les données sont conservées pendant la durée du suivi et seront supprimées par votre professionnel de santé trente (30) jours après la décision de fin de prise en charge.

Conformément aux dispositions de la Loi informatique et liberté de 1978 et du RGPD, vous avez un droit d'accès, de rectification, d'effacement, de limitation, d'opposition et de portabilité sur les données vous concernant et sur leur traitement.

Vous pouvez exercer ces droits en vous adressant à votre professionnel de santé.

Vous avez également le droit d'introduire une réclamation auprès de la CNIL.

- Vous devez consentir au partage de vos informations entre professionnels
- Vous devez consentir au traitement de vos données personnelles

## Annexe 8 : Recueil de consentement (formulaire type)

### Recueil de consentement



#### IDENTITE PATIENT :

Nom :  
Prénom :  
Date de naissance :  
Lieu de naissance :  
Genre :  
Numéro de sécurité sociale :

Vous avez reçu un document contenant plusieurs informations :

- La présentation des modalités de votre prise en charge ;
- Les informations concernant le responsable de traitement de données et les accès à vos données ;
- Les modalités d'exercice de vos droits et notamment le retrait de votre consentement à tout moment auprès de votre professionnel de santé.

Vous avez compris toutes ces informations ou avez demandé à votre professionnel de santé des informations complémentaires ;

J'autorise les professionnels participant à ma prise en charge à recueillir et à partager mes données de santé strictement nécessaires à leur coordination, dans le respect de ma vie privée et du secret médical.

J'autorise que ce partage soit effectué grâce à la solution utilisée par mon professionnel de santé.

Fait à ....., le .....

Signature de la personne concernée ou du représentant légal, le cas échéant

**Identification du professionnel :**

## Annexe 9 : Workflow ou support de préparation et d'organisation du déploiement

### Formation Utilisateur POC 13 Octobre 2021

- 00
- 00
- 00
- 00

#### Participants

- Il s'agit de 10 participants
- Il s'agit de 10 participants

#### Préparation

Consignes à préparer et à distribuer aux participants

- 1. Télécharger le logiciel
- 2. Installer le logiciel
- 3. Configurer le logiciel
- 4. Tester le logiciel
- 5. Déployer le logiciel



#### Planning

Date	Time	Personnel	Activité/Service	Observations
07/02/17	00:35	Carole et Fabrice	Recherche de données	Prise de rendez-vous pour le 14/02/17 à 14h30. Les données sont à compléter avant le 14/02/17.
08/02/17	00:10	Yves et Fabrice	Appel de données	Prise de rendez-vous pour le 14/02/17 à 14h30.
09/02/17	00:30	Philippe	Appel de données	
10/02/17	00:10	Yves et Fabrice	Appel de données	
11/02/17	00:30	Yves et Fabrice	Appel de données	
12/02/17	00:10	Yves et Fabrice	Appel de données	
13/02/17	00:30	Yves et Fabrice	Appel de données	
14/02/17	00:10	Yves et Fabrice	Appel de données	
15/02/17	00:30	Yves et Fabrice	Appel de données	
16/02/17	00:10	Yves et Fabrice	Appel de données	
17/02/17	00:30	Yves et Fabrice	Appel de données	
18/02/17	00:10	Yves et Fabrice	Appel de données	
19/02/17	00:30	Yves et Fabrice	Appel de données	
20/02/17	00:10	Yves et Fabrice	Appel de données	
21/02/17	00:30	Yves et Fabrice	Appel de données	
22/02/17	00:10	Yves et Fabrice	Appel de données	
23/02/17	00:30	Yves et Fabrice	Appel de données	
24/02/17	00:10	Yves et Fabrice	Appel de données	
25/02/17	00:30	Yves et Fabrice	Appel de données	
26/02/17	00:10	Yves et Fabrice	Appel de données	
27/02/17	00:30	Yves et Fabrice	Appel de données	
28/02/17	00:10	Yves et Fabrice	Appel de données	
29/02/17	00:30	Yves et Fabrice	Appel de données	
01/03/17	00:10	Yves et Fabrice	Appel de données	

## Contenu détaillé

### PRÉSENTATION

- Contexte eParcours / Programme Parcours -- pour évaluer outil de coordination en mobilité
- Collaboration SFM/P
- Expérimentation 2 mois
- Récupération des données
- Thèse
- **Suj :** évaluer l'usage et le développement des nouveaux usages
  - Autres outils
  - Identifier les marges de progressions / besoins outils
- Limites
  - pharmacie
  - web

### AUTRES

- MFA / Authentificateur
- Création d'un patient
- Ajout d'un nouveau membre d
- Entrée dans le cahier de liaison
  - Note
  - Demande
  - Formulaire
  - Diète/Voie
- Ajout antécédent
- Création et envoi d'une ordonnance
- Ajout de document
  - Créer un dossier Saisirforce sur le gestionnaire de fichier du téléphone



- Recherche dans l'annuaire

#### CHATTER DANS LE CONTEXTE DU PATIENT

- @Mention
- Réponse vs. création nouveau sujet
- Visibilité du reste de l'équipe
- Afficher les commentaires/publications précédentes
- Point sur l'ajout de document via Chatter

#### CHATTER PUBLIC

- Groupe public (ou privé)

△ Conversation potentiellement publique ... ne pas mettre d'info patient  
Notion de groupe à créer pour l'expérimentation

- 1 groupe général
- 1 groupe problèmes liés à l'application
- 1 groupe par spécialité privé : med, kiné, IDE, pharma, biologiste, pédicure podologue

Demander aux utilisateurs des groupes supplémentaires

#### PARAMÉTRAGE DES NOTIFICATIONS

- Explication des conventions + besoin de retour
  - Notification dans le contexte du patient
    - Notification quand @mention
    - Notification quand demande
    - Digest quotidien sans mention
  - Notification dans les messages de groupe
    - digest du mail du groupe quotidien – possibilité de passer en hebdomadaire
- Pharmacien
  - Les pharmaciens ne verront que le mail et n'utiliseront pas la notification de l'application
  - Identifier le pharmacien "réfèrent" de chaque pharmacie
    - Pharmacie 1 x 2/2
    - Pharmacie 2 x 1/2
    - Pharmacie 3 x 0/2
    - Pharmacie 4 x 1/3 (mais pas titulaire)
  - Le réfèrent a le paramétrage suivant
    - Web : pas de notification par mail
    - Notification uniquement sur les demandes adressées directement au pharmacien
- Choix de paramétrage sur le web
- Utiliser les paramétrage du téléphone + application

Annexe 10 : Support de la réunion de déploiement



# Coordination des parcours de proximité en mobilité

Formation à l'application  
13 octobre 2021

Dr. Anne BOUQUET - Directrice de l'ARS  
[Redacted]  
[Redacted]  
[Redacted]



## Une collaboration Pulsy / Modis / Salesforce



**Salesforce, leader mondial du CRM**



**2,2 Mrds d'investissement sur 5 ans en France**

2009 - Salesforce en France  
2010 - Health-Cool  
2015 - Secteur Public en France  
2020 - Santé / Secteur Public



**Modis, acteur majeur de l'intégration Salesforce dans le monde de la santé**



5 Agences	1 Centre d'expertise	50 Clients	30 M€ CA	100 Consultants	175 Combinateurs Salesforce
-----------	----------------------	------------	----------	-----------------	-----------------------------



## Contexte de la démarche



Dans le cadre du programme e-Parcours Parcéo, Pulsy a souhaité évaluer plusieurs alternatives aux solutions initialement retenues.

Salesforce et Modis ont collaboré, en grande partie à titre gracieux, avec Pulsy et le Dr Zorziotti depuis mi-juillet pour mettre au point une **application pilote répondant aux exigences de la coordination des professionnels se déplaçant au domicile du patient**.

D'autres évaluations sont menées par Pulsy dont l'objectif reste de **déployer une plateforme Parcéo unifiée supportant l'ensemble des cas d'usage e-Parcours**. Salesforce et Modis sont intégrés à cette évaluation globale.

Pour valider et enrichir cette première application pilote de retours terrain des **professionnels de santé**, Pulsy et le Dr Zorziotti (dans le cadre de sa thèse) organisent une **expérimentation de 2 mois autour de ce nouvel outil**.

## Objectif : une expérimentation terrain pour valider et enrichir l'application pilote



- 2 mois d'expérimentation
- ~60 utilisateurs : médecins, infirmiers, kinésithérapeutes, podologue, pharmacie, et laboratoires
- Objectif :
  - Évaluer le fonctionnement de l'outil
  - Faire émerger de nouveaux usages/pratiques de coordinations
  - Identifier les marges de progression et les besoins les plus immédiats dans la pratique réelle



## Une expérimentation encadrée par une thèse.

- Encadrée par le Docteur Pascal Charles et en collaboration avec Pulsy-Modis-Salesforce
- **1ère partie :** Place des outils numériques dans la coordination des soins (questionnaire adressé à l'ensemble des soignants du pays - 250 réponses)
- **2ème partie :** Développement d'un outil numérique et mobile de coordination des soins de proximité
- **3ème partie :** Déploiement et évaluation de cet outil numérique sur le territoire, Mossig-Vignoble :
  - Questionnaire avant-après sur la base d'une échelle de Likert
  - Retour terrain



## Restitution des données après l'expérimentation

- L'intégralité des données peuvent être extraites de notre plateforme et reprise par Pulsy qui est également hébergeur de données de santé.
- Si l'expérimentation n'était pas généralisée ou même temporairement interrompue, nous mettrons à disposition des rapport permettant à chaque utilisateur d'extraire pour impression les données de ses patients pour les réintroduire dans les cahiers de liaison papier.



## Quelques limites

- **Mobilité vs. application web** : nos efforts se sont concentrés sur le volet mobile de l'application. Il existe cependant une version "application web", mais qui n'a pas été complètement testée pour être déployée dans le cadre de l'expérimentation.  
→ Nous vous demandons de ne pas l'utiliser dans le cadre de l'expérimentation.
- **Flux d'ordonnance vers les pharmaciens** : cette fonctionnalité a été ajoutée alors que le projet avait déjà été lancé. Elle s'appuie sur l'envoi de notification par email vers les pharmacies.  
→ Quelques précautions dans l'utilisation de l'application pilote sont à respecter pour éviter que les emails destinés aux pharmacies ne contiennent des informations patient qui pourraient être lues par l'ensemble du personnel de la pharmacie.



## Vue d'ensemble de l'application

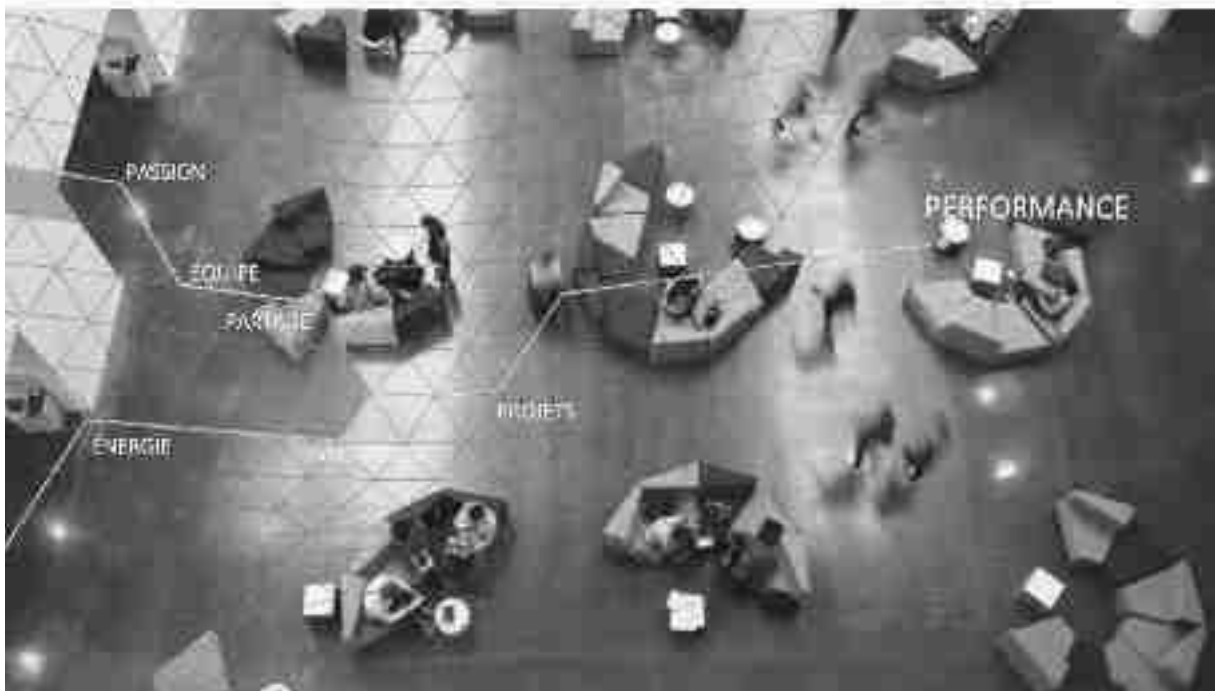
L'application a pour objectif d'améliorer la coordination entre les différents professionnels de santé autour d'un parcours patient commun.

- Annuaire des professionnels de santé
- Création de patients, gestion des antécédents
- Equipe de soins pour chaque patient
- Cahier de liaison :
  - Note
  - Demande entre professionnels
  - Consultation avancée
  - Prise jointe et photos
- Messagerie entre professionnels
- Gestion simplifiée des ordonnances



Annexe 11 : Guide de connexion

modis



Guide Administration utilisateurs  
Pulsy



1 Automatisation de la saisie des identifiants de connexion

3.1. Sur Windows

Après la connexion de votre ordinateur portable :

- (1) Aller dans Paramètres
- (2) Passer à l'onglet Réseau
- (3) Passer à la page Paramètres de base
- (4) Passer à l'onglet Paramètres de base
- (5) Cliquer sur l'icône de connexion au serveur
- (6) Cliquer sur l'icône de connexion au serveur



2 Automatisation de la saisie des identifiants de connexion

3.2. Sur Linux

Menu Program  
Informations générales

Sélectionnez le serveur Archiver



Document à saisir via

Version	OS	Modèle
3.0	32-bit	100
4.1	64-bit	100

Heure de saisie : 2014/01/01 10:00:00

Heure de fin : 2014/01/01 10:00:00



Le projet de loi n° 1000 du 10 août 2014 relatif à la sécurité des données de santé est en cours de traitement.



1000000000

# modis



Una foto del mòdul, un vídeo, una imatge i un vídeo de l'aplicació de l'usuari i un vídeo de l'aplicació de l'usuari.

Per la Fe, l'usuari s'ha de connectar amb el mòdul i després amb el mòdul de l'usuari i després amb el mòdul de l'usuari. El mòdul de l'usuari s'ha de connectar amb el mòdul de l'usuari i després amb el mòdul de l'usuari.

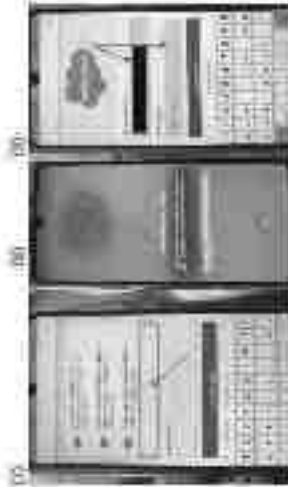


Fig. 10.10

El mòdul de l'usuari s'ha de connectar amb el mòdul de l'usuari i després amb el mòdul de l'usuari. El mòdul de l'usuari s'ha de connectar amb el mòdul de l'usuari i després amb el mòdul de l'usuari.

- El mòdul de l'usuari s'ha de connectar amb el mòdul de l'usuari i després amb el mòdul de l'usuari.
- El mòdul de l'usuari s'ha de connectar amb el mòdul de l'usuari i després amb el mòdul de l'usuari.
- El mòdul de l'usuari s'ha de connectar amb el mòdul de l'usuari i després amb el mòdul de l'usuari.

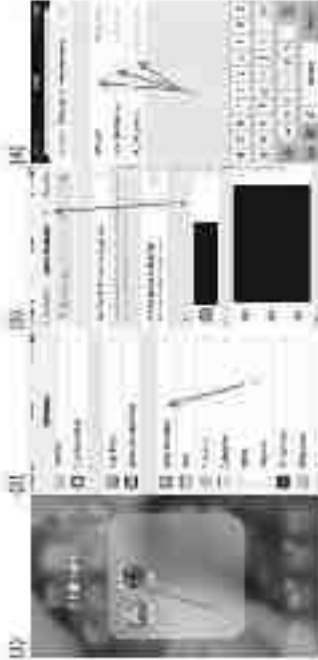


Fig. 10.11

El mòdul de l'usuari s'ha de connectar amb el mòdul de l'usuari i després amb el mòdul de l'usuari.

# modis



Una foto del mòdul, un vídeo, una imatge i un vídeo de l'aplicació de l'usuari i un vídeo de l'aplicació de l'usuari.

Per la Fe, l'usuari s'ha de connectar amb el mòdul i després amb el mòdul de l'usuari i després amb el mòdul de l'usuari.

El mòdul de l'usuari s'ha de connectar amb el mòdul de l'usuari i després amb el mòdul de l'usuari.



Fig. 10.12



Fig. 10.13

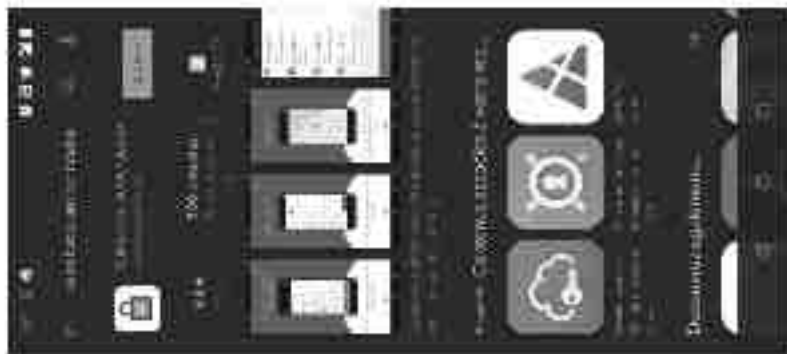
El mòdul de l'usuari s'ha de connectar amb el mòdul de l'usuari i després amb el mòdul de l'usuari.



## modis

### 3. Principali - Salvores Authenticator

Modis ar modis d'accessoria virtuali a vna saluore d'accessoria virtuali (AV) di vna, e modis d'accessoria virtuali.



Modis ar modis d'accessoria virtuali a vna saluore d'accessoria virtuali (AV) di vna, e modis d'accessoria virtuali.

## modis

### 3. List saluore Authenticator & vna application Salvores

Modis ar modis d'accessoria virtuali a vna saluore d'accessoria virtuali (AV) di vna, e modis d'accessoria virtuali.



Modis ar modis d'accessoria virtuali a vna saluore d'accessoria virtuali (AV) di vna, e modis d'accessoria virtuali.





modis

Uniquement à l'usage des applications de votre entreprise. Sécurité.



C'est à ce moment là que vous allez recevoir le message d'authentification sur votre smartphone.  
 Pour des raisons de sécurité, il vous sera demandé de faire un scan rapide de votre appareil d'authentification.  
 Vous pouvez également utiliser votre appareil d'authentification pour scanner le QR code.

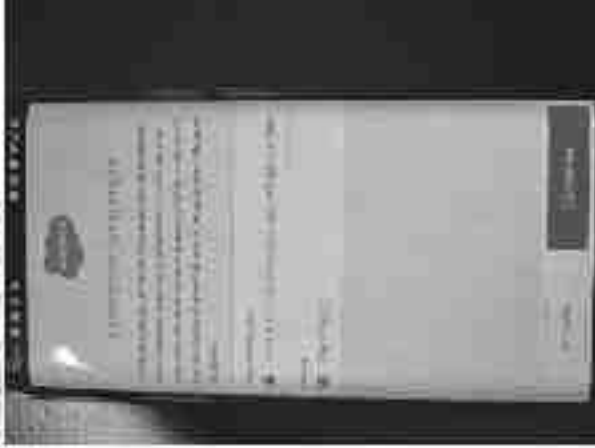


modis



Sur cet écran, une explication de votre méthode d'authentification. Cliquez sur le bouton "OK" pour aller à l'étape suivante.

modis



Informasi on Page untuk Salafudin, Aduksana dan Komenda.

5/16/2018 10:44:31 AM

Confidential

modis



Daftar nama "Candidat" yang telah terdaftar dalam aplikasi Selektasi

dan data ke keluarga yang telah terdaftar (nama, nomor handphone dan alamat) dan informasi lainnya yang diperlukan.

Aspek lain yang akan dipertimbangkan dalam proses seleksi adalah kualifikasi dan prestasi yang telah dicapai.

Untuk informasi lebih lanjut, silakan hubungi nomor telepon yang tertera di bawah ini. Untuk informasi lebih lanjut, silakan hubungi nomor telepon yang tertera di bawah ini.

5/16/2018 10:44:31 AM

Confidential

Annexe 12 : Questionnaire après l'usage de l'outil numérique (Extrait de Google Forms)

## Etude "avant-après" sur la coordination des soins : questionnaire après l'utilisation de l'outil de coordination de proximité.

Bonjour,

Je tenais tout d'abord à vous remercier pour votre participation à l'étude : vous avez été nombreux à nous faire des retours, positifs comme négatifs, sur l'outil de coordination des soins.

Comme convenu, je vous adresse le questionnaire de fin d'étude. Celui-ci nous permettra de comparer la qualité de la coordination des soins avant et après l'introduction de l'outil.

Pour rappel, ici nous nous intéressons principalement à votre activité au domicile des patients, ainsi qu'à votre capacité à échanger des informations avec les autres soignants.

Merci d'avance pour votre aide.

---

\*Obligatoire

### Caractéristiques socio-démographiques

1. Genre ? \*

*Une seule réponse possible.*

Homme

Femme

2. Âge ? \*

*Une seule réponse possible.*

Entre 20 et 34 ans

Entre 35 et 49 ans

Entre 50 et 64 ans

65 ans et plus

3. Vous répondez ?

Une seule réponse possible.

- Oui
- Souvent, mais pas toujours
- Souvent, mais pas toujours

4. Pourquoi ?

Une seule réponse possible.

- Je suis malade
- Je suis malade
- Je suis malade
- Je suis malade
- Je suis malade
- Je suis malade
- Je suis malade
- Je suis malade

Vous devez être connecté(e) pour poser une question.

5. En moyenne, à quelle fréquence avez-vous utilisé un ordinateur dans votre ?

Une seule réponse possible.

- Pas du tout
- Très peu
- Un peu
- Beaucoup
- Pas du tout
- Pas du tout
- Pas du tout

Comment le communiqué avec les autres personnes de votre

6. La communication est-elle plus facile avec les personnes de votre sexe ?

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non
- Pas du tout
- Pas du tout
- Pas du tout

Comment le communiqué avec les autres personnes de votre

7. Comment qualifiez-vous votre expérience ?

Une seule réponse possible.

- Très satisfaisante
- Satisfaisante
- Pas satisfaisante
- Pas satisfaisante
- Pas satisfaisante

8. Comment qualifiez-vous votre expérience ?

Une seule réponse possible.

- Très satisfaisante
- Satisfaisante
- Pas satisfaisante
- Pas satisfaisante
- Pas satisfaisante

9. La communication est-elle plus facile avec les personnes de votre ?

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non
- Pas du tout
- Pas du tout
- Pas du tout

10. Comment qualifiez-vous votre expérience ?

Une seule réponse possible.

- Très satisfaisante
- Satisfaisante
- Pas satisfaisante
- Pas satisfaisante
- Pas satisfaisante

11. Comment qualifiez-vous votre expérience ?

Une seule réponse possible.

- Très satisfaisante
- Satisfaisante
- Pas satisfaisante
- Pas satisfaisante
- Pas satisfaisante

12. Comment qualifiez-vous votre expérience ?

Une seule réponse possible.

- Très satisfaisante
- Satisfaisante
- Pas satisfaisante
- Pas satisfaisante
- Pas satisfaisante

Comment le communiqué avec les autres personnes de votre

13. Comment qualifiez-vous votre expérience ?

Une seule réponse possible.

- Très satisfaisante
- Satisfaisante
- Pas satisfaisante
- Pas satisfaisante
- Pas satisfaisante

14. Comment qualifiez-vous votre expérience ?

Une seule réponse possible.

- Très satisfaisante
- Satisfaisante
- Pas satisfaisante
- Pas satisfaisante
- Pas satisfaisante

Comment le communiqué avec les autres personnes de votre

15. Comment caractériser le non finalité d'une prise en charge individuelle de terrain de jeu privée ?

Marquer la ou les bonnes réponse(s)

- Très faible  
 Faible  
 Ni élevée ni moyenne  
 Élevée  
 Très élevée

16. Comment caractériser le rôle social additionnel des clubs ?

Marquer la ou les bonnes réponse(s)

- Très faible  
 Faible  
 Ni élevée ni moyenne  
 Élevée  
 Très élevée

17. Comment caractériser le rôle social additionnel des clubs ?

Marquer la ou les bonnes réponse(s)

- Très faible  
 Faible  
 Ni élevée ni moyenne  
 Élevée  
 Très élevée

18. Comment caractériser le rôle social additionnel des clubs en charge de la gestion de terrains de jeu privés de terrain de jeu ?

Marquer la ou les bonnes réponse(s)

- Très faible voire nulle  
 Faible  
 Ni élevée ni moyenne  
 Élevée  
 Très élevée voire excessive

Choisissez le rôle social additionnel de ce propriétaire

19. Comment caractériser le rôle social additionnel de clubs / centres sociaux privés ?

Marquer la ou les bonnes réponse(s)

- Très faible voire nulle  
 Faible  
 Ni élevée ni moyenne  
 Élevée  
 Très élevée voire excessive

20. Comment caractériser le rôle social additionnel de clubs / centres sociaux privés ?

Marquer la ou les bonnes réponse(s)

- Très faible voire nulle  
 Faible  
 Ni élevée ni moyenne  
 Élevée  
 Très élevée voire excessive

21. Comment caractériser le rôle social additionnel de clubs sociaux privés ?

Marquer la ou les bonnes réponse(s)

- Très faible  
 Faible  
 Ni élevée ni moyenne  
 Élevée  
 Très élevée voire excessive

Choisissez le rôle social additionnel

22. Comment caractériser le rôle social additionnel des prises en charge individuelles de terrain de jeu privés de terrain de jeu ?

Marquer la ou les bonnes réponse(s)

- Très faible voire nulle  
 Faible  
 Ni élevée ni moyenne  
 Élevée  
 Très élevée voire excessive

23. Comment caractériser le rôle social additionnel des clubs sociaux privés de terrain de jeu ?

Marquer la ou les bonnes réponse(s)

- Très faible voire nulle  
 Faible  
 Ni élevée ni moyenne  
 Élevée  
 Très élevée voire excessive

24. Sur quel type de club social disposez de relations de proximité de proximité ?

Marquer la ou les bonnes réponse(s)

- Très faible voire nulle  
 Faible  
 Ni élevée ni moyenne  
 Élevée  
 Très élevée voire excessive

Choisissez le rôle social

25. De quel type de club social disposez de relations de proximité de proximité ?

Marquer la ou les bonnes réponse(s)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

© 2008 Google Inc. Tous droits réservés.

Google Forms











**LA COMMUNICATION (PARTIE) : RÉSULTATS GÉNÉRAUX ET STRATIFIÉS PAR FRÉQUENCE D'UTILISATION**

	Réponse très négative (1)				Réponse négative (2)				Réponse neutre (3)				Réponse positive (4)				Réponse très positive (5)			
	AVANT (58)	APRÈS (48)	>= 1 /MOIS (29)	>= 1 /SEM (14)	AVANT (58)	APRÈS (48)	>= 1 /MOIS (29)	>= 1 /SEM (14)	AVANT (58)	APRÈS (48)	>= 1 /MOIS (29)	>= 1 /SEM (14)	AVANT (58)	APRÈS (48)	>= 1/ MOIS (29)	>= 1 /SEM (14)	AVANT (58)	APRÈS (48)	>= 1 /MOIS (29)	>= 1 /SEM (14)
<b>% EFFECTIF INITIAL</b>	100%	82,8%	50,0%	24,1%	100%	82,8%	50,0%	24,1%	100%	82,8%	50,0%	24,1%	100%	82,8%	50,0%	24,1%	100%	82,8%	50,0%	24,1%
<b>FLUIDITÉ</b>																				
VA	0	5	3	0	17	18	13	7	4	14	4	2	30	8	7	4	7	3	2	1
%	0,0%	10,4%	10,3%	0,0%	29,3%	37,5%	44,8%	50,0%	6,9%	29,2%	13,8%	14,3%	51,7%	16,7%	24,1%	28,6%	12,1%	6,3%	6,9%	7,1%
Variation1	/	10,4%	10,3%	0,0%	/	8,2%	15,5%	20,7%	/	22,3%	6,9%	7,4%	/	-35,1%	-27,6%	-23,2%	/	-5,8%	-5,2%	-4,9%
Variation2		/	-0,1%	-10,4%		/	7,3%	12,5%		/	-15,4%	-14,9%		/	7,5%	11,9%		/	0,6%	0,9%
<b>CLARTÉ</b>																				
VA	0	2	1	0	19	9	5	2	9	15	4	2	24	17	15	7	6	5	4	3
%	0,0%	4,2%	3,4%	0,0%	32,8%	18,8%	17,2%	14,3%	15,5%	31,3%	13,8%	14,3%	41,4%	35,4%	51,7%	50,0%	10,3%	10,4%	13,8%	21,4%
Variation1	/	4,2%	3,4%	0,0%	/	-14,0%	-15,5%	-18,5%	/	15,7%	-1,7%	-1,2%	/	-6,0%	10,3%	8,6%	/	0,1%	3,4%	11,1%
Variation2		/	-0,7%	-4,2%		/	-1,5%	-4,5%		/	-17,5%	-17,0%		/	16,3%	14,6%		/	3,4%	11,0%
<b>ADAPTÉE À VOTRE ACTIVITÉ</b>																				
VA	0	10	8	1	26	13	6	2	7	11	3	3	22	10	8	6	3	4	4	2
%	0,0%	20,8%	27,6%	7,1%	44,8%	27,1%	20,7%	14,3%	12,1%	22,9%	10,3%	21,4%	37,9%	20,8%	27,6%	42,9%	5,2%	8,3%	13,8%	14,3%
Variation1	/	20,8%	27,6%	7,1%	/	-17,7%	-24,1%	-30,5%	/	10,8%	-1,7%	9,4%	/	-17,1%	-10,3%	4,9%	/	3,2%	8,6%	9,1%
Variation2		/	6,8%	-13,7%		/	-6,4%	-12,8%		/	-12,6%	-1,5%		/	6,8%	22,0%		/	5,5%	6,0%
<b>PERTINENCE</b>																				
VA	0	3	2	0	6	7	3	3	13	11	2	1	26	13	8	3	13	14	14	7
%	0,0%	6,3%	6,9%	0,0%	10,3%	14,6%	10,3%	21,4%	22,4%	22,9%	6,9%	7,1%	44,8%	27,1%	27,6%	21,4%	22,4%	29,2%	48,3%	50,0%
Variation1	/	6,3%	6,9%	0,0%	/	4,2%	0,0%	11,1%	/	0,5%	-15,5%	-15,3%	/	-17,7%	-17,2%	-23,4%	/	6,8%	25,9%	27,6%
Variation2		/	0,6%	-6,3%		/	-4,2%	6,8%		/	-16,0%	-15,8%		/	0,5%	-5,7%		/	19,1%	20,8%
<b>MOYENNE GÉNÉRALE</b>																				
VA	0	5	3,5	0,25	17	11,75	6,75	3,5	8,25	12,75	3,25	2	25,5	12	9,5	5	7,25	6,5	6	3,25
%	0,0%	10,4%	12,1%	1,8%	29,3%	24,5%	23,3%	25,0%	14,2%	26,6%	11,2%	14,3%	44,0%	25,0%	32,8%	35,7%	12,5%	13,5%	20,7%	23,2%
Variation1	/	10,4%	12,1%	1,8%	/	-4,8%	-6,0%	-4,3%	/	12,3%	-3,0%	0,1%	/	-19,0%	-11,2%	-8,3%	/	1,0%	8,2%	10,7%
Variation2		/	1,7%	-8,6%		/	-1,2%	0,5%		/	-15,4%	-12,3%		/	7,8%	10,7%		/	7,1%	9,7%

Annexe 15 : La communication : résultats généraux et stratifiés par la fréquence d'utilisation (partie)

FLUIDITÉ DE LA COMMUNICATION (SOUS-PARTIE) : RÉSULTATS GÉNÉRAUX ET STRATIFIÉS PAR PROFESSION										
	Réponse très négative (1)		Réponse négative (2)		Réponse neutre (3)		Réponse positive (4)		Réponse très positive (5)	
	AVANT (58)	APRÈS (48)	AVANT (58)	APRÈS (48)	AVANT (58)	APRÈS (48)	AVANT (58)	APRÈS (48)	AVANT (58)	APRÈS (48)
<b>Effectif total</b>										
VA	0	5	17	18	4	14	30	8	7	3
% ET	0,0%	10,4%	29,3%	37,5%	6,9%	29,2%	51,7%	16,7%	12,1%	6,3%
Variation	/	10,4%	/	8,2%	/	22,3%	/	-35,1%	/	-5,8%
<b>IDE</b>										
VA	0	3	6	5	4	5	9	5	1	1
% P	0,0%	15,8%	30,0%	26,3%	20,0%	26,3%	45,0%	26,3%	5,0%	5,3%
Variation	/	15,8%	/	-3,7%	/	6,3%	/	-18,7%	/	0,3%
<b>MKDE</b>										
VA	0	0	7	2	0	7	4	1	4	0
% P	0,0%	0,0%	46,7%	20,0%	0,0%	70,0%	26,7%	10,0%	26,7%	0,0%
Variation	/	0,0%	/	-26,7%	/	70,0%	/	-16,7%	/	-26,7%
<b>MG</b>										
VA	0	1	3	7	0	0	9	2	1	1
% P	0,0%	9,1%	23,1%	63,6%	0,0%	0,0%	69,2%	18,2%	7,7%	9,1%
Variation	/	9,1%	/	40,6%	/	0,0%	/	-51,0%	/	1,4%
<b>Pharmaciens</b>										
VA	0	1	1	2	0	1	5	0	1	1
% P	0,0%	20,0%	14,3%	40,0%	0,0%	20,0%	71,4%	0,0%	14,3%	20,0%
Variation	/	20,0%	/	25,7%	/	20,0%	/	-71,4%	/	5,7%
<b>Biologistes médicaux</b>										
VA	0	0	0	2	0	0	2	0	0	0
% P	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Variation	/	0,0%	/	100,0%	/	0,0%	/	-100,0%	/	0,0%
<b>Pédicure-podologue</b>										
VA	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0
% P	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Variation	/	0,0%	/	0,0%	/	100,0%	/	-100,0%	/	0,0%

Annexe 16 : La communication : stratification par profession (sous-parties : 4 tableaux)

Clarté des attentes des professionnels		: Résultats généraux et stratifiés par profession									
		Réponse très négative (1)		Réponse négative (2)		Réponse neutre (3)		Réponse positive (4)		Réponse très positive (5)	
AVANT (58)	APRÈS (48)	AVANT (58)	APRÈS (48)	AVANT (58)	APRÈS (48)	AVANT (58)	APRÈS (48)	AVANT (58)	APRÈS (48)	AVANT (58)	APRÈS (48)
Effectif total											
VA	0	2	19	9	15	24	17	6	5		
% P	0,0%	4,2%	32,8%	18,8%	31,3%	41,4%	35,4%	10,3%	10,4%		
Variation	/	4,2%	/	-14,0%	/	15,2%	/	-6,0%	/		0,1%
IDE											
VA	0	1	8	4	3	4	8	2	2		
% P	0,0%	5,3%	40,0%	21,1%	15,0%	21,1%	42,1%	10,0%	10,5%		
Variation	/	5,3%	/	-18,9%	/	6,1%	/	7,1%	/		0,5%
MKDE											
VA	0	0	6	0	2	8	1	6	1		
% P	0,0%	0,0%	40,0%	0,0%	13,3%	80,0%	10,0%	40,0%	10,0%		
Variation	/	0,0%	/	-40,0%	/	66,7%	/	-30,0%	/		3,3%
MSZ											
VA	0	0	4	3	2	1	5	2	2		
% P	0,0%	0,0%	30,8%	27,3%	15,4%	9,1%	38,5%	15,4%	18,2%		
Variation	/	0,0%	/	-3,5%	/	-6,3%	/	7,0%	/		2,8%
Pharmaciens											
VA	0	0	1	2	1	1	2	0	0		
% P	0,0%	0,0%	14,3%	40,0%	14,3%	20,0%	71,4%	40,0%	0,0%		
Variation	/	0,0%	/	25,7%	/	5,7%	/	31,4%	/		0,0%
Biologistes médicaux											
VA	0	1	0	0	1	0	0	0	1		
% P	0,0%	50,0%	0,0%	0,0%	50,0%	0,0%	0,0%	0,0%	50,0%		
Variation	/	50,0%	/	0,0%	/	-50,0%	/	50,0%	/		-50,0%
Médecine-podologie											
VA	0	0	0	0	0	0	1	1	0		
% P	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%	100,0%	0,0%		
Variation	/	0,0%	/	0,0%	/	100,0%	/	100,0%	/		-100,0%

Modalités d'échanges adaptées à votre activité		RÉSULTATS GÉNÉRAUX ET STRATÉGIÉS PAR PROFESSION									
		Réponse très négative (1)		Réponse négative (2)		Réponse neutre (3)		Réponse positive (4)		Réponse très positive (5)	
AVANT (58)	APRÈS (48)	AVANT (58)	APRÈS (48)	AVANT (58)	APRÈS (48)	AVANT (58)	APRÈS (48)	AVANT (58)	APRÈS (48)	AVANT (58)	APRÈS (48)
Effectif total											
VA	0	10	26	13	7	11	22	10	3	4	
% P	0,0%	20,8%	44,8%	27,1%	12,1%	22,9%	37,9%	20,8%	5,2%	8,3%	
Variation	/	20,8%	/	-17,7%	/	10,8%	/	-17,1%	/	3,2%	
IDE											
VA	0	2	8	6	3	3	9	6	0	2	
% P	0,0%	10,5%	40,0%	31,6%	15,0%	15,8%	45,0%	31,6%	0,0%	10,5%	
Variation	/	10,5%	/	-9,4%	/	0,3%	/	-13,4%	/	10,5%	
MIIDE											
VA	0	1	8	2	2	6	4	0	1	1	
% P	0,0%	10,0%	53,3%	20,0%	13,3%	60,0%	26,7%	0,0%	6,7%	10,0%	
Variation	/	10,0%	/	-33,3%	/	46,7%	/	-26,7%	/	3,3%	
MG											
VA	0	5	7	1	1	1	4	3	1	1	
% P	0,0%	45,5%	53,8%	9,1%	7,7%	9,1%	30,8%	27,3%	7,7%	9,1%	
Variation	/	45,5%	/	-44,8%	/	1,0%	/	-3,5%	/	1,4%	
Pharmaciens											
VA	0	2	3	2	1	0	3	1	0	0	
% P	0,0%	40,0%	42,9%	40,0%	14,3%	0,0%	42,9%	20,0%	0,0%	0,0%	
Variation	/	40,0%	/	-2,9%	/	-14,3%	/	-22,9%	/	0,0%	
Biologistes médicaux											
VA	0	0	0	2	0	0	1	0	1	0	
% P	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	50,0%	0,0%	50,0%	0,0%	
Variation	/	0,0%	/	100,0%	/	0,0%	/	-50,0%	/	-50,0%	
Pédicure-podologue											
VA	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	
% P	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	
Variation	/	0,0%	/	0,0%	/	100,0%	/	-100,0%	/	0,0%	

**PERTINENCE DU CONTENU DES ÉCHANGES (SOUS-PARTIE) : RÉSULTATS GÉNÉRAUX ET STRATIFIÉS PAR PROFESSION**

	Réponse très négative (1)		Réponse négative (2)		Réponse neutre (3)		Réponse positive (4)		Réponse très positive (5)	
	AVANT (58)	APRÈS (48)	AVANT (58)	APRÈS (48)	AVANT (58)	APRÈS (48)	AVANT (58)	APRÈS (48)	AVANT (58)	APRÈS (48)
<b>Effectif total</b>										
VA	0	3	6	7	13	11	26	13	13	14
% ET	0,0%	6,3%	10,3%	14,6%	22,4%	22,9%	44,8%	27,1%	22,4%	29,2%
Variation	/	6,3%	/	4,2%	/	0,5%	/	-17,7%	/	6,8%
<b>IDE</b>										
VA	0	1	2	5	4	2	10	5	4	6
% P	0,0%	5,3%	10,0%	26,3%	20,0%	10,5%	50,0%	26,3%	20,0%	31,6%
Variation	/	5,3%	/	16,3%	/	-9,5%	/	-23,7%	/	11,6%
<b>MKDE</b>										
VA	0	0	1	0	5	7	4	2	5	1
% P	0,0%	0,0%	6,7%	0,0%	33,3%	70,0%	26,7%	20,0%	33,3%	10,0%
Variation	/	0,0%	/	-6,7%	/	36,7%	/	-6,7%	/	-23,3%
<b>MG</b>										
VA	0	1	1	1	2	0	8	5	2	4
% P	0,0%	9,1%	7,7%	9,1%	15,4%	0,0%	61,5%	45,5%	15,4%	36,4%
Variation	/	9,1%	/	1,4%	/	-15,4%	/	-16,1%	/	21,0%
<b>Pharmaciens</b>										
VA	0	1	1	0	2	1	3	0	1	3
% P	0,0%	20,0%	14,3%	0,0%	28,6%	20,0%	42,9%	0,0%	14,3%	60,0%
Variation	/	20,0%	/	-14,3%	/	-8,6%	/	-42,9%	/	45,7%
<b>Biologistes médicaux</b>										
VA	0	0	1	1	0	0	0	1	1	0
% P	0,0%	0,0%	50,0%	50,0%	0,0%	0,0%	0,0%	50,0%	50,0%	0,0%
Variation	/	0,0%	/	0,0%	/	0,0%	/	50,0%	/	-50,0%
<b>Pédicure-podologue</b>										
VA	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0
% P	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Variation	/	0,0%	/	0,0%	/	100,0%	/	-100,0%	/	0,0%

LA COMMUNICATION (PARTIE) : MOYENNE GÉNÉRALE ET MOYENNE PAR PROFESSION										
	Réponse très négative (1)		Réponse négative (2)		Réponse neutre (3)		Réponse positive (4)		Réponse très positive (5)	
	AVANT (58)	APRÈS (48)	AVANT (58)	APRÈS (48)	AVANT (58)	APRÈS (48)	AVANT (58)	APRÈS (48)	AVANT (58)	APRÈS (48)
<b>MOYENNE GÉNÉRALE</b>										
VA	0	5	17	11,75	8,25	12,75	25,5	12	7,25	6,5
% ET	0,0%	10,4%	29,3%	24,5%	14,2%	26,6%	44,0%	25,0%	12,5%	13,5%
Variation	/	10,4%	/	-4,8%	/	12,3%	/	-19,0%	/	1,0%
<b>MOYENNE IDE</b>										
VA	0	1,75	6	5	3,5	3,5	8,75	6	1,75	2,75
% P	0,0%	9,2%	30,0%	26,3%	17,5%	18,4%	43,8%	31,6%	8,8%	14,5%
Variation	/	9,2%	/	-3,7%	/	0,9%	/	-12,2%	/	5,7%
<b>MOYENNE MKDE</b>										
VA	0	0,25	5,5	1	2,25	7	4,5	1	2,75	0,75
% P	0,0%	2,5%	36,7%	10,0%	15,0%	70,0%	30,0%	10,0%	18,3%	7,5%
Variation	/	2,5%	/	-26,7%	/	55,0%	/	-20,0%	/	-10,8%
<b>MOYENNE MG</b>										
VA	0	1,75	3,75	3	1,25	0,5	6,5	3,75	1,5	2
% P	0,0%	15,9%	28,8%	27,3%	9,6%	4,5%	50,0%	34,1%	11,5%	18,2%
Variation	/	15,9%	/	-1,6%	/	-5,1%	/	-15,9%	/	6,6%
<b>MOYENNE Pharmaciens</b>										
VA	0	1	1,5	1,5	1	0,75	4	0,75	0,5	1
% P	0,0%	20,0%	21,4%	30,0%	14,3%	15,0%	57,1%	15,0%	7,1%	20,0%
Variation	/	20,0%	/	8,6%	/	0,7%	/	-42,1%	/	12,9%
<b>MOYENNE Biologistes médicaux</b>										
VA	0	0,25	0,25	1,25	0,25	0	0,75	0,5	0,75	0
% P	0,0%	12,5%	12,5%	62,5%	12,5%	0,0%	37,5%	25,0%	37,5%	0,0%
Variation	/	12,5%	/	50,0%	/	-12,5%	/	-12,5%	/	-37,5%
<b>MOYENNE Pédicure-podologue</b>										
VA	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0
% P	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Variation	/	0,0%	/	0,0%	/	100,0%	/	-100,0%	/	0,0%

Annexe 17 : La communication : moyenne générale et moyenne par profession (partie)



**LES INFORMATIONS CONCERNANT LES PATIENTS (PARTIE) : RÉSULTATS GÉNÉRAUX ET STRATIFIÉS PAR FRÉQUENCE D'UTILISATION**

	Réponse très négative (1)				Réponse négative (2)				Réponse neutre (3)				Réponse positive (4)				Réponse très positive (5)			
	AVANT (58)	APRÈS (48)	>= 1 /MOIS (29)	>= 1 /SEM (14)	AVANT (58)	APRÈS (48)	>= 1 /MOIS (29)	>= 1 /SEM (14)	AVANT (58)	APRÈS (48)	>= 1 /MOIS (29)	>= 1 /SEM (14)	AVANT (58)	APRÈS (48)	>= 1/ MOIS (29)	>= 1 /SEM (14)	AVANT (58)	APRÈS (48)	>= 1 /MOIS (29)	>= 1 /SEM (14)
% EFFECTIF INITIAL	100%	82,8%	50,0%	24,1%	100%	82,8%	50,0%	24,1%	100%	82,8%	50,0%	24,1%	100%	82,8%	50,0%	24,1%	100%	82,8%	50,0%	24,1%
<b>EXHAUSTIVITÉ</b>																				
VA	1	0	0	0	27	11	5	2	8	15	4	2	21	18	17	8	1	4	3	2
%	1,7%	0,0%	0,0%	0,0%	46,6%	22,9%	17,2%	14,3%	13,8%	31,3%	13,8%	14,3%	36,2%	37,5%	58,6%	57,1%	1,7%	8,3%	10,3%	14,3%
Variation1	/	-1,7%	-1,7%	-1,7%	/	-23,6%	-29,3%	-32,3%	/	17,5%	0,0%	0,5%	/	1,3%	22,4%	20,9%	/	6,6%	8,6%	12,6%
Variation2		/	0,0%	0,0%		/	-5,7%	-8,6%		/	-17,5%	-17,0%		/	21,1%	19,6%		/	2,0%	6,0%
<b>FIABILITÉ / EXACTITUDE</b>																				
VA	1	0	0	0	14	6	4	2	15	12	2	0	28	19	15	9	0	11	8	3
%	1,7%	0,0%	0,0%	0,0%	24,1%	12,5%	13,8%	14,3%	25,9%	25,0%	6,9%	0,0%	48,3%	39,6%	51,7%	64,3%	0,0%	22,9%	27,6%	21,4%
Variation1	/	-1,7%	-1,7%	-1,7%	/	-11,6%	-10,3%	-9,9%	/	-0,9%	-19,0%	-25,9%	/	-8,7%	3,4%	16,0%	/	22,9%	27,6%	21,4%
Variation2		/	0,0%	0,0%		/	1,3%	1,8%		/	-18,1%	-25,0%		/	12,1%	24,7%		/	4,7%	-1,5%
<b>SÉCURISATION DE L'ACCÈS</b>																				
VA	5	2	0	0	23	4	0	0	14	13	2	1	14	10	9	4	2	19	18	9
%	8,6%	4,2%	0,0%	0,0%	39,7%	8,3%	0,0%	0,0%	24,1%	27,1%	6,9%	7,1%	24,1%	20,8%	31,0%	28,6%	3,4%	39,6%	62,1%	64,3%
Variation1	/	-4,5%	-8,6%	-8,6%	/	-31,3%	-39,7%	-39,7%	/	2,9%	-17,2%	-17,0%	/	-3,3%	6,9%	4,4%	/	36,1%	58,6%	60,8%
Variation2		/	-4,2%	-4,2%		/	-8,3%	-8,3%		/	-20,2%	-19,9%		/	10,2%	7,7%		/	22,5%	24,7%
<b>MOYENNE GÉNÉRALE</b>																				
VA	2,333	0,667	0	0	21,33	7	3	1,333	12,33	13,33	2,667	1	21	15,67	13,67	7	1	11,33	9,667	4,667
%	4,0%	1,4%	0,0%	0,0%	36,8%	14,6%	10,3%	9,5%	21,3%	27,8%	9,2%	7,1%	36,2%	32,6%	47,1%	50,0%	1,7%	23,6%	33,3%	33,3%
Variation1	/	-2,6%	-4,0%	-4,0%	/	-22,2%	-26,4%	-27,3%	/	6,5%	-12,1%	-14,1%	/	-3,6%	10,9%	13,8%	/	21,9%	31,6%	31,6%
Variation2		/	-1,4%	-1,4%		/	-4,2%	-5,1%		/	-18,6%	-20,6%		/	14,5%	17,4%		/	9,7%	9,7%

Annexe 18 : Les informations concernant les patients : résultats généraux et stratifiés par la fréquence d'utilisation (partie)

EXHAUSTIVITÉ (SOUS-PARTIE) : RÉSULTATS GÉNÉRAUX ET STRATIFIÉS PAR PROFESSION										
	Réponse très négative (1)		Réponse négative (2)		Réponse neutre (3)		Réponse positive (4)		Réponse très positive (5)	
	AVANT (58)	APRÈS (48)	AVANT (58)	APRÈS (48)	AVANT (58)	APRÈS (48)	AVANT (58)	APRÈS (48)	AVANT (58)	APRÈS (48)
<b>Effectif total</b>										
VA	1	0	27	11	8	15	21	18	1	4
% ET	1,7%	0,0%	46,6%	22,9%	13,8%	31,3%	36,2%	37,5%	1,7%	8,3%
Variation	/	-1,7%	/	-23,6%	/	17,5%	/	1,3%	/	6,6%
<b>IDE</b>										
VA	0	0	11	5	3	6	6	8	0	0
% P	0,0%	0,0%	55,0%	26,3%	15,0%	31,6%	30,0%	42,1%	0,0%	0,0%
Variation	/	0,0%	/	-28,7%	/	16,6%	/	12,1%	/	0,0%
<b>MKDE</b>										
VA	1	0	8	2	1	7	4	1	1	0
% P	6,7%	0,0%	53,3%	20,0%	6,7%	70,0%	26,7%	10,0%	6,7%	0,0%
Variation	/	-6,7%	/	-33,3%	/	63,3%	/	-16,7%	/	-6,7%
<b>MG</b>										
VA	0	0	5	1	2	0	6	7	0	3
% P	0,0%	0,0%	38,5%	9,1%	15,4%	0,0%	46,2%	63,6%	0,0%	27,3%
Variation	/	0,0%	/	-29,4%	/	-15,4%	/	17,5%	/	27,3%
<b>Pharmaciens</b>										
VA	0	0	2	1	2	1	3	2	0	1
% P	0,0%	0,0%	28,6%	20,0%	28,6%	20,0%	42,9%	40,0%	0,0%	20,0%
Variation	/	0,0%	/	-8,6%	/	-8,6%	/	-2,9%	/	20,0%
<b>Biologistes médicaux</b>										
VA	0	0	1	2	0	0	1	0	0	0
% P	0,0%	0,0%	50,0%	100,0%	0,0%	0,0%	50,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Variation	/	0,0%	/	50,0%	/	0,0%	/	-50,0%	/	0,0%
<b>Pédicure-podologue</b>										
VA	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0
% P	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Variation	/	0,0%	/	0,0%	/	100,0%	/	-100,0%	/	0,0%

Annexe 19 : Les informations concernant les patients stratification par profession (sous-parties : 3 tableaux)

FIABILITÉ / EXACTITUDE (SOUS-PARTIE) : RÉSULTATS GÉNÉRAUX ET STRATIFIÉS PAR PROFESSION										
	Réponse très négative (1)		Réponse négative (2)		Réponse neutre (3)		Réponse positive (4)		Réponse très positive (5)	
	AVANT (58)	APRÈS (48)	AVANT (58)	APRÈS (48)	AVANT (58)	APRÈS (48)	AVANT (58)	APRÈS (48)	AVANT (58)	APRÈS (48)
<b>Effectif total</b>										
VA	1	0	14	6	15	12	28	19	0	11
% ET	1,7%	0,0%	24,1%	12,5%	25,9%	25,0%	48,3%	39,6%	0,0%	22,9%
Variation	/	-1,7%	/	-11,6%	/	-0,9%	/	-8,7%	/	22,9%
<b>IDE</b>										
VA	0	0	7	4	7	2	6	10	0	3
% P	0,0%	0,0%	35,0%	21,1%	35,0%	10,5%	30,0%	52,6%	0,0%	15,8%
Variation	/	0,0%	/	-13,9%	/	-24,5%	/	22,6%	/	15,8%
<b>MKDE</b>										
VA	1	0	3	1	6	6	5	2	0	1
% P	6,7%	0,0%	20,0%	10,0%	40,0%	60,0%	33,3%	20,0%	0,0%	10,0%
Variation	/	-6,7%	/	-10,0%	/	20,0%	/	-13,3%	/	10,0%
<b>MG</b>										
VA	0	0	2	0	1	2	10	6	0	3
% P	0,0%	0,0%	15,4%	0,0%	7,7%	18,2%	76,9%	54,5%	0,0%	27,3%
Variation	/	0,0%	/	-15,4%	/	10,5%	/	-22,4%	/	27,3%
<b>Pharmaciens</b>										
VA	0	0	1	0	1	1	5	1	0	3
% P	0,0%	0,0%	14,3%	0,0%	14,3%	20,0%	71,4%	20,0%	0,0%	60,0%
Variation	/	0,0%	/	-14,3%	/	5,7%	/	-51,4%	/	60,0%
<b>Biologistes médicaux</b>										
VA	0	0	1	1	0	0	1	0	0	1
% P	0,0%	0,0%	50,0%	50,0%	0,0%	0,0%	50,0%	0,0%	0,0%	50,0%
Variation	/	0,0%	/	0,0%	/	0,0%	/	-50,0%	/	50,0%
<b>Pédicure-podologue</b>										
VA	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0
% P	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Variation	/	0,0%	/	0,0%	/	100,0%	/	-100,0%	/	0,0%

**SÉCURISATION DE L'ACCÈS (SOUS-PARTIE) : RÉSULTATS GÉNÉRAUX ET STRATIFIÉS PAR PROFESSION**

	Réponse très négative (1)		Réponse négative (2)		Réponse neutre (3)		Réponse positive (4)		Réponse très positive (5)	
	AVANT (58)	APRÈS (48)	AVANT (58)	APRÈS (48)	AVANT (58)	APRÈS (48)	AVANT (58)	APRÈS (48)	AVANT (58)	APRÈS (48)
<b>Effectif total</b>										
VA	5	2	23	4	14	13	14	10	2	19
% ET	8,6%	4,2%	39,7%	8,3%	24,1%	27,1%	24,1%	20,8%	3,4%	39,6%
Variation	/	-4,5%	/	-31,3%	/	2,9%	/	-3,3%	/	36,1%
<b>IDE</b>										
VA	3	0	7	1	6	3	4	7	0	8
% P	15,0%	0,0%	35,0%	5,3%	30,0%	15,8%	20,0%	36,8%	0,0%	42,1%
Variation	/	-15,0%	/	-29,7%	/	-14,2%	/	16,8%	/	42,1%
<b>MKDE</b>										
VA	1	0	3	2	4	6	7	2	0	0
% P	6,7%	0,0%	20,0%	20,0%	26,7%	60,0%	46,7%	20,0%	0,0%	0,0%
Variation	/	-6,7%	/	0,0%	/	33,3%	/	-26,7%	/	0,0%
<b>MG</b>										
VA	0	0	8	0	2	3	3	0	0	8
% P	0,0%	0,0%	61,5%	0,0%	15,4%	27,3%	23,1%	0,0%	0,0%	72,7%
Variation	/	0,0%	/	-61,5%	/	11,9%	/	-23,1%	/	72,7%
<b>Pharmaciens</b>										
VA	1	1	5	0	1	0	0	1	0	3
% P	14,3%	20,0%	71,4%	0,0%	14,3%	0,0%	0,0%	20,0%	0,0%	60,0%
Variation	/	5,7%	/	-71,4%	/	-14,3%	/	20,0%	/	60,0%
<b>Biologistes médicaux</b>										
VA	0	1	0	1	0	0	0	0	2	0
% P	0,0%	50,0%	0,0%	50,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%
Variation	/	50,0%	/	50,0%	/	0,0%	/	0,0%	/	-100,0%
<b>Pédicure-podologue</b>										
VA	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0
% P	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Variation	/	0,0%	/	0,0%	/	0,0%	/	0,0%	/	0,0%

LES INFORMATIONS CONCERNANT LES PATIENTS (PARTIE) : MOYENNE GÉNÉRALE ET MOYENNE PAR PROFESSION										
	Réponse très négative (1)		Réponse négative (2)		Réponse neutre (3)		Réponse positive (4)		Réponse très positive (5)	
	AVANT (58)	APRÈS (48)	AVANT (58)	APRÈS (48)	AVANT (58)	APRÈS (48)	AVANT (58)	APRÈS (48)	AVANT (58)	APRÈS (48)
<b>MOYENNE GÉNÉRALE</b>										
VA	2,333333	0,666667	21,33333	7	12,33333	13,33333	21	15,66667	1	11,33333
% ET	4,0%	1,4%	36,8%	14,6%	21,3%	27,8%	36,2%	32,6%	1,7%	23,6%
Variation	/	-2,6%	/	-22,2%	/	6,5%	/	-3,6%	/	21,9%
<b>MOYENNE IDE</b>										
VA	1	0	8,333333	3,333333	5,333333	3,666667	5,333333	8,333333	0	3,666667
% P	5,0%	0,0%	41,7%	17,5%	26,7%	19,3%	26,7%	43,9%	0,0%	19,3%
Variation	/	-5,0%	/	-24,1%	/	-7,4%	/	17,2%	/	19,3%
<b>MOYENNE MKDE</b>										
VA	1	0	4,666667	1,666667	3,666667	6,333333	5,333333	1,666667	0,333333	0,333333
% P	6,7%	0,0%	31,1%	16,7%	24,4%	63,3%	35,6%	16,7%	2,2%	3,3%
Variation	/	-6,7%	/	-14,4%	/	38,9%	/	-18,9%	/	1,1%
<b>MOYENNE MG</b>										
VA	0	0	5	0,333333	1,666667	1,666667	6,333333	4,333333	0	4,666667
% P	0,0%	0,0%	38,5%	3,0%	12,8%	15,2%	48,7%	39,4%	0,0%	42,4%
Variation	/	0,0%	/	-35,4%	/	2,3%	/	-9,3%	/	42,4%
<b>MOYENNE Pharmaciens</b>										
VA	0,333333	0,333333	2,666667	0,333333	1,333333	0,666667	2,666667	1,333333	0	2,333333
% P	4,8%	6,7%	38,1%	6,7%	19,0%	13,3%	38,1%	26,7%	0,0%	46,7%
Variation	/	1,9%	/	-31,4%	/	-5,7%	/	-11,4%	/	46,7%
<b>MOYENNE Biologistes médicaux</b>										
VA	0	0,333333	0,666667	1,333333	0	0	0,666667	0	0,666667	0,333333
% P	0,0%	16,7%	33,3%	66,7%	0,0%	0,0%	33,3%	0,0%	33,3%	16,7%
Variation	/	16,7%	/	33,3%	/	0,0%	/	-33,3%	/	-16,7%
<b>MOYENNE Pédicure-podologue</b>										
VA	0	0	0	0	0,333333	1	0,666667	0	0	0
% P	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	33,3%	100,0%	66,7%	0,0%	0,0%	0,0%
Variation	/	0,0%	/	0,0%	/	66,7%	/	-66,7%	/	0,0%

Annexe 20 : Les informations concernant les patients : moyenne générale et moyenne par profession (partie)

## LES DOCUMENTS DES PATIENTS (PARTIE) : RÉSULTATS GÉNÉRAUX ET STRATIFIÉS PAR FRÉQUENCE D'UTILISATION

	Réponse très négative (1)				Réponse négative (2)				Réponse neutre (3)				Réponse positive (4)				Réponse très positive (5)			
	AVANT (58)	APRÈS (48)	≥ 1 /MOIS (29)	≥ 1 /SEM (14)	AVANT (58)	APRÈS (48)	≥ 1 /MOIS (29)	≥ 1 /SEM (14)	AVANT (58)	APRÈS (48)	≥ 1 /MOIS (29)	≥ 1 /SEM (14)	AVANT (58)	APRÈS (48)	≥ 1/ MOIS (29)	≥ 1 /SEM (14)	AVANT (58)	APRÈS (48)	≥ 1 /MOIS (29)	≥ 1 /SEM (14)
% EFFECTIF INITIAL	100%	82,8%	50,0%	24,1%	100%	82,8%	50,0%	24,1%	100%	82,8%	50,0%	24,1%	100%	82,8%	50,0%	24,1%	100%	82,8%	50,0%	24,1%
<b>ACCÈS</b>																				
VA	4	9	7	1	32	11	6	2	8	11	2	2	13	15	13	8	1	2	1	1
%	6,9%	18,8%	24,1%	7,1%	55,2%	22,9%	20,7%	14,3%	13,8%	22,9%	6,9%	14,3%	22,4%	31,3%	44,8%	57,1%	1,7%	4,2%	3,4%	7,1%
Variation1	/	11,9%	17,2%	0,2%	/	-32,3%	-34,5%	-40,9%	/	9,1%	-6,9%	0,5%	/	8,8%	22,4%	34,7%	/	2,4%	1,7%	5,4%
Variation2		/	5,4%	-11,6%		/	-2,2%	-8,6%		/	-16,0%	-8,6%		/	13,6%	25,9%		/	-0,7%	3,0%
<b>ÉCHANGE</b>																				
VA	0	6	4	1	19	14	12	5	12	14	4	3	27	10	6	3	0	4	3	2
%	0,0%	12,5%	13,8%	7,1%	32,8%	29,2%	41,4%	35,7%	20,7%	29,2%	13,8%	21,4%	46,6%	20,8%	20,7%	21,4%	0,0%	8,3%	10,3%	14,3%
Variation1	/	12,5%	13,8%	7,1%	/	-3,6%	8,6%	3,0%	/	8,5%	-6,9%	0,7%	/	-25,7%	-25,9%	-25,1%	/	8,3%	10,3%	14,3%
Variation2		/	1,3%	-5,4%		/	12,2%	6,5%		/	-15,4%	-7,7%		/	-0,1%	0,6%		/	2,0%	6,0%
<b>MOYENNE GÉNÉRALE</b>																				
VA	2	7,5	5,5	1	25,5	12,5	9	3,5	10	12,5	3	2,5	20	12,5	9,5	5,5	0,5	3	2	1,5
%	3,4%	15,6%	19,0%	7,1%	44,0%	26,0%	31,0%	25,0%	17,2%	26,0%	10,3%	17,9%	34,5%	26,0%	32,8%	39,3%	0,9%	6,3%	6,9%	10,7%
Variation1	/	12,2%	15,5%	3,7%	/	-17,9%	-12,9%	-19,0%	/	8,8%	-6,9%	0,6%	/	-8,4%	-1,7%	4,8%	/	5,4%	6,0%	9,9%
Variation2		/	3,3%	-8,5%		/	5,0%	-1,0%		/	-15,7%	-8,2%		/	6,7%	13,2%		/	0,6%	4,5%

Annexe 21 : Les documents médicaux des patients : résultats généraux et stratifiés par la fréquence d'utilisation (partie)

L'ACCÈS AUX DOCUMENTS (SOUS-PARTIE) : RÉSULTATS GÉNÉRAUX ET STRATIFIÉS PAR PROFESSION										
	Réponse très négative (1)		Réponse négative (2)		Réponse neutre (3)		Réponse positive (4)		Réponse très positive (5)	
	AVANT (58)	APRÈS (48)	AVANT (58)	APRÈS (48)	AVANT (58)	APRÈS (48)	AVANT (58)	APRÈS (48)	AVANT (58)	APRÈS (48)
<b>Effectif total</b>										
VA	4	9	32	11	8	11	13	15	1	2
% ET	6,9%	18,8%	55,2%	22,9%	13,8%	22,9%	22,4%	31,3%	1,7%	4,2%
Variation	/	11,9%	/	-32,3%	/	9,1%	/	8,8%	/	2,4%
<b>IDE</b>										
VA	0	2	14	4	3	4	3	8	0	1
% P	0,0%	10,5%	70,0%	21,1%	15,0%	21,1%	15,0%	42,1%	0,0%	5,3%
Variation	/	10,5%	/	-48,9%	/	6,1%	/	27,1%	/	5,3%
<b>MKDE</b>										
VA	2	0	8	2	1	6	3	2	1	0
% P	13,3%	0,0%	53,3%	20,0%	6,7%	60,0%	20,0%	20,0%	6,7%	0,0%
Variation	/	-13,3%	/	-33,3%	/	53,3%	/	0,0%	/	-6,7%
<b>MG</b>										
VA	0	4	7	2	1	1	5	3	0	1
% P	0,0%	36,4%	53,8%	18,2%	7,7%	9,1%	38,5%	27,3%	0,0%	9,1%
Variation	/	36,4%	/	-35,7%	/	1,4%	/	-11,2%	/	9,1%
<b>Pharmaciens</b>										
VA	1	2	2	2	2	0	2	1	0	0
% P	14,3%	40,0%	28,6%	40,0%	28,6%	0,0%	28,6%	20,0%	0,0%	0,0%
Variation	/	25,7%	/	11,4%	/	-28,6%	/	-8,6%	/	0,0%
<b>Biologistes médicaux</b>										
VA	0	0	1	1	1	0	0	1	0	0
% P	0,0%	0,0%	50,0%	50,0%	50,0%	0,0%	0,0%	50,0%	0,0%	0,0%
Variation	/	0,0%	/	0,0%	/	-50,0%	/	50,0%	/	0,0%
<b>Pédicure-podologue</b>										
VA	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0
% P	100,0%	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Variation	/	0,0%	/	0,0%	/	0,0%	/	0,0%	/	0,0%

Annexe 22 : Les documents médicaux des patients : stratification par profession (sous-parties : 2 tableaux)

L'ÉCHANGE DE DOCUMENTS (SOUS-PARTIE) : RÉSULTATS GÉNÉRAUX ET STRATIFIÉS PAR PROFESSION

	Réponse très négative (1)		Réponse négative (2)		Réponse neutre (3)		Réponse positive (4)		Réponse très positive (5)	
	AVANT (58)	APRÈS (48)	AVANT (58)	APRÈS (48)	AVANT (58)	APRÈS (48)	AVANT (58)	APRÈS (48)	AVANT (58)	APRÈS (48)
<b>Effectif total</b>										
VA	0	6	19	14	12	14	27	10	0	4
% ET	0,0%	12,5%	32,8%	29,2%	20,7%	29,2%	46,6%	20,8%	0,0%	8,3%
Variation	/	12,5%	/	-3,6%	/	8,5%	/	-25,7%	/	8,3%
<b>IDE</b>										
VA	0	2	9	5	6	5	5	5	0	2
% P	0,0%	10,5%	45,0%	26,3%	30,0%	26,3%	25,0%	26,3%	0,0%	10,5%
Variation	/	10,5%	/	-18,7%	/	-3,7%	/	1,3%	/	10,5%
<b>MKDE</b>										
VA	0	0	5	1	2	6	8	2	0	1
% P	0,0%	0,0%	33,3%	10,0%	13,3%	60,0%	53,3%	20,0%	0,0%	10,0%
Variation	/	0,0%	/	-23,3%	/	46,7%	/	-33,3%	/	10,0%
<b>MG</b>										
VA	0	3	5	5	2	2	6	0	0	1
% P	0,0%	27,3%	38,5%	45,5%	15,4%	18,2%	46,2%	0,0%	0,0%	9,1%
Variation	/	27,3%	/	7,0%	/	2,8%	/	-46,2%	/	9,1%
<b>Pharmaciens</b>										
VA	0	0	0	3	0	0	7	2	0	0
% P	0,0%	0,0%	0,0%	60,0%	0,0%	0,0%	100,0%	40,0%	0,0%	0,0%
Variation	/	0,0%	/	60,0%	/	0,0%	/	-60,0%	/	0,0%
<b>Biologistes médicaux</b>										
VA	0	1	0	0	1	0	1	1	0	0
% P	0,0%	50,0%	0,0%	0,0%	50,0%	0,0%	50,0%	50,0%	0,0%	0,0%
Variation	/	50,0%	/	0,0%	/	-50,0%	/	0,0%	/	0,0%
<b>Pédicure-podologue</b>										
VA	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0
% P	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Variation	/	0,0%	/	0,0%	/	0,0%	/	0,0%	/	0,0%



LES DOCUMENTS DES PATIENTS (PARTIE) : MOYENNE GÉNÉRALE ET MOYENNE PAR PROFESSION										
	Réponse très négative (1)		Réponse négative (2)		Réponse neutre (3)		Réponse positive (4)		Réponse très positive (5)	
	AVANT (58)	APRÈS (48)	AVANT (58)	APRÈS (48)	AVANT (58)	APRÈS (48)	AVANT (58)	APRÈS (48)	AVANT (58)	APRÈS (48)
<b>MOYENNE GÉNÉRALE</b>										
VA	2	7,5	25,5	12,5	10	12,5	20	12,5	0,5	3
% ET	3,4%	15,6%	44,0%	26,0%	17,2%	26,0%	34,5%	26,0%	0,9%	6,3%
Variation	/	12,2%	/	-17,9%	/	8,8%	/	-8,4%	/	5,4%
<b>MOYENNE IDE</b>										
VA	0	2	11,5	4,5	4,5	4,5	4	6,5	0	1,5
% P	0,0%	10,5%	57,5%	23,7%	22,5%	23,7%	20,0%	34,2%	0,0%	7,9%
Variation	/	10,5%	/	-33,8%	/	1,2%	/	14,2%	/	7,9%
<b>MOYENNE MKDE</b>										
VA	1	0	6,5	1,5	1,5	6	5,5	2	0,5	0,5
% P	6,7%	0,0%	43,3%	15,0%	10,0%	60,0%	36,7%	20,0%	3,3%	5,0%
Variation	/	-6,7%	/	-28,3%	/	50,0%	/	-16,7%	/	1,7%
<b>MOYENNE MG</b>										
VA	0	3,5	6	3,5	1,5	1,5	5,5	1,5	0	1
% P	0,0%	31,8%	46,2%	31,8%	11,5%	13,6%	42,3%	13,6%	0,0%	9,1%
Variation	/	31,8%	/	-14,3%	/	2,1%	/	-28,7%	/	9,1%
<b>MOYENNE Pharmaciens</b>										
VA	0,5	1	1	2,5	1	0	4,5	1,5	0	0
% P	7,1%	20,0%	14,3%	50,0%	14,3%	0,0%	64,3%	30,0%	0,0%	0,0%
Variation	/	12,9%	/	35,7%	/	-14,3%	/	-34,3%	/	0,0%
<b>MOYENNE Biologistes médicaux</b>										
VA	0	0,5	0,5	0,5	1	0	0,5	1	0	0
% P	0,0%	25,0%	25,0%	25,0%	50,0%	0,0%	25,0%	50,0%	0,0%	0,0%
Variation	/	25,0%	/	0,0%	/	-50,0%	/	25,0%	/	0,0%
<b>MOYENNE Pédicure-podologue</b>										
VA	0,5	0,5	0	0	0,5	0,5	0	0	0	0
% P	50,0%	50,0%	0,0%	0,0%	50,0%	50,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Variation	/	0,0%	/	0,0%	/	0,0%	/	0,0%	/	0,0%

Annexe 23 : Les documents médicaux des patients : moyenne générale et moyenne par profession (partie)

PRISE EN CHARGE À DOMICILE EN ÉQUIPE (PARTIE) : RÉSULTATS GÉNÉRAUX ET STRATIFIÉS PAR FRÉQUENCE D'UTILISATION																				
	Réponse très négative (1)				Réponse négative (2)				Réponse neutre (3)				Réponse positive (4)				Réponse très positive (5)			
	AVANT (58)	APRÈS (48)	>= 1 /MOIS (29)	>= 1 /SEM (14)	AVANT (58)	APRÈS (48)	>= 1 /MOIS (29)	>= 1 /SEM (14)	AVANT (58)	APRÈS (48)	>= 1 /MOIS (29)	>= 1 /SEM (14)	AVANT (58)	APRÈS (48)	>= 1/ MOIS (29)	>= 1 /SEM (14)	AVANT (58)	APRÈS (48)	>= 1 /MOIS (29)	>= 1 /SEM (14)
% EFFECTIF INITIAL	100%	82,8%	50,0%	24,1%	100%	82,8%	50,0%	24,1%	100%	82,8%	50,0%	24,1%	100%	82,8%	50,0%	24,1%	100%	82,8%	50,0%	24,1%
INITIATION DE LA PRISE EN CHARGE																				
VA	1	5	1	0	30	9	6	1	12	15	4	2	15	18	17	10	0	1	1	1
%	1,7%	10,4%	3,4%	0,0%	51,7%	18,8%	20,7%	7,1%	20,7%	31,3%	13,8%	14,3%	25,9%	37,5%	58,6%	71,4%	0,0%	2,1%	3,4%	7,1%
Variation1	/	8,7%	1,7%	-1,7%	/	-33,0%	-31,0%	-44,6%	/	10,6%	-6,9%	-6,4%	/	11,6%	32,8%	45,6%	/	2,1%	3,4%	7,1%
Variation2		/	-7,0%	-10,4%		/	1,9%	-11,6%		/	-17,5%	-17,0%		/	21,1%	33,9%		/	1,4%	5,1%
SUMI																				
VA	0	4	1	0	34	13	11	6	10	16	4	3	14	11	9	2	0	4	4	3
%	0,0%	8,3%	3,4%	0,0%	58,6%	27,1%	37,9%	42,9%	17,2%	33,3%	13,8%	21,4%	24,1%	22,9%	31,0%	14,3%	0,0%	8,3%	13,8%	21,4%
Variation1	/	8,3%	3,4%	0,0%	/	-31,5%	-20,7%	-15,8%	/	16,1%	-3,4%	4,2%	/	-1,2%	6,9%	-9,9%	/	8,3%	13,8%	21,4%
Variation2		/	-4,9%	-8,3%		/	10,8%	15,8%		/	-19,5%	-11,9%		/	8,1%	-8,6%		/	5,5%	13,1%
GESTION DES PROBLÉMATIQUES / INCIDENTS																				
VA	2	3	1	0	31	11	7	3	15	18	7	5	10	15	13	5	0	1	1	1
%	3,4%	6,3%	3,4%	0,0%	53,4%	22,9%	24,1%	21,4%	25,9%	37,5%	24,1%	35,7%	17,2%	31,3%	44,8%	35,7%	0,0%	2,1%	3,4%	7,1%
Variation1	/	2,8%	0,0%	-3,4%	/	-30,5%	-29,3%	-32,0%	/	11,6%	-1,7%	9,9%	/	14,0%	27,6%	18,5%	/	2,1%	3,4%	7,1%
Variation2		/	-2,8%	-6,3%		/	1,2%	-1,5%		/	-13,4%	-1,8%		/	13,6%	4,5%		/	1,4%	5,1%
GESTION DES URGENCES																				
VA	5	4	2	1	30	9	6	2	11	22	11	8	11	11	9	2	1	2	1	1
%	8,6%	8,3%	6,9%	7,1%	51,7%	18,8%	20,7%	14,3%	19,0%	45,8%	37,9%	57,1%	19,0%	22,9%	31,0%	14,3%	1,7%	4,2%	3,4%	7,1%
Variation1	/	-0,3%	-1,7%	-1,5%	/	-33,0%	-31,0%	-37,4%	/	26,9%	19,0%	38,2%	/	4,0%	12,1%	-4,7%	/	2,4%	1,7%	5,4%
Variation2		/	-1,4%	-1,2%		/	1,9%	-4,5%		/	-7,9%	11,3%		/	8,1%	-8,6%		/	-0,7%	3,0%
MOYENNE GÉNÉRALE																				
VA	2	4	1,25	0,25	31,25	10,5	7,5	3	12	17,75	6,5	4,5	12,5	13,75	12	4,75	0,25	2	1,75	1,5
%	3,4%	8,3%	4,3%	1,8%	53,9%	21,9%	25,9%	21,4%	20,7%	37,0%	22,4%	32,1%	21,6%	28,6%	41,4%	33,9%	0,4%	4,2%	6,0%	10,7%
Variation1	/	4,9%	0,9%	-1,7%	/	-32,0%	-28,0%	-32,5%	/	16,3%	1,7%	11,5%	/	7,1%	19,8%	12,4%	/	3,7%	5,6%	10,3%
Variation2		/	-4,0%	-6,5%		/	4,0%	-0,4%		/	-14,6%	-4,8%		/	12,7%	5,3%		/	1,9%	6,5%

INITIATION DES PRISES EN CHARGE (SOUS-PARTIE) : RÉSULTATS GÉNÉRAUX ET STRATIFIÉS PAR PROFESSION										
	Réponse très négative (1)		Réponse négative (2)		Réponse neutre (3)		Réponse positive (4)		Réponse très positive (5)	
	AVANT (58)	APRÈS (48)	AVANT (58)	APRÈS (48)	AVANT (58)	APRÈS (48)	AVANT (58)	APRÈS (48)	AVANT (58)	APRÈS (48)
<b>Effectif total</b>										
VA	1	5	30	9	12	15	15	18	0	1
% ET	1,7%	10,4%	51,7%	18,8%	20,7%	31,3%	25,9%	37,5%	0,0%	2,1%
Variation	/	8,7%	/	-33,0%	/	10,6%	/	11,6%	/	2,1%
<b>IDE</b>										
VA	1	1	11	4	3	5	5	8	0	1
% P	5,0%	5,3%	55,0%	21,1%	15,0%	26,3%	25,0%	42,1%	0,0%	5,3%
Variation	/	0,3%	/	-33,9%	/	11,3%	/	17,1%	/	5,3%
<b>MKDE</b>										
VA	0	0	7	3	1	6	7	1	0	0
% P	0,0%	0,0%	46,7%	30,0%	6,7%	60,0%	46,7%	10,0%	0,0%	0,0%
Variation	/	0,0%	/	-16,7%	/	53,3%	/	-36,7%	/	0,0%
<b>MG</b>										
VA	0	2	8	2	4	0	1	7	0	0
% P	0,0%	18,2%	61,5%	18,2%	30,8%	0,0%	7,7%	63,6%	0,0%	0,0%
Variation	/	18,2%	/	-43,4%	/	-30,8%	/	55,9%	/	0,0%
<b>Pharmaciens</b>										
VA	0	1	3	0	3	2	1	2	0	0
% P	0,0%	20,0%	42,9%	0,0%	42,9%	40,0%	14,3%	40,0%	0,0%	0,0%
Variation	/	20,0%	/	-42,9%	/	-2,9%	/	25,7%	/	0,0%
<b>Biologistes médicaux</b>										
VA	0	0	1	0	1	2	0	0	0	0
% P	0,0%	0,0%	50,0%	0,0%	50,0%	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Variation	/	0,0%	/	-50,0%	/	50,0%	/	0,0%	/	0,0%
<b>Pédicure-podologue</b>										
VA	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0
% P	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Variation	/	100,0%	/	0,0%	/	0,0%	/	-100,0%	/	0,0%

Annexe 25 : Prise en charge à domicile en équipe : stratification par profession (sous-parties : 4 tableaux)

**SUIVI DES PRISES EN CHARGE (SOUS-PARTIE) : RÉSULTATS GÉNÉRAUX ET STRATIFIÉS PAR PROFESSION**

	Réponse très négative (1)		Réponse négative (2)		Réponse neutre (3)		Réponse positive (4)		Réponse très positive (5)	
	AVANT (58)	APRÈS (48)	AVANT (58)	APRÈS (48)	AVANT (58)	APRÈS (48)	AVANT (58)	APRÈS (48)	AVANT (58)	APRÈS (48)
<b>Effectif total</b>										
VA	0	4	34	13	10	16	14	11	0	4
% ET	0,0%	8,3%	58,6%	27,1%	17,2%	33,3%	24,1%	22,9%	0,0%	8,3%
Variation	/	8,3%	/	-31,5%	/	16,1%	/	-1,2%	/	8,3%
<b>IDE</b>										
VA	0	1	14	8	4	5	2	3	0	2
% P	0,0%	5,3%	70,0%	42,1%	20,0%	26,3%	10,0%	15,8%	0,0%	10,5%
Variation	/	5,3%	/	-27,9%	/	6,3%	/	5,8%	/	10,5%
<b>MKDE</b>										
VA	0	1	6	1	2	7	7	1	0	0
% P	0,0%	10,0%	40,0%	10,0%	13,3%	70,0%	46,7%	10,0%	0,0%	0,0%
Variation	/	10,0%	/	-30,0%	/	56,7%	/	-36,7%	/	0,0%
<b>MG</b>										
VA	0	1	6	3	2	1	5	4	0	2
% P	0,0%	9,1%	46,2%	27,3%	15,4%	9,1%	38,5%	36,4%	0,0%	18,2%
Variation	/	9,1%	/	-18,9%	/	-6,3%	/	-2,1%	/	18,2%
<b>Pharmaciens</b>										
VA	0	0	6	1	1	1	0	3	0	0
% P	0,0%	0,0%	85,7%	20,0%	14,3%	20,0%	0,0%	60,0%	0,0%	0,0%
Variation	/	0,0%	/	-65,7%	/	5,7%	/	60,0%	/	0,0%
<b>Biologistes médicaux</b>										
VA	0	0	1	0	1	2	0	0	0	0
% P	0,0%	0,0%	50,0%	0,0%	50,0%	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Variation	/	0,0%	/	-50,0%	/	50,0%	/	0,0%	/	0,0%
<b>Pédicure-podologue</b>										
VA	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0
% P	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Variation	/	100,0%	/	-100,0%	/	0,0%	/	0,0%	/	0,0%

<b>GESTION DES PROBLÉMATIQUES À DOMICILE EN ÉQUIPE (SOUS-PARTIE) : RÉSULTATS GÉNÉRAUX ET STRATIFIÉS PAR PROFESSION</b>										
	Réponse très négative (1)		Réponse négative (2)		Réponse neutre (3)		Réponse positive (4)		Réponse très positive (5)	
	AVANT (58)	APRÈS (48)	AVANT (58)	APRÈS (48)	AVANT (58)	APRÈS (48)	AVANT (58)	APRÈS (48)	AVANT (58)	APRÈS (48)
<b>Effectif total</b>										
VA	2	3	31	11	15	18	10	15	0	1
% ET	3,4%	6,3%	53,4%	22,9%	25,9%	37,5%	17,2%	31,3%	0,0%	2,1%
Variation	/	2,8%	/	-30,5%	/	11,6%	/	14,0%	/	2,1%
<b>IDE</b>										
VA	1	1	12	4	5	8	2	5	0	1
% P	5,0%	5,3%	60,0%	21,1%	25,0%	42,1%	10,0%	26,3%	0,0%	5,3%
Variation	/	0,3%	/	-38,9%	/	17,1%	/	16,3%	/	5,3%
<b>MKDE</b>										
VA	1	1	6	1	4	7	4	1	0	0
% P	6,7%	10,0%	40,0%	10,0%	26,7%	70,0%	26,7%	10,0%	0,0%	0,0%
Variation	/	3,3%	/	-30,0%	/	43,3%	/	-16,7%	/	0,0%
<b>MG</b>										
VA	0	1	7	3	2	1	4	6	0	0
% P	0,0%	9,1%	53,8%	27,3%	15,4%	9,1%	30,8%	54,5%	0,0%	0,0%
Variation	/	9,1%	/	-26,6%	/	-6,3%	/	23,8%	/	0,0%
<b>Pharmaciens</b>										
VA	0	0	4	1	3	1	0	3	0	0
% P	0,0%	0,0%	57,1%	20,0%	42,9%	20,0%	0,0%	60,0%	0,0%	0,0%
Variation	/	0,0%	/	-37,1%	/	-22,9%	/	60,0%	/	0,0%
<b>Biologistes médicaux</b>										
VA	0	0	1	2	1	0	0	0	0	0
% P	0,0%	0,0%	50,0%	100,0%	50,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Variation	/	0,0%	/	50,0%	/	-50,0%	/	0,0%	/	0,0%
<b>Pédicure-podologue</b>										
VA	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0
% P	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Variation	/	0,0%	/	-100,0%	/	100,0%	/	0,0%	/	0,0%

**GESTION DES URGENCES À DOMICILE EN ÉQUIPE (SOUS-PARTIE) : RÉSULTATS GÉNÉRAUX ET STRATIFIÉS PAR PROFESSION**

	Réponse très négative (1)		Réponse négative (2)		Réponse neutre (3)		Réponse positive (4)		Réponse très positive (5)	
	AVANT (58)	APRÈS (48)	AVANT (58)	APRÈS (48)	AVANT (58)	APRÈS (48)	AVANT (58)	APRÈS (48)	AVANT (58)	APRÈS (48)
<b>Effectif total</b>										
VA	5	4	30	9	11	22	11	11	1	2
% ET	8,6%	8,3%	51,7%	18,8%	19,0%	45,8%	19,0%	22,9%	1,7%	4,2%
Variation	/	-0,3%	/	-33,0%	/	26,9%	/	4,0%	/	2,4%
<b>IDE</b>										
VA	1	2	12	3	4	10	3	3	0	1
% P	5,0%	10,5%	60,0%	15,8%	20,0%	52,6%	15,0%	15,8%	0,0%	5,3%
Variation	/	5,5%	/	-44,2%	/	32,6%	/	0,8%	/	5,3%
<b>MKDE</b>										
VA	2	0	5	1	3	7	5	2	0	0
% P	13,3%	0,0%	33,3%	10,0%	20,0%	70,0%	33,3%	20,0%	0,0%	0,0%
Variation	/	-13,3%	/	-23,3%	/	50,0%	/	-13,3%	/	0,0%
<b>MG</b>										
VA	1	1	7	3	2	3	2	3	1	1
% P	7,7%	9,1%	53,8%	27,3%	15,4%	27,3%	15,4%	27,3%	7,7%	9,1%
Variation	/	1,4%	/	-26,6%	/	11,9%	/	11,9%	/	1,4%
<b>Pharmaciens</b>										
VA	1	1	4	0	2	1	0	3	0	0
% P	14,3%	20,0%	57,1%	0,0%	28,6%	20,0%	0,0%	60,0%	0,0%	0,0%
Variation	/	5,7%	/	-57,1%	/	-8,6%	/	60,0%	/	0,0%
<b>Biologistes médicaux</b>										
VA	0	0	1	2	0	0	1	0	0	0
% P	0,0%	0,0%	50,0%	100,0%	0,0%	0,0%	50,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Variation	/	0,0%	/	50,0%	/	0,0%	/	-50,0%	/	0,0%
<b>Pédicure-podologue</b>										
VA	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0
% P	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Variation	/	0,0%	/	-100,0%	/	100,0%	/	0,0%	/	0,0%

PRISE EN CHARGE À DOMICILE EN ÉQUIPE (PARTIE) : MOYENNE GÉNÉRALE ET MOYENNE PAR PROFESSION										
	Réponse très négative (1)		Réponse négative (2)		Réponse neutre (3)		Réponse positive (4)		Réponse très positive (5)	
	AVANT (58)	APRÈS (48)	AVANT (58)	APRÈS (48)	AVANT (58)	APRÈS (48)	AVANT (58)	APRÈS (48)	AVANT (58)	APRÈS (48)
<b>MOYENNE GÉNÉRALE</b>										
VA	2	4	31,25	10,5	12	17,75	12,5	13,75	0,25	2
% ET	3,4%	8,3%	53,9%	21,9%	20,7%	37,0%	21,6%	28,6%	0,4%	4,2%
Variation	/	4,9%	/	-32,0%	/	16,3%	/	7,1%	/	3,7%
<b>MOYENNE IDE</b>										
VA	0,75	1,25	12,25	4,75	4	7	3	4,75	0	1,25
% P	3,8%	6,6%	61,3%	25,0%	20,0%	36,8%	15,0%	25,0%	0,0%	6,6%
Variation	/	2,8%	/	-36,3%	/	16,8%	/	10,0%	/	6,6%
<b>MOYENNE MKDE</b>										
VA	0,75	0,5	6	1,5	2,5	6,75	5,75	1,25	0	0
% P	5,0%	5,0%	40,0%	15,0%	16,7%	67,5%	38,3%	12,5%	0,0%	0,0%
Variation	/	0,0%	/	-25,0%	/	50,8%	/	-25,8%	/	0,0%
<b>MOYENNE MG</b>										
VA	0,25	1,25	7	2,75	2,5	1,25	3	5	0,25	0,75
% P	1,9%	11,4%	53,8%	25,0%	19,2%	11,4%	23,1%	45,5%	1,9%	6,8%
Variation	/	9,4%	/	-28,8%	/	-7,9%	/	22,4%	/	4,9%
<b>MOYENNE Pharmaciens</b>										
VA	0,25	0,5	4,25	0,5	2,25	1,25	0,25	2,75	0	0
% P	3,6%	10,0%	60,7%	10,0%	32,1%	25,0%	3,6%	55,0%	0,0%	0,0%
Variation	/	6,4%	/	-50,7%	/	-7,1%	/	51,4%	/	0,0%
<b>MOYENNE Biologistes médicaux</b>										
VA	0	0	1	1	0,75	1	0,25	0	0	0
% P	0,0%	0,0%	50,0%	50,0%	37,5%	50,0%	12,5%	0,0%	0,0%	0,0%
Variation	/	0,0%	/	0,0%	/	12,5%	/	-12,5%	/	0,0%
<b>MOYENNE Pédicure-podologue</b>										
VA	0	0,5	0,75	0	0	0,5	0,25	0	0	0
% P	0,0%	50,0%	75,0%	0,0%	0,0%	50,0%	25,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Variation	/	50,0%	/	-75,0%	/	50,0%	/	-25,0%	/	0,0%

Annexe 26 : Prise en charge à domicile en équipe : moyenne générale et moyenne par profession (partie)

**QUALITÉ DES PRISES EN CHARGE PLURIDISCIPLINAIRES (PARTIE) : RÉSULTATS GÉNÉRAUX ET STRATIFIÉS PAR FRÉQUENCE D'UTILISATION**

	Réponse très négative (1)				Réponse négative (2)				Réponse neutre (3)				Réponse positive (4)				Réponse très positive (5)			
	AVANT (58)	APRÈS (48)	>= 1 /MOIS (29)	>= 1 /SEM (14)	AVANT (58)	APRÈS (48)	>= 1 /MOIS (29)	>= 1 /SEM (14)	AVANT (58)	APRÈS (48)	>= 1 /MOIS (29)	>= 1 /SEM (14)	AVANT (58)	APRÈS (48)	>= 1/ MOIS (29)	>= 1 /SEM (14)	AVANT (58)	APRÈS (48)	>= 1 /MOIS (29)	>= 1 /SEM (14)
<b>% EFFECTIF INITIAL</b>	100%	82,8%	50,0%	24,1%	100%	82,8%	50,0%	24,1%	100%	82,8%	50,0%	24,1%	100%	82,8%	50,0%	24,1%	100%	82,8%	50,0%	24,1%
<b>ADAPTABILITÉ</b>																				
VA	1	1	0	0	23	7	5	0	16	20	6	6	18	16	14	5	0	4	4	3
%	1,7%	2,1%	0,0%	0,0%	39,7%	14,6%	17,2%	0,0%	27,6%	41,7%	20,7%	42,9%	31,0%	33,3%	48,3%	35,7%	0,0%	8,3%	13,8%	21,4%
Variation1	/	0,4%	-1,7%	-1,7%	/	-25,1%	-22,4%	-39,7%	/	14,1%	-6,9%	15,3%	/	2,3%	17,2%	4,7%	/	8,3%	13,8%	21,4%
Variation2		/	-2,1%	-2,1%		/	2,7%	-14,6%		/	-21,0%	1,2%		/	14,9%	2,4%		/	5,5%	13,1%
<b>EFFICACITÉ</b>																				
VA	1	2	1	0	13	10	8	3	17	21	8	6	26	13	10	4	1	2	2	1
%	1,7%	4,2%	3,4%	0,0%	22,4%	20,8%	27,6%	21,4%	29,3%	43,8%	27,6%	42,9%	44,8%	27,1%	34,5%	28,6%	1,7%	4,2%	6,9%	7,1%
Variation1	/	2,4%	1,7%	-1,7%	/	-1,6%	5,2%	-1,0%	/	14,4%	-1,7%	13,5%	/	-17,7%	-10,3%	-16,3%	/	2,4%	5,2%	5,4%
Variation2		/	-0,7%	-4,2%		/	6,8%	0,6%		/	-16,2%	-0,9%		/	7,4%	1,5%		/	2,7%	3,0%
<b>PERTINENCE</b>																				
VA	0	1	1	0	22	10	7	1	16	24	11	7	19	11	8	4	1	2	2	2
%	0,0%	2,1%	3,4%	0,0%	37,9%	20,8%	24,1%	7,1%	27,6%	50,0%	37,9%	50,0%	32,8%	22,9%	27,6%	28,6%	1,7%	4,2%	6,9%	14,3%
Variation1	/	2,1%	3,4%	0,0%	/	-17,1%	-13,8%	-30,8%	/	22,4%	10,3%	22,4%	/	-9,8%	-5,2%	-4,2%	/	2,4%	5,2%	12,6%
Variation2		/	1,4%	-2,1%		/	3,3%	-13,7%		/	-12,1%	0,0%		/	4,7%	5,7%		/	2,7%	10,1%
<b>MOYENNE GÉNÉRALE</b>																				
VA	0,667	1,333	0,667	0	19,33	9	6,667	1,333	16,33	21,67	8,333	6,333	21	13,33	10,67	4,333	0,667	2,667	2,667	2
%	1,1%	2,8%	2,3%	0,0%	33,3%	18,8%	23,0%	9,5%	28,2%	45,1%	28,7%	45,2%	36,2%	27,8%	36,8%	31,0%	1,1%	5,6%	9,2%	14,3%
Variation1	/	1,6%	1,1%	-1,1%	/	-14,6%	-10,3%	-23,8%	/	17,0%	0,6%	17,1%	/	-8,4%	0,6%	-5,3%	/	4,4%	8,0%	13,1%
Variation2		/	-0,5%	-2,8%		/	4,2%	-9,2%		/	-16,4%	0,1%		/	9,0%	3,2%		/	3,6%	8,7%

Annexe 27 : Qualité des prises en charge pluridisciplinaires : résultats généraux et stratifiés par la fréquence d'utilisation (partie)



ADAPTABILITÉ (SOUS-PARTIE) : RÉSULTATS GÉNÉRAUX ET STRATIFIÉS PAR PROFESSION										
	Réponse très négative (1)		Réponse négative (2)		Réponse neutre (3)		Réponse positive (4)		Réponse très positive (5)	
	AVANT (58)	APRÈS (48)	AVANT (58)	APRÈS (48)	AVANT (58)	APRÈS (48)	AVANT (58)	APRÈS (48)	AVANT (58)	APRÈS (48)
<b>Effectif total</b>										
VA	1	1	23	7	16	20	18	16	0	4
% ET	1,7%	2,1%	39,7%	14,6%	27,6%	41,7%	31,0%	33,3%	0,0%	8,3%
Variation	/	0,4%	/	-25,1%	/	14,1%	/	2,3%	/	8,3%
<b>IDE</b>										
VA	0	0	8	3	6	8	6	6	0	2
% P	0,0%	0,0%	40,0%	15,8%	30,0%	42,1%	30,0%	31,6%	0,0%	10,5%
Variation	/	0,0%	/	-24,2%	/	12,1%	/	1,6%	/	10,5%
<b>MKDE</b>										
VA	1	0	4	1	4	7	6	1	0	1
% P	6,7%	0,0%	26,7%	10,0%	26,7%	70,0%	40,0%	10,0%	0,0%	10,0%
Variation	/	-6,7%	/	-16,7%	/	43,3%	/	-30,0%	/	10,0%
<b>MG</b>										
VA	0	0	6	2	4	3	3	5	0	1
% P	0,0%	0,0%	46,2%	18,2%	30,8%	27,3%	23,1%	45,5%	0,0%	9,1%
Variation	/	0,0%	/	-28,0%	/	-3,5%	/	22,4%	/	9,1%
<b>Pharmaciens</b>										
VA	0	0	3	1	2	0	2	4	0	0
% P	0,0%	0,0%	42,9%	20,0%	28,6%	0,0%	28,6%	80,0%	0,0%	0,0%
Variation	/	0,0%	/	-22,9%	/	-28,6%	/	51,4%	/	0,0%
<b>Biologistes médicaux</b>										
VA	0	1	1	0	0	1	1	0	0	0
% P	0,0%	50,0%	50,0%	0,0%	0,0%	50,0%	50,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Variation	/	50,0%	/	-50,0%	/	50,0%	/	-50,0%	/	0,0%
<b>Pédicure-podologue</b>										
VA	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0
% P	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Variation	/	0,0%	/	-100,0%	/	100,0%	/	0,0%	/	0,0%

Annexe 28 : Qualité des prises en charge pluridisciplinaires : stratification par profession (sous-parties : 3 tableaux)

EFFICACITÉ (SOUS-PARTIE) : RÉSULTATS GÉNÉRAUX ET STRATIFIÉS PAR PROFESSION										
	Réponse très négative (1)		Réponse négative (2)		Réponse neutre (3)		Réponse positive (4)		Réponse très positive (5)	
	AVANT (58)	APRÈS (48)	AVANT (58)	APRÈS (48)	AVANT (58)	APRÈS (48)	AVANT (58)	APRÈS (48)	AVANT (58)	APRÈS (48)
<b>Effectif total</b>										
VA	1	2	13	10	17	21	26	13	1	2
% ET	1,7%	4,2%	22,4%	20,8%	29,3%	43,8%	44,8%	27,1%	1,7%	4,2%
Variation	/	2,4%	/	-1,6%	/	14,4%	/	-17,7%	/	2,4%
<b>IDE</b>										
VA	0	0	6	5	8	9	6	4	0	1
% P	0,0%	0,0%	30,0%	26,3%	40,0%	47,4%	30,0%	21,1%	0,0%	5,3%
Variation	/	0,0%	/	-3,7%	/	7,4%	/	-8,9%	/	5,3%
<b>MKDE</b>										
VA	1	0	1	1	2	6	10	2	1	1
% P	6,7%	0,0%	6,7%	10,0%	13,3%	60,0%	66,7%	20,0%	6,7%	10,0%
Variation	/	-6,7%	/	3,3%	/	46,7%	/	-46,7%	/	3,3%
<b>MG</b>										
VA	0	1	4	3	3	3	6	4	0	0
% P	0,0%	9,1%	30,8%	27,3%	23,1%	27,3%	46,2%	36,4%	0,0%	0,0%
Variation	/	9,1%	/	-3,5%	/	4,2%	/	-9,8%	/	0,0%
<b>Pharmaciens</b>										
VA	0	1	1	0	3	1	3	3	0	0
% P	0,0%	20,0%	14,3%	0,0%	42,9%	20,0%	42,9%	60,0%	0,0%	0,0%
Variation	/	20,0%	/	-14,3%	/	-22,9%	/	17,1%	/	0,0%
<b>Biologistes médicaux</b>										
VA	0	0	1	1	0	1	1	0	0	0
% P	0,0%	0,0%	50,0%	50,0%	0,0%	50,0%	50,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Variation	/	0,0%	/	0,0%	/	50,0%	/	-50,0%	/	0,0%
<b>Pédicure-podologue</b>										
VA	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0
% P	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Variation	/	0,0%	/	0,0%	/	0,0%	/	0,0%	/	0,0%

PERTINENCE (SOUS-PARTIE) : RÉSULTATS GÉNÉRAUX ET STRATIFIÉS PAR PROFESSION										
	Réponse très négative (1)		Réponse négative (2)		Réponse neutre (3)		Réponse positive (4)		Réponse très positive (5)	
	AVANT (58)	APRÈS (48)	AVANT (58)	APRÈS (48)	AVANT (58)	APRÈS (48)	AVANT (58)	APRÈS (48)	AVANT (58)	APRÈS (48)
<b>Effectif total</b>										
VA	0	1	22	10	16	24	19	11	1	2
% ET	0,0%	2,1%	37,9%	20,8%	27,6%	50,0%	32,8%	22,9%	1,7%	4,2%
Variation	/	2,1%	/	-17,1%	/	22,4%	/	-9,8%	/	2,4%
<b>IDE</b>										
VA	0	0	9	2	6	10	5	5	0	2
% P	0,0%	0,0%	45,0%	10,5%	30,0%	52,6%	25,0%	26,3%	0,0%	10,5%
Variation	/	0,0%	/	-34,5%	/	22,6%	/	1,3%	/	10,5%
<b>MKDE</b>										
VA	0	0	3	0	4	7	7	3	1	0
% P	0,0%	0,0%	20,0%	0,0%	26,7%	70,0%	46,7%	30,0%	6,7%	0,0%
Variation	/	0,0%	/	-20,0%	/	43,3%	/	-16,7%	/	-6,7%
<b>MG</b>										
VA	0	1	7	5	1	3	5	2	0	0
% P	0,0%	9,1%	53,8%	45,5%	7,7%	27,3%	38,5%	18,2%	0,0%	0,0%
Variation	/	9,1%	/	-8,4%	/	19,6%	/	-20,3%	/	0,0%
<b>Pharmaciens</b>										
VA	0	0	2	1	3	3	2	1	0	0
% P	0,0%	0,0%	28,6%	20,0%	42,9%	60,0%	28,6%	20,0%	0,0%	0,0%
Variation	/	0,0%	/	-8,6%	/	17,1%	/	-8,6%	/	0,0%
<b>Biologistes médicaux</b>										
VA	0	0	1	2	1	0	0	0	0	0
% P	0,0%	0,0%	50,0%	100,0%	50,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Variation	/	0,0%	/	50,0%	/	-50,0%	/	0,0%	/	0,0%
<b>Pédicure-podologue</b>										
VA	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0
% P	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Variation	/	0,0%	/	0,0%	/	0,0%	/	0,0%	/	0,0%

QUALITÉ DES PRISES EN CHARGE PLURIDISCIPLINAIRES (PARTIE) : MOYENNE GÉNÉRALE ET MOYENNE PAR PROFESSION										
	Réponse très négative (1)		Réponse négative (2)		Réponse neutre (3)		Réponse positive (4)		Réponse très positive (5)	
	AVANT (58)	APRÈS (48)	AVANT (58)	APRÈS (48)	AVANT (58)	APRÈS (48)	AVANT (58)	APRÈS (48)	AVANT (58)	APRÈS (48)
<b>MOYENNE GÉNÉRALE</b>										
VA	0,666667	1,333333	19,33333	9	16,33333	21,66667	21	13,33333	0,666667	2,666667
% ET	1,1%	2,8%	33,3%	18,8%	28,2%	45,1%	36,2%	27,8%	1,1%	5,6%
Variation	/	1,6%	/	-14,6%	/	17,0%	/	-8,4%	/	4,4%
<b>MOYENNE IDE</b>										
VA	0	0	7,666667	3,333333	6,666667	9	5,666667	5	0	1,666667
% P	0,0%	0,0%	38,3%	17,5%	33,3%	47,4%	28,3%	26,3%	0,0%	8,8%
Variation	/	0,0%	/	-20,8%	/	14,0%	/	-2,0%	/	8,8%
<b>MOYENNE MKDE</b>										
VA	0,666667	0	2,666667	0,666667	3,333333	6,666667	7,666667	2	0,666667	0,666667
% P	4,4%	0,0%	17,8%	6,7%	22,2%	66,7%	51,1%	20,0%	4,4%	6,7%
Variation	/	-4,4%	/	-11,1%	/	44,4%	/	-31,1%	/	2,2%
<b>MOYENNE MG</b>										
VA	0	0,666667	5,666667	3,333333	2,666667	3	4,666667	3,666667	0	0,333333
% P	0,0%	6,1%	43,6%	30,3%	20,5%	27,3%	35,9%	33,3%	0,0%	3,0%
Variation	/	6,1%	/	-13,3%	/	6,8%	/	-2,6%	/	3,0%
<b>MOYENNE Pharmaciens</b>										
VA	0	0,333333	2	0,666667	2,666667	1,333333	2,333333	2,666667	0	0
% P	0,0%	6,7%	28,6%	13,3%	38,1%	26,7%	33,3%	53,3%	0,0%	0,0%
Variation	/	6,7%	/	-15,2%	/	-11,4%	/	20,0%	/	0,0%
<b>MOYENNE Biologistes médicaux</b>										
VA	0	0,333333	1	1	0,333333	0,666667	0,666667	0	0	0
% P	0,0%	16,7%	50,0%	50,0%	16,7%	33,3%	33,3%	0,0%	0,0%	0,0%
Variation	/	16,7%	/	0,0%	/	16,7%	/	-33,3%	/	0,0%
<b>MOYENNE Pédicure-podologue</b>										
VA	0	0	0,333333	0	0,666667	1	0	0	0	0
% P	0,0%	0,0%	33,3%	0,0%	66,7%	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Variation	/	0,0%	/	-33,3%	/	33,3%	/	0,0%	/	0,0%

Annexe 29 : Qualité des prises en charge pluridisciplinaires : moyenne générale et moyenne par profession (partie)

RAPPORT BÉNÉFICE/TEMPS CONSACRÉ DU SYSTÈME DE COORDINATION DE PROXIMITÉ (PARTIE) : RÉSULTATS GÉNÉRAUX ET STRATIFIÉS PAR FRÉQUENCE D'UTILISATION																					
		Réponse très négative (1)				Réponse négative (2)				Réponse neutre (3)				Réponse positive (4)				Réponse très positive (5)			
		AVANT (58)	APRÈS (48)	≥ 1 /MOIS (29)	≥ 1 /SEM (14)	AVANT (58)	APRÈS (48)	≥ 1 /MOIS (29)	≥ 1 /SEM (14)	AVANT (58)	APRÈS (48)	≥ 1 /MOIS (29)	≥ 1 /SEM (14)	AVANT (58)	APRÈS (48)	≥ 1 /MOIS (29)	≥ 1 /SEM (14)	AVANT (58)	APRÈS (48)	≥ 1 /MOIS (29)	≥ 1 /SEM (14)
%	EFFECTIF INITIAL	100%	82,8%	50,0%	24,1%	100%	82,8%	50,0%	24,1%	100%	82,8%	50,0%	24,1%	100%	82,8%	50,0%	24,1%	100%	82,8%	50,0%	24,1%
POUR LES PATIENTS																					
VA		0	3	1	0	19	12	10	4	18	18	6	2	21	11	8	5	0	4	4	3
%		0,0%	6,3%	3,4%	0,0%	32,8%	25,0%	34,5%	28,6%	31,0%	37,5%	20,7%	14,3%	36,2%	22,9%	27,6%	35,7%	0,0%	8,3%	13,8%	21,4%
Variation1		/	6,3%	3,4%	0,0%	/	-7,8%	1,7%	-4,2%	/	6,5%	-10,3%	-16,7%	/	-13,3%	-8,6%	-0,5%	/	8,3%	13,8%	21,4%
Variation2			/	-2,8%	-6,3%		/	9,5%	3,6%		/	-16,8%	-23,2%		/	4,7%	12,8%		/	5,5%	13,1%
POUR LES PROFESSIONNELS																					
VA		1	7	5	2	25	20	13	4	15	10	1	0	16	9	8	6	1	2	2	2
%		1,7%	14,6%	17,2%	14,3%	43,1%	41,7%	44,8%	28,6%	25,9%	20,8%	3,4%	0,0%	27,6%	18,8%	27,6%	42,9%	1,7%	4,2%	6,9%	14,3%
Variation1		/	12,9%	15,5%	12,6%	/	-1,4%	1,7%	-14,5%	/	-5,0%	-22,4%	-25,9%	/	-8,8%	0,0%	15,3%	/	2,4%	5,2%	12,6%
Variation2			/	2,7%	-0,3%		/	3,2%	-13,1%		/	-17,4%	-20,8%		/	8,8%	24,1%		/	2,7%	10,1%
MOYENNE GÉNÉRALE																					
VA		0,5	5	3	1	22	16	11,5	4	16,5	14	3,5	1	18,5	10	8	5,5	0,5	3	3	2,5
%		0,9%	10,4%	10,3%	7,1%	37,9%	33,3%	39,7%	28,6%	28,4%	29,2%	12,1%	7,1%	31,9%	20,8%	27,6%	39,3%	0,9%	6,3%	10,3%	17,9%
Variation1		/	9,6%	9,5%	6,3%	/	-4,6%	1,7%	-9,4%	/	0,7%	-16,4%	-21,3%	/	-11,1%	-4,3%	7,4%	/	5,4%	9,5%	17,0%
Variation2			/	-0,1%	-3,3%		/	6,3%	-4,8%		/	-17,1%	-22,0%		/	6,8%	18,5%		/	4,1%	11,6%

RAPPORT BÉNÉFICE/TEMPS CONSACRÉ POUR LE PATIENT (SOUS-PARTIE) : RÉSULTATS GÉNÉRAUX ET STRATIFIÉS PAR PROFESSION										
	Réponse très négative (1)		Réponse négative (2)		Réponse neutre (3)		Réponse positive (4)		Réponse très positive (5)	
	AVANT (58)	APRÈS (48)	AVANT (58)	APRÈS (48)	AVANT (58)	APRÈS (48)	AVANT (58)	APRÈS (48)	AVANT (58)	APRÈS (48)
<b>Effectif total</b>										
VA	0	3	19	12	18	18	21	11	0	4
% ET	0,0%	6,3%	32,8%	25,0%	31,0%	37,5%	36,2%	22,9%	0,0%	8,3%
Variation	/	6,3%	/	-7,8%	/	6,5%	/	-13,3%	/	8,3%
<b>IDE</b>										
VA	0	1	7	6	7	2	6	7	0	3
% P	0,0%	5,3%	35,0%	31,6%	35,0%	10,5%	30,0%	36,8%	0,0%	15,8%
Variation	/	5,3%	/	-3,4%	/	-24,5%	/	6,8%	/	15,8%
<b>MKDE</b>										
VA	0	0	1	1	4	6	10	2	0	1
% P	0,0%	0,0%	6,7%	10,0%	26,7%	60,0%	66,7%	20,0%	0,0%	10,0%
Variation	/	0,0%	/	3,3%	/	33,3%	/	-46,7%	/	10,0%
<b>MG</b>										
VA	0	1	7	5	3	4	3	1	0	0
% P	0,0%	9,1%	53,8%	45,5%	23,1%	36,4%	23,1%	9,1%	0,0%	0,0%
Variation	/	9,1%	/	-8,4%	/	13,3%	/	-14,0%	/	0,0%
<b>Pharmaciens</b>										
VA	0	1	3	0	3	3	1	1	0	0
% P	0,0%	20,0%	42,9%	0,0%	42,9%	60,0%	14,3%	20,0%	0,0%	0,0%
Variation	/	20,0%	/	-42,9%	/	17,1%	/	5,7%	/	0,0%
<b>Biologistes médicaux</b>										
VA	0	0	1	0	1	2	0	0	0	0
% P	0,0%	0,0%	50,0%	0,0%	50,0%	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Variation	/	0,0%	/	-50,0%	/	50,0%	/	0,0%	/	0,0%
<b>Pédicure-podologue</b>										
VA	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0
% P	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Variation	/	0,0%	/	0,0%	/	100,0%	/	-100,0%	/	0,0%

Annexe 31 : Rapport bénéfice/temps consacré du système de coordination de proximité : stratification par profession (sous-parties : 2 tableaux)

RAPPORT BÉNÉFICE/TEMPS CONSACRÉ POUR LES PROFESSIONNELS (SOUS-PARTIE) : RÉSULTATS GÉNÉRAUX ET STRATIFIÉS PAR PROFESSION										
	Réponse très négative (1)		Réponse négative (2)		Réponse neutre (3)		Réponse positive (4)		Réponse très positive (5)	
	AVANT (58)	APRÈS (48)	AVANT (58)	APRÈS (48)	AVANT (58)	APRÈS (48)	AVANT (58)	APRÈS (48)	AVANT (58)	APRÈS (48)
<b>Effectif total</b>										
VA	1	7	25	20	15	10	16	9	1	2
% ET	1,7%	14,6%	43,1%	41,7%	25,9%	20,8%	27,6%	18,8%	1,7%	4,2%
Variation	/	12,9%	/	-1,4%	/	-5,0%	/	-8,8%	/	2,4%
<b>IDE</b>										
VA	0	2	9	7	7	1	4	7	0	2
% P	0,0%	10,5%	45,0%	36,8%	35,0%	5,3%	20,0%	36,8%	0,0%	10,5%
Variation	/	10,5%	/	-8,2%	/	-29,7%	/	16,8%	/	10,5%
<b>MKDE</b>										
VA	0	0	3	2	5	6	7	2	0	0
% P	0,0%	0,0%	20,0%	20,0%	33,3%	60,0%	46,7%	20,0%	0,0%	0,0%
Variation	/	0,0%	/	0,0%	/	26,7%	/	-26,7%	/	0,0%
<b>MG</b>										
VA	0	4	9	5	1	2	3	0	0	0
% P	0,0%	36,4%	69,2%	45,5%	7,7%	18,2%	23,1%	0,0%	0,0%	0,0%
Variation	/	36,4%	/	-23,8%	/	10,5%	/	-23,1%	/	0,0%
<b>Pharmaciens</b>										
VA	0	0	3	4	2	1	1	0	1	0
% P	0,0%	0,0%	42,9%	80,0%	28,6%	20,0%	14,3%	0,0%	14,3%	0,0%
Variation	/	0,0%	/	37,1%	/	-8,6%	/	-14,3%	/	-14,3%
<b>Biologistes médicaux</b>										
VA	0	0	1	2	0	0	1	0	0	0
% P	0,0%	0,0%	50,0%	100,0%	0,0%	0,0%	50,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Variation	/	0,0%	/	50,0%	/	0,0%	/	-50,0%	/	0,0%
<b>Pédicure-podologue</b>										
VA	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0
% P	100,0%	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Variation	/	0,0%	/	0,0%	/	0,0%	/	0,0%	/	0,0%

RAPPORT BÉNÉFICE/TEMPS CONSACRÉ DU SYSTÈME DE COORDINATION DE PROXIMITÉ (PARTIE) : MOYENNE GÉNÉRALE ET MOYENNE PAR PROFESSION										
	Réponse très négative (1)		Réponse négative (2)		Réponse neutre (3)		Réponse positive (4)		Réponse très positive (5)	
	AVANT (58)	APRÈS (48)	AVANT (58)	APRÈS (48)	AVANT (58)	APRÈS (48)	AVANT (58)	APRÈS (48)	AVANT (58)	APRÈS (48)
<b>MOYENNE GÉNÉRALE</b>										
VA	0,5	5	22	16	16,5	14	18,5	10	0,5	3
% ET	0,9%	10,4%	37,9%	33,3%	28,4%	29,2%	31,9%	20,8%	0,9%	6,3%
Variation	/	9,6%	/	-4,6%	/	0,7%	/	-11,1%	/	5,4%
<b>MOYENNE IDE</b>										
VA	0	1,5	8	6,5	7	1,5	5	7	0	2,5
% P	0,0%	7,9%	40,0%	34,2%	35,0%	7,9%	25,0%	36,8%	0,0%	13,2%
Variation	/	7,9%	/	-5,8%	/	-27,1%	/	11,8%	/	13,2%
<b>MOYENNE MKDE</b>										
VA	0	0	2	1,5	4,5	6	8,5	2	0	0,5
% P	0,0%	0,0%	13,3%	15,0%	30,0%	60,0%	56,7%	20,0%	0,0%	5,0%
Variation	/	0,0%	/	1,7%	/	30,0%	/	-36,7%	/	5,0%
<b>MOYENNE MG</b>										
VA	0	2,5	8	5	2	3	3	0,5	0	0
% P	0,0%	22,7%	61,5%	45,5%	15,4%	27,3%	23,1%	4,5%	0,0%	0,0%
Variation	/	22,7%	/	-16,1%	/	11,9%	/	-18,5%	/	0,0%
<b>MOYENNE Pharmaciens</b>										
VA	0	0,5	3	2	2,5	2	1	0,5	0,5	0
% P	0,0%	10,0%	42,9%	40,0%	35,7%	40,0%	14,3%	10,0%	7,1%	0,0%
Variation	/	10,0%	/	-2,9%	/	4,3%	/	-4,3%	/	-7,1%
<b>MOYENNE Biologistes médicaux</b>										
VA	0	0	1	1	0,5	1	0,5	0	0	0
% P	0,0%	0,0%	50,0%	50,0%	25,0%	50,0%	25,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Variation	/	0,0%	/	0,0%	/	25,0%	/	-25,0%	/	0,0%
<b>MOYENNE Pédicure-podologue</b>										
VA	0,5	0,5	0	0	0	0,5	0,5	0	0	0
% P	50,0%	50,0%	0,0%	0,0%	0,0%	50,0%	50,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Variation	/	0,0%	/	0,0%	/	50,0%	/	-50,0%	/	0,0%

Annexe 32 : Rapport bénéfice/temps consacré du système de coordination de proximité : moyenne générale et moyenne par profession (partie)



Annexe 33 : Satisfaction globale du système de coordination de proximité : résultats généraux et stratifiés par la fréquence d'utilisation (partie)

SATISFACTION GLOBALE DU SYSTÈME DE COORDINATION DE PROXIMITÉ (PARTIE) : RÉSULTATS GÉNÉRAUX ET STRATIFIÉS PAR FRÉQUENCE D'UTILISATION																				
	Réponse très négative (1)				Réponse négative (2)				Réponse neutre (3)				Réponse positive (4)				Réponse très positive (5)			
	AVANT (58)	APRÈS (48)	≥1 /MOIS (29)	≥1 /SEM (14)	AVANT (58)	APRÈS (48)	≥1 /MOIS (29)	≥1 /SEM (14)	AVANT (58)	APRÈS (48)	≥1 /MOIS (29)	≥1 /SEM (14)	AVANT (58)	APRÈS (48)	≥1/ MOIS (29)	≥1 /SEM (14)	AVANT (58)	APRÈS (48)	≥1 /MOIS (29)	≥1 /SEM (14)
% EFFECTIF INITIAL	100%	82,8%	50,0%	24,1%	100%	82,8%	50,0%	24,1%	100%	82,8%	50,0%	24,1%	100%	82,8%	50,0%	24,1%	100%	82,8%	50,0%	24,1%
VA	0	2	1	0	29	17	11	4	10	13	3	2	19	15	13	7	0	1	1	1
%	0,0%	4,2%	3,4%	0,0%	50,0%	35,4%	37,9%	28,6%	17,2%	27,1%	10,3%	14,3%	32,8%	31,3%	44,8%	50,0%	0,0%	2,1%	3,4%	7,1%
Variation1	/	4,2%	3,4%	0,0%	/	-14,6%	-12,1%	-21,4%	/	9,8%	-6,9%	-3,0%	/	-1,5%	12,1%	17,2%	/	2,1%	3,4%	7,1%
Variation2		/	-0,7%	-4,2%		/	2,5%	-6,8%		/	-16,7%	-12,8%		/	13,6%	18,8%		/	1,4%	5,1%

SATISFACTION GLOBALE DU SYSTÈME DE COORDINATION DE PROXIMITÉ (PARTIE) : RÉSULTATS GÉNÉRAUX ET STRATIFIÉS PAR PROFESSION										
	Réponse très négative (1)		Réponse négative (2)		Réponse neutre (3)		Réponse positive (4)		Réponse très positive (5)	
	AVANT (58)	APRÈS (48)	AVANT (58)	APRÈS (48)	AVANT (58)	APRÈS (48)	AVANT (58)	APRÈS (48)	AVANT (58)	APRÈS (48)
<b>Effectif total</b>										
VA	0	2	29	17	10	13	19	15	0	1
% ET	0,0%	4,2%	50,0%	35,4%	17,2%	27,1%	32,8%	31,3%	0,0%	2,1%
Variation	/	4,2%	/	-14,6%	/	9,8%	/	-1,5%	/	2,1%
<b>IDE</b>										
VA	0	1	10	8	5	2	5	7	0	1
% P	0,0%	5,3%	50,0%	42,1%	25,0%	10,5%	25,0%	36,8%	0,0%	5,3%
Variation	/	5,3%	/	-7,9%	/	-14,5%	/	11,8%	/	5,3%
<b>MKDE</b>										
VA	0	0	8	1	3	7	4	2	0	0
% P	0,0%	0,0%	53,3%	10,0%	20,0%	70,0%	26,7%	20,0%	0,0%	0,0%
Variation	/	0,0%	/	-43,3%	/	50,0%	/	-6,7%	/	0,0%
<b>MG</b>										
VA	0	1	6	4	1	4	6	2	0	0
% P	0,0%	9,1%	46,2%	36,4%	7,7%	36,4%	46,2%	18,2%	0,0%	0,0%
Variation	/	9,1%	/	-9,8%	/	28,7%	/	-28,0%	/	0,0%
<b>Pharmaciens</b>										
VA	0	0	4	1	1	0	2	4	0	0
% P	0,0%	0,0%	57,1%	20,0%	14,3%	0,0%	28,6%	80,0%	0,0%	0,0%
Variation	/	0,0%	/	-37,1%	/	-14,3%	/	51,4%	/	0,0%
<b>Biologistes médicaux</b>										
VA	0	0	1	2	0	0	1	0	0	0
% P	0,0%	0,0%	50,0%	100,0%	0,0%	0,0%	50,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Variation	/	0,0%	/	50,0%	/	0,0%	/	-50,0%	/	0,0%
<b>Pédicure-podologue</b>										
VA	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0
% P	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Variation	/	0,0%	/	100,0%	/	0,0%	/	-100,0%	/	0,0%

Annexe 34 : Satisfaction globale du système de coordination de proximité : moyenne générale et moyenne par profession (partie)

## Bibliographie

1. Ministère de la Santé et de la Prévention, Ministère des Solidarités, de l'Autonomie et des Personnes handicapées. Les réseaux de santé [Internet]. 2022 [cité 16 janv 2023]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/structures-de-soins/article/les-reseaux-de-sante>
2. Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie. Les points d'information locaux dédiés aux personnes âgées [Internet]. 2022 [cité 16 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/preserver-son-autonomie-s-informer-et-anticiper/a-qui-s-adresser/les-points-dinformation-locaux-dedies-aux-personnes-agees>
3. Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie. MAIA [Internet]. CNSA. 2015 [cité 16 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.cnsa.fr/outils-methodes-et-territoires/maia>
4. Ministère de la Santé et de la Prévention, Ministère des Solidarités, de l'Autonomie et des Personnes handicapées. Le dispositif Paerpa [Internet]. 2017 [cité 21 juill 2022]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/le-parcours-sante-des-aines-paerpa/article/le-dispositif-paerpa>
5. Ministère de la Santé et de la Prévention, Ministère des Solidarités, de l'Autonomie et des Personnes handicapées. Les outils de coordination [Internet]. 2014 [cité 16 janv 2023]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/le-parcours-sante-des-aines-paerpa/article/les-outils-de-coordination>
6. Ministère de la Santé et de la Prévention, Ministère des Solidarités, de l'Autonomie et des Personnes handicapées. Plateformes territoriales d'appui - PTA : Un soutien pour les professionnels dans l'organisation des parcours de santé complexes [Internet]. 2021 [cité 16 janv 2023]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/plateformes-territoriales-d-appui/pta>
7. Ministère de la Santé et de la Prévention, Ministère des Solidarités, de l'Autonomie et des Personnes handicapées. Les dispositifs d'appui à la coordination (DAC) [Internet]. 2022 [cité 16 janv 2023]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/structures-de-soins/les-dispositifs-d-appui-a-la-coordination-dac/>
8. GRASLAND C. INITIATION AUX METHODES STATISTIQUES EN SCIENCES SOCIALES [Internet]. 1998. Disponible sur: <http://grasland.script.univ-paris-diderot.fr/STAT98/STAT98.htm>
9. Paris V. Les performances comparées des systèmes de santé. Trib Santé. 2012;35(2):43-9.
10. Fullman N, Yearwood J, Abay SM, Abbafati C, Abd-Allah F, Abdela J, et al. Measuring performance on the Healthcare Access and Quality Index for 195 countries and territories and selected subnational locations: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2016. The Lancet. 2 juin 2018;391(10136):2236-71.
11. Jean-Jacques JÉGOU. L'informatisation dans le secteur de la santé : prendre enfin la mesure des enjeux [Internet]. SÉNAT; 2005 nov [cité 17 janv 2022]. Report No.: Rapport d'information n° 62 (2005-2006). Disponible sur: [https://www.senat.fr/rap/r05-062/r05-062\\_mono.html](https://www.senat.fr/rap/r05-062/r05-062_mono.html)
12. BLANCHARD P, ESLOUS L, YENI I, LOUIS P. Évaluation de la coordination d'appui aux soins [Internet]. Inspection générale des affaires sociales; 2014 déc p. 123. Report No.: 2014-010R. Disponible sur: [https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2014-010R\\_Evaluation\\_coordination\\_appui\\_soins.pdf](https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2014-010R_Evaluation_coordination_appui_soins.pdf)
13. Organisation mondiale de la Santé. Stratégie mondiale pour la santé numérique 2020-2025 [Internet]. 2021 [cité 16 janv 2023]. Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/344250/9789240027558-fre.pdf>
14. Organisation mondiale de la Santé, Organisation de coopération et de développement économiques, a Banque internationale pour la, reconstruction et le développement / La Banque mondiale. La qualité des services de santé : Un impératif mondial en vue de la couverture santé universelle [Internet]. 2019 [cité 16 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/62f287af-fr.pdf?expires=1674051584&id=id&accname=guest&checksum=6D1CCE2A0DC43DBD7C953E7F9626F29B>
15. LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (1) [Internet]. 2002-303 mars 4, 2002. Disponible sur:

<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000227015>

16. LOI n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique (1) [Internet]. 2004-806 août 9, 2004. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000787078>
17. LOI n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie (1) [Internet]. 2004-810 août 13, 2004. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000625158>
18. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires [Internet]. 2009-879 juill 21, 2009. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000020879475>
19. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (1) [Internet]. 2016-41 janv 26, 2016. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000031912641>
20. Ministère des Solidarités et de la Santé. Ma santé 2022 : un engagement collectif [Internet]. 2018 [cité 8 janv 2022]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/masante2022/>
21. Centre d'évaluation, de documentation et d'innovation pédagogique. Evaluation ex ante [Internet]. Centre Ministériel de Valorisation des Ressources Humaines. 2006 [cité 10 janv 2022]. Disponible sur: <http://www.cedip.developpement-durable.gouv.fr/evaluation-ex-ante-a141.html>
22. Fougère CL, Lascombes P. L'évaluation : un marronnier de l'action gouvernementale ? Rev Française Adm Publique. 2013;148(4):859-75.
23. LOI n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé (1). 2019-774 juill 24, 2019.
24. Direction générale de l'offre de soins. Améliorer la coordination des soins : comment faire évoluer les réseaux de santé ? [Internet]. 2012. Disponible sur: [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide\\_reseaux\\_de\\_sante.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_reseaux_de_sante.pdf)
25. Jaeger M. L'articulation du sanitaire et du social. Travail social et psychiatrie [Internet]. Dunod. Dunod; 2012 [cité 18 janv 2022]. 224 p. (Santé Social). Disponible sur: <http://www.cairn.info/l-articulation-du-sanitaire-et-du-social--9782100576579.htm>
26. Andre C, Berit-Debat P, Chauvet C, Cretin F, Faure N, Flageolet S, et al. Articulation entre les champs medico-sociaux et sanitaires : focus à partir d'un public cible [Internet]. Ecole des hautes études en santé publique; 2012. Disponible sur: [https://documentation.ehesp.fr/memoires/2012/mip/groupe\\_7.pdf](https://documentation.ehesp.fr/memoires/2012/mip/groupe_7.pdf)
27. Hélène Chaput (DREES), Martin Monziols (DREES), Lisa Fressard (ORS Provence-Alpes-Côte d'Azur), Pierre Verger (ORS Provence-Alpes-Côte d'Azur), Bruno Ventelou (AMSE), Anna Zaytseva (AMSE). Plus de 80 % des médecins généralistes libéraux de moins de 50 ans exercent en groupe. Dir Rech Études Léévaluation Stat [Internet]. mai 2019;(1114). Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-07/er1114.pdf>
28. Ministère des Solidarités et de la Santé. L'exercice coordonné [Internet]. 2021 [cité 17 janv 2022]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/se-former-s-installer-exercer/l-exercice-coordonne-entre-professionnels-de-sante/article/l-exercice-coordonne>
29. Agnès Vuillermet. La structuration en groupement d'exercice coordonné améliore-telle le ressenti face à l'accès aux soins ? Focus sur le pôle de santé de Vern-sur-Seiche [Internet] [Thèse d'exercice]. [Rennes, France]: UNIVERSITÉ DE RENNES 1; 2016. Disponible sur: <https://ged.univ-rennes1.fr/nuxeo/site/esupversions/ba181a4f-d8c5-4bd3-a827-8927d6cba57b?inline>
30. VANLERENBERGHE, JM. Améliorer la pertinence des soins : un enjeu majeur pour notre système de santé [Internet]. SÉNAT; 2017 juill [cité 15 mars 2022]. Report No.: 668. Disponible sur: [http://www.senat.fr/rap/r16-668/r16-668\\_mono.html](http://www.senat.fr/rap/r16-668/r16-668_mono.html)
31. Chaput H, Monziols M, Ventelou B, Zaytseva A, Fressard L, Verger P, et al. Plus de 8 médecins généralistes sur 10 s'organisent au quotidien pour prendre en charge les soins non programmés. Dir Rech Études Léévaluation Stat [Internet]. janv 2020 [cité 11 mars 2022];(1140). Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-08/er1138.pdf>
32. Benamu W. Évaluation de la part des soins non programmés qui pourraient relever d'une prise en charge ambulatoire assurée par le Service des Urgences de l'Hôpital de Brignoles (Centre-Var) et impact sur les perspectives d'offres alternatives libérales et ambulatoires pour leur prise en charge. [Internet]. [Marseille, France]: Aix-Marseille Université; 2020 [cité 11 mars 2022]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03028267>

33. Rapport « Assurer le premier accès aux soins » - Organiser les soins non programmés dans les territoires - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. [cité 11 mars 2022]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/rapports/sante/article/rapport-assurer-le-premier-acces-aux-soins-organiser-les-soins-non-programmes>
34. CLAERBOUDET L. Plus de 600.000 patients en ALD n'ont pas de médecin traitant [Internet]. egora.fr. 2021 [cité 14 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.egora.fr/actus-pro/sante-publique/70194-plus-de-600000-patients-en-ald-n-ont-pas-de-medecin-traitant>
35. Chaput H, Monziols M, Ventelou B, Zaytseva A, Chevillard G, Mousquès J, et al. Difficultés et adaptation des médecins généralistes face à l'offre de soins locale. *Dir Rech Études Lévaluation Stat* [Internet]. janv 2020 [cité 14 mars 2022];(1140). Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er1140.pdf>
36. Dubois-Roquette A. Motivations et motifs des patients consultant aux urgences du CHU de Lille sans contact médical au préalable [Internet] [Thèse d'exercice]. [Lille, France]: Université de Lille; 2018 [cité 15 mars 2022]. Disponible sur: [https://pepite-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th\\_Medecine/2018/2018LILUM343.pdf](https://pepite-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th_Medecine/2018/2018LILUM343.pdf)
37. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. L'enquête nationale sur les structures des urgences hospitalières [Internet]. 2014 [cité 15 mars 2022]. Disponible sur: [https://data.drees.solidarites-sante.gouv.fr/explore/dataset/507\\_l-enquete-nationale-sur-les-structures-des-urgences-hospitalieres/information/](https://data.drees.solidarites-sante.gouv.fr/explore/dataset/507_l-enquete-nationale-sur-les-structures-des-urgences-hospitalieres/information/)
38. Boisguérin B, Valdelièvre H. Urgences : la moitié des patients restent moins de deux heures, hormis ceux maintenus en observation. *Dir Rech Études Lévaluation Stat* [Internet]. juill 2014 [cité 15 mars 2022];(889). Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-08/er889.pdf>
39. Pernossi V. Lien ville-hôpital : le point de vue des médecins généralistes du bassin chambérien-aixoïse [Internet] [Thèse d'exercice]. [Grenoble, France]: UNIVERSITÉ GRENOBLE ALPES; 2018 [cité 20 mars 2022]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01762208>
40. Institut national de la statistique et des études économiques. Évolution de la population – Tableaux de l'économie française | Insee. 27 févr 2020 [cité 12 mars 2022]; Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4277615?sommaire=4318291>
41. Algava É, Blanpain N. 68,1 millions d'habitants en 2070 : une population un peu plus nombreuse qu'en 2021, mais plus âgée. *Inst Natl Stat Études Économiques* [Internet]. nov 2021 [cité 3 juill 2022];(1881). Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/5893969>
42. Deroyon T. En 2020, l'espérance de vie sans incapacité à 65 ans est de 12,1 ans pour les femmes et de 10,6 ans pour les hommes. *Dir Rech Études Lévaluation Stat* [Internet]. oct 2021 [cité 5 juill 2022];(1213). Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-10/ER1213.pdf>
43. Bouet P, Gerard-Varet JF. Atlas de la démographie médicale en France [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins; 2019 [cité 12 mars 2022]. Disponible sur: [https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse\\_etude/npcskp/demo\\_2019\\_atlas.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/npcskp/demo_2019_atlas.pdf)
44. Aulagnier M, Obadia Y, Paraponaris A, Saliba-Serre B, Ventelou B, Verger P, et al. L'exercice de la médecine générale libérale - Premiers résultats d'un panel dans cinq régions françaises. *Dir Rech Études Lévaluation Stat*. (610):Novembre 2007.
45. Chaput H, Monziols M, Fressard L, Verger P, Ventelou B, Zaytseva A. Deux tiers des médecins généralistes libéraux déclarent travailler au moins 50 heures par semaine. *Dir Rech Études Lévaluation Stat* [Internet]. mai 2019 [cité 12 mars 2022];(1113). Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er1113.pdf>
46. Chambonet JY, Barberis P, Peron V. How long are consultations in French general practice? *Eur J Gen Pract*. 1 janv 2000;6(3):88-92.
47. Letrilliant L, Supper I, Schuers M, Darmon D, Boulet P, Favre M, et al. ECOGEN : étude des Éléments de la Consultation en médecine GENérale. *EXERCER*. 2014;(114):148-57.
48. George T. Évaluation de la continuité de soins en médecine libérale à l'échelle nationale [Thèse d'exercice] [Internet] [Thèse d'exercice]. Aix-Marseille Université; 2018 [cité 11 mars 2022]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01971638>

49. Anguis M, Bergeat M, Pisarik J, Vergier N, Chaput H. Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutique ? - Constat et projections démographiques [Internet]. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques; 2021 mars [cité 14 mars 2022]. (Les dossiers de la DREES). Report No.: 76. Disponible sur: [https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-03/DD76\\_0.pdf](https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-03/DD76_0.pdf)
50. Bachelet M, Anguis M. Les médecins d'ici à 2040 : une population plus jeune, plus féminisée et plus souvent salariée. Dir Rech Études Lévaluation Stat [Internet]. mai 2017 [cité 14 mars 2022];(1011). Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-08/er1011.pdf>
51. Lohr KN, Brook RH, Kamberg C, Goldberg GA, Leibowitz A, Keesey J, et al. Use of Medical Care in the RAND Health Insurance Experiment: Diagnosis- and Service-specific Analyses in a Randomized Controlled Trial [Internet]. RAND Corporation; 1986 janv [cité 16 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.rand.org/pubs/reports/R3469.html>
52. Hopkins A, Fitzpatrick R, Foster A, Frater A, Grimley Evans J, Hennesy D, et al. What do we mean by appropriate health care? Report of a working group prepared for the Director of Research and Development of the NHS Management Executive. Qual Health Care QHC. juin 1993;2(2):117-23.
53. Organisation mondiale de la Santé. Qualité des soins [Internet]. [cité 16 mars 2022]. Disponible sur: [https://www.who.int/fr/health-topics/quality-of-care#tab=tab\\_1](https://www.who.int/fr/health-topics/quality-of-care#tab=tab_1)
54. Michel P, Grenier C. « Le bon soin, au bon moment, au bon endroit, au bon patient, au bon coût ». Rev Francaise Aff Soc. 1 déc 2019;(3):135-7.
55. Revue de pertinence des soins. Haute Aut Santé [Internet]. nov 2017 [cité 16 mars 2022]; Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-11/revue\\_de\\_pertinence\\_des\\_soins.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-11/revue_de_pertinence_des_soins.pdf)
56. Mars T. Étude de la non-délivrance médicamenteuse d'une ordonnance d'un médecin généraliste en officine, en Haute-Normandie [Internet] [Thèse d'exercice]. [Rouen, France]: FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE ROUEN; 2015 [cité 15 mars 2022]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01224880>
57. Donovan JL, Blake DR. Patient non-compliance: Deviance or reasoned decision-making? Soc Sci Med. 1 mars 1992;34(5):507-13.
58. Donovan JL. Patient Decision Making: The Missing Ingredient in Compliance Research. Int J Technol Assess Health Care. ed 1995;11(3):443-55.
59. Thinking Outside the Pillbox: A System-wide Approach to Improving Patient Medication Adherence for Chronic Disease. [Internet]. New England Healthcare Institute; 2009 août [cité 15 mars 2022]. (Research Brief: Improving Patient Medication Adherence for Chronic Disease). Disponible sur: [https://www.nehi-us.org/writable/publication\\_files/file/pa\\_issue\\_brief\\_final.pdf](https://www.nehi-us.org/writable/publication_files/file/pa_issue_brief_final.pdf)
60. Herouart G. Bilan de routine en médecine générale : quelles recommandations ? Enquête de pratique [Internet] [Thèse d'exercice]. [Nice, France]: UNIVERSITE NICE SOPHIA ANTIPOLIS; 2019 [cité 16 mars 2022]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02339880>
61. Labarthe G. Les consultations et visites des médecins généralistes - Un essai de typologie. Dir Rech Études Lévaluation Stat [Internet]. 2004 [cité 16 mars 2022];(315). Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er315.pdf>
62. Collart Dutilleul M. Pertinence de la prescription d'examens biologiques en médecine générale pour les patients de 18 à 45 ans asymptomatiques: revue de la littérature (bilan lipidique, glycémie et créatinine) [Internet] [Thèse d'exercice]. [France]: Université Bretagne Loire; 2017 [cité 16 mars 2022]. Disponible sur: <https://ecm.univ-rennes1.fr/nuxeo/site/esupversions/28101db9-ed05-4a63-aeae-2b44c4082e86>
63. Messari S. Pertinence de la prescription d'examens biologiques en médecine générale pour les patients de 18 à 45 ans asymptomatiques: revue de la littérature (hémogramme, CRP, vitesse de sédimentation) [Internet] [Thèse d'exercice]. [France]: Université Bretagne Loire; 2017 [cité 16 mars 2022]. Disponible sur: <https://ecm.univ-rennes1.fr/nuxeo/site/esupversions/17aff4ae-74dd-49fc-95a3-03cd51b93b62>
64. Muris DMJ, Molenaers M, Nguyen T, Bergmans PWMP, van Acker BAC, Krekels MME, et al. Effect of a price display intervention on laboratory test ordering behavior of general practitioners. BMC Fam Pract. 3 déc 2021;22(1):242.

65. Hascoet F. Connaissance et impact du prix des examens biologiques sur les prescriptions courantes en médecine générale [Internet]. Rouen, France: Université de Rouen Normandie; 2018 [cité 16 mars 2022]. Disponible sur: [http://www.sudoc.abes.fr/cbs/xslt//DB=2.1/SET=4/TTL=6/Adresse%20URL%20\(si%20l'acc%C3%A8s%20est%20r%C3%A9serv%C3%A9,%20cr%C3%A9er%20une%20E856\)](http://www.sudoc.abes.fr/cbs/xslt//DB=2.1/SET=4/TTL=6/Adresse%20URL%20(si%20l'acc%C3%A8s%20est%20r%C3%A9serv%C3%A9,%20cr%C3%A9er%20une%20E856))
66. Du Sartz de Vigneulles B. « Trois I » et « triptyque séquentiel » : complémentarité dans l'analyse d'une action publique émergente : exemple de la certification qualité des équipes de soins primaires [Internet]. Science politique Grenoble; 2017 [cité 15 mars 2022]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01785385>
67. Organisation de coopération et de développement économiques. Tackling Wasteful Spending on Health [Internet]. OCDE. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2017 [cité 15 mars 2022]. Disponible sur: [https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/tackling-wasteful-spending-on-health\\_9789264266414-en](https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/tackling-wasteful-spending-on-health_9789264266414-en)
68. Delaune J, Everett W. Waste and Inefficiency in the U.S. Health Care System. Clinical Care: A Comprehensive Analysis in Support of System-wide Improvements - PDF Free Download [Internet]. New England Healthcare Institute. Cambridge; 2008 [cité 15 mars 2022]. 59 p. Disponible sur: [https://www.nehi-us.org/writable/publication\\_files/file/waste\\_clinical\\_care\\_report\\_final.pdf](https://www.nehi-us.org/writable/publication_files/file/waste_clinical_care_report_final.pdf)
69. Broyard, Anne, Bruneau, Charles, Loulière, Bertrice, Roudaut, Myriam, Dell'ova M, Alquier, Isabelle, et al. Initiative des HIGH 5s Medication Reconciliation [Internet]. Haute Autorité de Santé; 2015 sept. Disponible sur: [www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-11/rapport\\_dexperimentation\\_sur\\_la\\_mise\\_en\\_oeuvre\\_conciliation\\_des\\_traitements\\_medicamenteux\\_par\\_9\\_es.pdf](http://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-11/rapport_dexperimentation_sur_la_mise_en_oeuvre_conciliation_des_traitements_medicamenteux_par_9_es.pdf)
70. Haute Autorité de Santé. Mettre en œuvre la conciliation des traitements médicamenteux en établissement de santé : Sécuriser la prise en charge médicamenteuse du patient lors de son parcours de soins [Internet]. 2018 [cité 18 mars 2022]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-01/dir1/guide\\_conciliation\\_des\\_traitements\\_medicamenteux\\_en\\_etablissement\\_de\\_sante.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-01/dir1/guide_conciliation_des_traitements_medicamenteux_en_etablissement_de_sante.pdf)
71. Allenet B, Develay A, Doerper S, Gravoulet J, Piney D, Pourrat X, et al. SFPC Mémo Conciliation des traitements médicamenteux. Société Fr Pharm Clin. déc 2015;16.
72. Haute Autorité de Santé. Certification des établissements de santé pour la qualité des soins [Internet]. 2020 [cité 19 mars 2022]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-11/manuel\\_certification\\_es\\_qualite\\_soins.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-11/manuel_certification_es_qualite_soins.pdf)
73. Farhat W. Conciliation médicamenteuse à l'admission aux urgences. Mise en place et premiers résultats à l'Hôpital d'Instruction des Armées Laveran [Internet] [Thèse d'exercice]. [Marseille, France]: Aix-Marseille Université; 2021 [cité 18 mars 2022]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03218914>
74. Brulebois A. Analyse des écarts de prescriptions médicamenteuses entre domicile, admission et sortie d'hospitalisation au Centre Hospitalier de Voiron : vers la conciliation des traitements médicamenteux [Internet] [Thèse d'exercice]. [Grenoble, France]: UNIVERSITÉ JOSEPH FOURIER; 2010 [cité 19 mars 2022]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00592376>
75. Seurot P. Accompagnement de la première expérience de la conciliation de sortie au CHU de Rouen [Internet] [Thèse d'exercice]. [Rouen, France]: UNIVERSITÉ DE ROUEN; 2018 [cité 18 mars 2022]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01927739>
76. Bouvier J. La conciliation médicamenteuse : perception du pharmacien d'officine en France et au Québec [Internet] [Thèse d'exercice]. [Bordeaux, France]: Université de Bordeaux; 2020 [cité 19 mars 2022]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03077695>
77. Farbos F. Optimisation thérapeutique dans un service de post-urgence gériatrique : suivi des recommandations hospitalières par le médecin généraliste [Internet] [Thèse d'exercice]. [Bordeaux, France]: UNIVERSITÉ BORDEAUX II VICTOR SEGALEN; 2014 [cité 20 mars 2022]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01107392>
78. Coutellier, Martin. Impact d'une hospitalisation dans un service de médecine sur les traitements prescrits au long cours en médecine générale. [Internet] [Thèse d'exercice]. [Paris, France]: UNIVERSITÉ PARIS DIDEROT - PARIS 7; 2012 [cité 20 mars 2022]. Disponible sur: [http://www.bichat-larib.com/publications/publications.dmg.php?phase=affichage\\_documents&numero\\_publication=720](http://www.bichat-larib.com/publications/publications.dmg.php?phase=affichage_documents&numero_publication=720)
79. Albert-Perl A. Paragraphe sur les modifications thérapeutiques dans les comptes rendus d'hospitalisation : intérêt dans la pratique quotidienne en médecine de ville [Internet] [Thèse d'exercice].

- [Paris, France]: UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES; 2016 [cité 20 mars 2022]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01505499>
80. Mudge AM, Shakhovskoy R, Karrasch A. Quality of transitions in older medical patients with frequent readmissions: opportunities for improvement. *Eur J Intern Med.* déc 2013;24(8):779-83.
81. Tomlinson J, Cheong VL, Fylan B, Silcock J, Smith H, Karban K, et al. Successful care transitions for older people: a systematic review and meta-analysis of the effects of interventions that support medication continuity. *Age Ageing.* 1 juill 2020;49(4):558-69.
82. Dubuisson M. Intérêt de l'utilisation d'une messagerie sécurisée (MonSisra) pour le partage d'informations sur la prise en charge médicamenteuse des patients aux points de transition de leur parcours de soins [Internet] [Thèse d'exercice]. [Grenoble, France]: UNIVERSITÉ GRENOBLE ALPES; 2018 [cité 19 mars 2022]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01957786>
83. Mendjel A. Processus de conciliation médicamenteuse optimisé de l'entrée à la sortie du patient dans un service de médecine: impact sur la qualité de la prise en charge et sur l'observance médicamenteuse [Internet] [Thèse d'exercice]. [Marseille, France]: Aix-Marseille Université; 2018 [cité 20 mars 2022]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01767281>
84. Ravn-Nielsen LV, Duckert ML, Lund ML, Henriksen JP, Nielsen ML, Eriksen CS, et al. Effect of an In-Hospital Multifaceted Clinical Pharmacist Intervention on the Risk of Readmission. *JAMA Intern Med.* mars 2018;178(3):375-82.
85. Chapitre Ier : Dispositions générales (Articles L1161-1 à L1161-6) [Internet]. Code de la santé publique juill 23, 2009. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGISCTA000020892071/>
86. Arrêté du 24 juin 2016 portant approbation des avenants 8 et 9 à la convention nationale du 4 mai 2012, organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie [Internet]. juin 24, 2016. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000032788512>
87. Aldebert A. Le rôle du pharmacien d'officine dans la conciliation médicamenteuse: état des lieux dans les Bouches du Rhône [Internet] [Thèse d'exercice]. [Marseille, France]: Aix-Marseille Université; 2018 [cité 20 mars 2022]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01824268>
88. Delighazarian C. Le pharmacien d'officine: un professionnel de santé indispensable à la réalisation de la conciliation des traitements médicamenteux chez le patient hospitalisé en psychiatrie [Internet] [Thèse d'exercice]. [Marseille, France]: Aix-Marseille Université; 2021 [cité 20 mars 2022]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03406079>
89. Jacquot A. Les transferts aux urgences des patients venant d'EHPAD: étude descriptive durant trois mois aux urgences du centre hospitalier universitaire de Saint-André à Bordeaux [Internet] [Thèse d'exercice]. [Bordeaux, France]: Université de Bordeaux; 2017 [cité 22 mars 2022]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01679123>
90. Kirkland SW, Garrido Clua M, Kruhlak M, Villa-Roel C, Couperthwaite S, Yang EH, et al. Comparison of characteristics and management of emergency department presentations between patients with met and unmet palliative care needs. *PLoS ONE.* 27 sept 2021;16(9):e0257501.
91. Haute Autorité de Santé, Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Dossier de liaison d'urgence (DLU) [Internet]. 2015 [cité 22 mars 2022]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-07/guide\\_utilisation\\_dlu.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-07/guide_utilisation_dlu.pdf)
92. Nicolas-Nelson D. Évaluation de la qualité des lettres de liaison de sortie du service de médecine physique et réadaptation du CHU de Martinique par les généralistes correspondants communication ville-hôpital [Internet] [Thèse d'exercice]. [Guadeloupe, France]: UNIVERSITÉ DES ANTILLES; 2020 [cité 20 mars 2022]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03176653>
93. Nédélec L. Évaluation et analyse de la ré-hospitalisation précoce des patients de plus de 65 ans dans un centre hospitalier de proximité: étude observationnelle rétrospective au centre hospitalier d'Oloron-Sainte-Marie du 1er octobre 2013 au 30 septembre 2014 [Internet] [Thèse d'exercice]. [Bordeaux, France]: Université de Bordeaux; 2015 [cité 21 mars 2022]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01187423>
94. van Walraven C, Jennings A, Forster AJ. A meta-analysis of hospital 30-day avoidable readmission rates. *J Eval Clin Pract.* déc 2012;18(6):1211-8.
95. Silighini C. Réhospitalisation à trente jours et consultation précoce chez le médecin traitant:



étude épidémiologique descriptive monocentrique [Internet] [Thèse d'exercice]. [Montpellier, France]: Université Montpellier; 2020 [cité 31 mars 2022]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03137697>

96. Shen E, Koyama SY, Huynh DN, Watson HL, Mittman B, Kanter MH, et al. Association of a Dedicated Post-Hospital Discharge Follow-up Visit and 30-Day Readmission Risk in a Medicare Advantage Population. *JAMA Intern Med.* 1 janv 2017;177(1):132-5.

97. Graham KL, Wilker EH, Howell MD, Davis RB, Marcantonio ER. Differences Between Early and Late Readmissions Among Medical Patients, A Cohort Study. *Ann Intern Med.* 2 juin 2015;162(11):741-9.

98. Graf CE, Zekry D, Giannelli S, Michel JP, Chevalley T. Efficiency and applicability of comprehensive geriatric assessment in the emergency department: a systematic review. *Aging Clin Exp Res.* août 2011;23(4):244-54.

99. Haute Autorité de Santé, Collège National Professionnel de Gériatrie, Société Française de Gériatrie et Gérontologie, Fédération Française des Maisons et Pôles de Santé. Comment réduire les réhospitalisations évitables des personnes âgées ? [Internet]. 2013 [cité 31 mars 2022]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-06/fiche\\_parcours\\_rehospitalisations\\_evitables\\_vf.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-06/fiche_parcours_rehospitalisations_evitables_vf.pdf)

100. Leguludec D, Cereti AM, Lyon-Caen O, Carricaburu J, Fouard A, Motyka G, et al. Inscrire la qualité et la pertinence au cœur des organisations et des pratiques [Internet]. 2018 oct [cité 23 juin 2022]. (Chantier Qualité et Pertinence – Consultations Stratégie de transformation du système de santé). Disponible sur: [https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/masante2022\\_rapport\\_pertinence-2.pdf](https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/masante2022_rapport_pertinence-2.pdf)

101. Causes de décès selon le sexe [Internet]. Institut national de la statistique et des études économiques. 2021 [cité 30 juin 2022]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2385258#tableau-figure1>

102. Thomas É. Prise en charge coordonnée de la complexité en soins primaires et qualité de vie perçue : évaluation quantitative du protocole proposée par l'équipe pluriprofessionnelle SENS au sein d'une maison de santé pluriprofessionnelle (MSP) à La Réunion [Internet] [Thèse d'exercice]. [Mayotte, France]: UNIVERSITÉ DE LA REUNION; 2019 [cité 30 juin 2022]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02406079>

103. Lesieur É. Difficultés et besoins des médecins généralistes de la Somme dans la coordination des parcours de soins complexes [Internet] [Thèse d'exercice]. [Amiens, France]: UNIVERSITÉ DE PICARDIE JULES VERNE; 2020 [cité 4 juill 2022]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02868012>

104. Schulz X. Ressenti des acteurs du parcours de santé concernant les situations complexes [Internet] [Thèse d'exercice]. [Lille, France]: Université de Lille; 2019 [cité 5 juill 2022]. Disponible sur: [https://pepite-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th\\_Medecine/2019/2019LILUM251.pdf](https://pepite-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th_Medecine/2019/2019LILUM251.pdf)

105. Bouin J. Identification des difficultés et des besoins des médecins généralistes du Pays de Rennes en matière de coordination de parcours de soins complexes [Internet] [Thèse d'exercice]. [Rennes, France]: Université Bretagne Loire; 2017 [cité 5 juill 2022]. Disponible sur: <https://ged.univ-rennes1.fr/nuxeo/site/esupversions/27a2b557-7f62-4079-af4a-b8e509aeafcf>

106. Vangaeveren J. Coordination parcours de santé: situations complexes rencontrées [Internet]. Lille, France: Université de Lille; 2019. Disponible sur: [https://pepite-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th\\_Medecine/2019/2019LILUM252.pdf](https://pepite-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th_Medecine/2019/2019LILUM252.pdf)

107. Lemardeley R, Durieux T. Santé et innovation : Kaiser Permanente, un colosse du SI santé aux pieds d'argile ? [Internet]. BearingPoint. 2015 [cité 8 févr 2023]. Disponible sur: <https://www.bearingpoint.com/fr-fr/publications-evenements/blogs/secteur-public/sante-et-innovation-kaiser-permanente-un-colosse-du-si-sante-aux-pieds-dargile/>

108. Tack C, Feillet T. Plateforme territoriale d'appui du Sud-Manche : problématiques de mise en place et étude observationnelle des cas complexes pris en charge [Internet] [Thèse d'exercice]. [Caen, France]: UNIVERSITÉ de CAEN - NORMANDIE; 2018 [cité 6 juill 2022]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02102157>

109. Ministère de la Santé et de la Prévention, Ministère des Solidarités, de l'Autonomie et des Personnes handicapées. Tout comprendre des dispositifs d'appui à la coordination [Internet]. Ministère de la Santé et de la Prévention. 2022 [cité 18 janv 2023]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/structures-de-soins/les-dispositifs-d-appui-a-la->

coordination-dac/article/tout-comprendre-des-dispositifs-d-appui-a-la-coordination

110. Ministère des solidarités et de la santé, Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie. Dispositif d'appui à la coordination. Boîte à outils. [Internet]. 2021. Disponible sur: [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dac\\_bo\\_vf2.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dac_bo_vf2.pdf)

111. Rougeole : définition, fréquence et contagion [Internet]. Assurance Maladie. 2022 [cité 6 juill 2022]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/bas-rhin/assure/sante/themes/rougeole/definition-modes-transmission>

112. Citations Prévention [Internet]. Citation Célèbre. [cité 6 juill 2022]. Disponible sur: <https://citation-celebre.leparisien.fr/citation/prevention>

113. Borne E. Déclaration de politique générale de la Première ministre, conformément à l'article 50-1 de la Constitution, devant l'Assemblée nationale le 6 juillet 2022 [Internet]. Vie-publique. 2022 [cité 6 juill 2022]. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/discours/285603-declaration-de-politique-generale-d-elisabeth-borne-06072022>

114. Prévention [Internet]. Haute Autorité de Santé. 2006 [cité 6 juill 2022]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_410178/fr/prevention](https://www.has-sante.fr/jcms/c_410178/fr/prevention)

115. LA POLITIQUE DE PRÉVENTION EN SANTÉ : Les enseignements tirés de l'analyse de trois grandes pathologies [Internet]. Cours des comptes; 2021 nov [cité 7 juill 2022]. Disponible sur: <https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2021-12/20211201-politique-prevention-en-sante.pdf>

116. Battaglia M. Les médecins libéraux maintiennent la pression sur le gouvernement. Le Monde.fr [Internet]. 22 déc 2022 [cité 23 déc 2022]; Disponible sur: [https://www.lemonde.fr/societe/article/2022/12/22/les-medecins-liberaux-maintiennent-la-pression-sur-le-gouvernement\\_6155404\\_3224.html](https://www.lemonde.fr/societe/article/2022/12/22/les-medecins-liberaux-maintiennent-la-pression-sur-le-gouvernement_6155404_3224.html)

117. Bataille X. Médecins pour demain abat ses cartes et donne le ton pour 2023. Journal International de Médecine [Internet]. 22 déc 2022 [cité 23 déc 2022]; Disponible sur: [https://www.jim.fr/e-docs/medecins\\_pour\\_demain\\_abat\\_ses\\_cartes\\_et\\_donne\\_le\\_ton\\_pour\\_2023\\_195392/document\\_actu\\_pro.phtml](https://www.jim.fr/e-docs/medecins_pour_demain_abat_ses_cartes_et_donne_le_ton_pour_2023_195392/document_actu_pro.phtml)

118. Déserts médicaux: les médecins salariés sont-ils la solution? [Internet]. LEFIGARO. 2019 [cité 23 déc 2022]. Disponible sur: <https://www.lefigaro.fr/conjoncture/2019/03/26/20002-20190326ARTFIG00051-deserts-medicaux-les-medecins-salaries-sont-ils-la-solution.php>

119. Presentation Initiative Equilibres [Internet]. Article51-Équilibre. [cité 21 juill 2022]. Disponible sur: <https://www.article51-equilibres.org/>

120. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, Ministère des Solidarités et de la Santé, Ministère du travail, Ministère de l'action et des comptes publics. En 2017, des Français moins inquiets et davantage demandeurs d'intervention publique [Internet]. 2018. Disponible sur: [https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-01/synthese2018\\_barometre\\_drees.pdf](https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-01/synthese2018_barometre_drees.pdf)

121. Carrère A. Prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées : une analyse des déterminants de l'institutionnalisation ou du maintien à domicile [Internet] [phdthesis]. Université Paris sciences et lettres; 2020 [cité 16 juill 2022]. Disponible sur: <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-03252455>

122. Larbi K, Roy D. 4 millions de seniors seraient en perte d'autonomie en 2050. Insee Prem [Internet]. juill 2019 [cité 12 juill 2022];(1767). Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4196949>

123. Ministère de la Santé et de la Prévention. Personnes âgées : les chiffres clés [Internet]. 2021 [cité 13 juill 2022]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/archives/loi-relative-a-l-adaptation-de-la-societe-au-vieillessement/article/personnes-agees-les-chiffres-cles>

124. Institut national de la statistique et des études économiques, Statistique publique. Seniors – France, portrait social | Insee [Internet]. France, portrait social; 2019 [cité 12 juill 2022]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4238381?sommaire=4238781>

125. Miron de l'Espinay A, Roy D. Perte d'autonomie : à pratiques inchangées, 108 000 seniors de plus seraient attendus en Ehpad d'ici à 2030. Projections de population âgée en perte d'autonomie selon le modèle Lieux de vie et autonomie (LIVIA). Dir Rech Études Léévaluation Stat [Internet]. déc 2020 [cité 14 juill 2022];(1172). Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-12/er1172.pdf>

126. Les services de soins à domicile [Internet]. Cours des comptes; 2021 déc [cité 16 juill 2022].

- Disponible sur: [https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2022-01/20220124-services-soins-domicile\\_0.pdf](https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2022-01/20220124-services-soins-domicile_0.pdf)
127. El Khomri M. Rapport El Khomri : plan de mobilisation nationale en faveur de l'attractivité des métiers du grand-âge 2020-2024 [Internet]. 2019 oct [cité 20 juill 2022]. (Grand âge et autonomie). Disponible sur: [https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport\\_el\\_khomri\\_-\\_plan\\_metiers\\_du\\_grand\\_age.pdf](https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_el_khomri_-_plan_metiers_du_grand_age.pdf)
128. Curtet S. Evaluation des difficultés à la mise en place des aides humaines au domicile de la personne âgée dépendante, au sortir d'une hospitalisation en soins de suite et de réadaptation [Internet]. Créteil, France: UNIVERSITÉ PARIS EST CRETEIL; 2017 [cité 22 juill 2022]. Disponible sur: [https://athena.u-pec.fr/discovery/search?query=any,exact,997670030004611&sortby=date\\_d&vid=33BUCRET\\_INST:upec&facet=fbrgroupid,include,9059261008208876684&offset=0](https://athena.u-pec.fr/discovery/search?query=any,exact,997670030004611&sortby=date_d&vid=33BUCRET_INST:upec&facet=fbrgroupid,include,9059261008208876684&offset=0)
129. Géray A. Maintien à domicile des personnes âgées dépendantes [Internet] [Thèse d'exercice]. [Angers, France]: Université d'Angers; 2021 [cité 21 juill 2022]. Disponible sur: <https://dune.univ-angers.fr/fichiers/20112484/2021MCEM13796/fichier/13796F.pdf>
130. Tekaya É. Analyse des contraintes et des apports de la visite à domicile dans la prise en soins des patients à travers l'expérience vécue de médecins généralistes [Internet] [Thèse d'exercice]. [Montpellier, France]: UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER; 2019 [cité 22 juill 2022]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02733366>
131. Opinionway, UNA, MACIF aéma groupe, Aésio mutuelle, Chorum groupe vyv. Observatoire OpinionWay pour UNA Cette 3ème édition révèle une dégradation toujours plus importante de la situation des services d'aide, d'accompagnement et de soins à domicile, aggravée par la crise sanitaire de la Covid-19 [Internet]. 2021. Disponible sur: <https://www.opinion-way.com/fr/mediatheque/presse/cp-una-sondage-opinionway-mai-2021/viewdocument/2570.html>
132. Buchman P, Erb J. Place et ressenti du médecin généraliste dans la mise en place des aides pour le maintien à domicile des personnes âgées en Savoie et Haute-Savoie [Internet] [Thèse d'exercice]. [Grenoble, France]: Université Grenoble Alpes; 2019 [cité 25 juill 2022]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02379661/document>
133. Stingic V. Patients hospitalisés en court séjour gériatrique au centre pour personnes âgées (CPA) de Colmar pour maintien à domicile difficile: description des caractéristiques médico-psycho-sociales. Étude prospective observationnelle descriptive menée sur trois mois (février à mai 2016) [Internet] [Thèse d'exercice]. [Strasbourg, France]: Université de Strasbourg; 2019 [cité 25 juill 2022]. Disponible sur: [https://publication-theses.unistra.fr/public/theses\\_exercice/MED/2019/2019\\_STINGIC\\_Valerie.pdf](https://publication-theses.unistra.fr/public/theses_exercice/MED/2019/2019_STINGIC_Valerie.pdf)
134. Mariage J 1992. Parcours de soins de fin de vie des patients suivis par l'équipe mobile de soins palliatifs au domicile et décédés pendant l'année 2018 sur le territoire du Béarn et de la Soule: étude longitudinale sur une cohorte historique dans le territoire du Béarn et de la Soule du 1er janvier 2018 au 31 décembre 2018 [Internet] [Thèse d'exercice]. [Bordeaux, France]: Université de Bordeaux; 2021 [cité 24 juill 2022]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03212658>
135. Hassini M el A. Maintien à domicile difficile: Impact de la fermeture d'un service de Gériatrie [Internet] [Thèse d'exercice]. [Poitiers, France]: Université de Poitiers; 2021 [cité 22 juill 2022]. Disponible sur: <http://nuxeo.edel.univ-poitiers.fr/nuxeo/site/esupversions/4a762900-4a32-44e3-8b1c-4d8f6d474c6b>
136. Limiter la perte d'autonomie des personnes âgées hospitalisées [Internet]. Haute Autorité de Santé. 2017 [cité 22 juill 2022]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2801383/fr/limiter-la-perte-d-autonomie-des-personnes-agees-hospitalisees](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2801383/fr/limiter-la-perte-d-autonomie-des-personnes-agees-hospitalisees)
137. Méan M, Büla C, Waeber G. Alitement en milieu hospitalier la mobilisation peut-elle préserver la personne âgée hospitalisée du déclin fonctionnel?: Rev Med Suisse [Internet]. 25 janv 2017 [cité 22 juill 2022];(547). Disponible sur: <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2017/revue-medicale-suisse-547/alitement-en-milieu-hospitalier-la-mobilisation-peut-elle-preserver-la-personne-agee-hospitalisee-du-declin-fonctionnel>
138. Skurnik-Hadjedj L, Cabane J, Servadio A. Le défi du maintien à domicile des personnes âgées L'AGEP, réseau pilote de gériatrie d'Île-de-France. John Libbey Eurotext. mars 2015;11(3):128-32.
139. Caltabellotta E. Motif d'hospitalisation « maintien à domicile impossible » et facteurs associés au retour à domicile à deux mois des patients hospitalisés en service de gériatrie aiguë: étude retrospective au centre pour personnes âgées de Colmar [Internet] [Thèse d'exercice]. [Strasbourg, France]: Université de Strasbourg; 2021 [cité 15 juill 2022]. Disponible sur: <https://publication->

theses.unistra.fr/restreint/theses\_exercice/MED/2020/2020\_CALTABELLOTTA\_Edouard.pdf

140. Le maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie : Une organisation à améliorer, des aides à mieux cibler [Internet]. Cours des comptes; 2016 juill [cité 19 juill 2022]. Disponible sur: <https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/EzPublish/20160712-maintien-domicile-personnes-agees.pdf>

141. Article L1111-4 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. Code de la santé publique juin 22, 2000. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000041721056/](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000041721056/)

142. Lellouche A. Aides au domicile : évaluation des connaissances et représentations chez les personnes âgées autonomes [Internet] [Thèse d'exercice]. [Marseille, France]: Aix-Marseille Université; 2018 [cité 24 juill 2022]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02090781>

143. Données de cadrage : Démographie et activité des professions de santé : Les visites - IRDES [Internet]. [cité 22 juill 2022]. Disponible sur: <https://www.irdes.fr/EspaceEnseignement/ChiffresGraphiques/Cadrage/DemographieProfSante/Visites.htm>

144. Le Maner A. Le dossier médical libéral et la visite à domicile: quelles sont les problématiques persistantes pour le médecin généraliste ? [Internet] [Thèse d'exercice]. [Nancy, France]: Université de Lorraine; 2018 [cité 26 juill 2022]. Disponible sur: [http://docnum.univ-lorraine.fr/public/BUMED\\_T\\_2018\\_LE\\_MANER\\_AMANDINE.pdf](http://docnum.univ-lorraine.fr/public/BUMED_T_2018_LE_MANER_AMANDINE.pdf)

145. Activité des médecins libéraux par département en 2016 [Internet]. Assurance Maladie. 2017 [cité 25 juill 2022]. Disponible sur: <https://assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/activite-medecins-liberaux-departement-2016>

146. Activité des médecins libéraux par département en 2020 [Internet]. Assurance Maladie. 2021 [cité 25 juill 2022]. Disponible sur: <https://assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/activite-medecins-liberaux-departement-2020>

147. Nguyen S. La visite à domicile est-elle toujours pertinente?: étude qualitative auprès de médecins généralistes installés dans la Nièvre et en Saône et Loire [Internet]. Dijon, France: Université de Bourgogne; 2021 [cité 25 juill 2022]. Disponible sur: <https://nuxeo.u-bourgogne.fr/nuxeo/site/esupversions/af6286d7-de38-488a-8ea1-a54b81239cdf>

148. Arrêté du 28 juin 2002 portant approbation d'un avenant à la convention nationale des médecins généralistes [Internet]. juin 28, 2002. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000591500>

149. Arrêté du 26 août 2002 portant approbation d'un accord national de bon usage des soins.

150. Buisson G, De La Rosa G. Parents d'enfant handicapé : davantage de familles monoparentales, une situation moins favorable sur le marché du travail et des niveaux de vie plus faibles. Dir Rech Études Léévaluation Stat [Internet]. nov 2020 [cité 18 juill 2022];(1169). Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/parents-denfant-handicape-davantage-de-familles-monoparentales-une>

151. Informations médico-sociales : Recueil national de données en ESMS [Internet]. Agence technique de l'information sur l'hospitalisation. [cité 20 juill 2022]. Disponible sur: <https://www.atih.sante.fr/information-sur-les-couts/recueil-national-de-donnees-en-esms>

152. Analyse des bilans sociaux des établissements publics de santé en 2019 [Internet]. Agence technique de l'information sur l'hospitalisation; 2019 [cité 20 juill 2022]. Disponible sur: [https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/4154/rapport\\_bilan\\_social\\_2019.pdf](https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/4154/rapport_bilan_social_2019.pdf)

153. Institut français d'opinion publique (IFOP). Observatoire de l'absentéisme [Internet]. 2022 mars. Disponible sur: [https://www.ifop.com/wp-content/uploads/2022/03/syntheseobservatoireabsenteisme\\_2022.pdf](https://www.ifop.com/wp-content/uploads/2022/03/syntheseobservatoireabsenteisme_2022.pdf)

154. Arrêté du 21 juin 2021 relatif à l'agrément de certains accords de travail applicables dans les établissements et services du secteur social et médico-social privé à but non lucratif [Internet]. Code de l'action sociale et des familles juin 21, 2021. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000043742177#:~:text=dol%2C%20majeurs%20prot%20C3%A9g%20C3%A9s-,Arr%20du%2021%20juin%202021%20relatif%20C3%A0%20l'agr%20C3%A9me%20nt%20de,priv%20C3%A9%20C3%A0%20but%20non%20lucratif&text=Recherche%20simple%20dans%20le%20code%20Rechercher%20dans%20le%20texte...&text=Le%20pr%20C3%A9sent%20arr%20C3%AA%20C3%A9%20sera%20publi%20C3%A9%20au%20Journal%20officiel%20de%20la%20R%20C3%A9>

publique%20fran%C3%A7aise.

155. Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Repérage des risques de perte d'autonomie ou de son aggravation pour les personnes âgées - Volet domicile [Internet]. 2016 [cité 25 juill 2022]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/anesm-rbpps\\_reperage\\_des\\_risques\\_personnes\\_agees\\_a5-bat\\_-\\_pdf\\_interactif.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/anesm-rbpps_reperage_des_risques_personnes_agees_a5-bat_-_pdf_interactif.pdf)

156. Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Le soutien des aidants non professionnels. Une recommandation à destination des professionnels du secteur social et médico-social pour soutenir les aidants de personnes âgées, adultes handicapées ou souffrant de maladie chronique vivant à domicile [Internet]. 2014 [cité 22 juill 2022]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/ane-trans-rbpps-soutien\\_aidants-interactif.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/ane-trans-rbpps-soutien_aidants-interactif.pdf)

157. LOI n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement (1) [Internet]. Code de l'action sociale et des familles déc 28, 2015. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000031700731>

158. Réseau Anact-Aract, Direction générale de la cohésion sociale. GUIDE PRATIQUE : Démarche qualité de vie au travail dans les établissements médico-sociaux [Internet]. 2021 [cité 22 juill 2022]. Disponible sur: [https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/gqvt\\_interactif.pdf](https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/gqvt_interactif.pdf)

159. CRISTOFALO P, DARIEL OPD, DURAND V. Le modèle de soins à domicile aux Pays-Bas « Buurtzorg » Emergence et adaptation du modèle en France - EHESP [Internet]. 2018 nov; Tarbes. Disponible sur: <http://www.congres-interregional-fhf.com/uploads/buurtzorg.pdf>

160. Cristofalo P, Dariel O. Travail en équipe et autonomie collective : une expérience dans les soins infirmiers à domicile. Santé Publique. 22 nov 2021;33(4):527.

161. Ramay V. Étude qualitative sur l'intérêt des objets connectés de santé pour le maintien à domicile du sujet âgé : point de vue du médecin généraliste [Internet] [Thèse d'exercice]. [Montpellier, France]: UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER; 2018 [cité 22 juill 2022]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03238412>

162. Bouron G. Possibilité d'utilisation des objets connectés pour le maintien à domicile: une étude au sein de la filière gérontologique de Monaco [Internet] [Thèse d'exercice]. [Nice, France]: Université Côte d'Azur; 2021 [cité 26 juill 2022]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03343682>

163. Georgi N. Acquisition, structuration et transmission de données de santé issues d'objets connectés pour une solution de télésuivi dans le contexte du maintien à domicile [Internet] [phdthesis]. [Rennes, France]: Université Rennes 1; 2018 [cité 25 juill 2022]. Disponible sur: <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-03084256>

164. Commission des affaires sociales de l'Assemblée Nationale. En conclusion des travaux de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale sur le dossier médical partagé et les données de santé [Internet]. Assemblée Nationale; 2020 juill. Report No.: 3231. Disponible sur: [https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/docs/RINFANR5L15B3231.raw#\\_Toc256000017](https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/docs/RINFANR5L15B3231.raw#_Toc256000017)

165. Ministère des solidarités et de la santé. Doctrine du numérique en santé - Version 2021 [Internet]. 2022. Disponible sur: [https://esante.gouv.fr/sites/default/files/media\\_entity/documents/Doctrine\\_du\\_numerique\\_en%20sante%CC%81\\_Version%202021\\_Fe%CC%81vri%2022\\_VF.pdf](https://esante.gouv.fr/sites/default/files/media_entity/documents/Doctrine_du_numerique_en%20sante%CC%81_Version%202021_Fe%CC%81vri%2022_VF.pdf)

166. Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux. Le numérique en santé - Usage du numérique dans le secteur médico-social - 1er état des lieux national [Internet]. [cité 26 juill 2022]. Disponible sur: <https://ressources.anap.fr/numerique/publication/2379-etat-des-lieux-du-si-dans-le-secteur-medico-social-tableau-de-bord-medico-social>

167. Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux. Tableau de bord de la performance dans le secteur médico-social - Premiers enseignements [Internet]. 2018 [cité 26 juill 2022]. Disponible sur: <https://ressources.anap.fr/pilotage/publication/2586>

168. LOI n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale [Internet]. Code de l'action sociale et des familles janv 2, 2002. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000215460>

169. Ministère des Solidarités et de la Santé. Feuille de route « Accélérer le virage numérique en santé » [Internet]. 2019 [cité 30 juill 2022]. Disponible sur:

- [https://esante.gouv.fr/sites/default/files/media\\_entity/documents/Dossier\\_virage\\_numerique\\_masante2022.pdf](https://esante.gouv.fr/sites/default/files/media_entity/documents/Dossier_virage_numerique_masante2022.pdf)
170. Agence du numérique en Santé. Présentation SMT [Internet]. 2021 avr 1. Disponible sur: [https://esante.gouv.fr/sites/default/files/media\\_entity/documents/cgts\\_pres\\_webinairesmt\\_v1.0.pdf](https://esante.gouv.fr/sites/default/files/media_entity/documents/cgts_pres_webinairesmt_v1.0.pdf)
171. Agence du numérique en Santé. Présentation du SMT [Internet]. ANS - Serveur Multi-Terminologies. [cité 30 juill 2022]. Disponible sur: <https://smt.esante.gouv.fr/formations/quest-ce-que-le-si-smt/>
172. Ministère de la Santé et de la Prévention, Agence du numérique en Santé. Centre de Gestion des Terminologies de Santé [Internet]. [cité 30 juill 2022]. Disponible sur: <https://esante.gouv.fr/produits-services/cgts>
173. Ministère de la Santé et de la Prévention, Agence du numérique en Santé. G\_NIUS, le Guichet National de l'Innovation et des Usages en e-Santé [Internet]. G\_NIUS. [cité 30 juill 2022]. Disponible sur: <https://gni.us.esante.gouv.fr/fr>
174. Ministère de la Santé et de la Prévention, Ministère des Solidarités, de l'Autonomie et des Personnes handicapées. Le programme e-parcours [Internet]. 2022 [cité 31 juill 2022]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/e-sante/sih/article/le-programme-e-parcours>
175. Guillotin V, Lavarde C, Savary RP. Crises sanitaires et outils numériques : répondre avec efficacité pour retrouver nos libertés [Internet]. SÉNAT; 2021 juin [cité 29 juill 2022]. Report No.: 673. Disponible sur: <http://www.senat.fr/rap/r20-673/r20-673.html>
176. Blanpain N. Impact de l'épidémie de Covid-19 : 95 000 décès de plus qu'attendus de mars 2020 à décembre 2021. Insee Prem [Internet]. mai 2022 [cité 27 juill 2022];(1902). Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/6445335#figure3>
177. Enquête Execo : EXERCICE COORDONNÉ EN SOINS PRIMAIRES FACE À L'ÉPIDÉMIE DE COVID 19 - IRDES [Internet]. [cité 28 juill 2022]. Disponible sur: <https://www.irdes.fr/recherche/enquetes/execo-exercice-coordonne-en-soins-primaires-face-epidemie-covid-19/actualites.html>
178. Fournier C, Michel L, Morize N, Pitti L, Suschier M, Bourgeois I, et al. Les soins primaires face à l'épidémie de Covid-19. Entre affaiblissement et renforcement des dynamiques de coordination territoriale. IRDES. août 2021;(260):8.
179. Organisation de coopération et de développement économiques. Renforcer la première ligne : Comment les soins primaires aident les systèmes de santé à s'adapter à la pandémie de COVID-19. Réponses L'OCDE Face Au Coronavirus COVID-19 [Internet]. 10 févr 2021 [cité 28 juill 2022]; Disponible sur: [https://read.oecd-ilibrary.org/view/?ref=1060\\_1060498-0iqry48nq8&title=Renforcer-la-premiere-ligne](https://read.oecd-ilibrary.org/view/?ref=1060_1060498-0iqry48nq8&title=Renforcer-la-premiere-ligne)
180. RAULT L, PAILLASSOU L. COVID-19 et CPTS : quand le lien ville-hôpital se renforce en situation de crise - Mazars - France. Mazars [Internet]. avr 2020 [cité 29 juill 2022];(8). Disponible sur: <https://www.mazars.fr/Accueil/Insights/Publications-et-evenements/Newsletters/Newsletter-Transfo-Sante/News-Transfo-Sante-8-Merci-la-sante/COVID-19-CPTS-le-lien-ville-hopital-renforce>
181. Dufauret L. L'organisation des soins de premiers recours dans le Pays Basque durant la pandémie de COVID-19 : étude qualitative au sein de cabinets de médecine générale [Internet] [Thèse d'exercice]. [Bordeaux, France]: Université de Bordeaux; 2022 [cité 29 juill 2022]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03692455>
182. Manoli C. Création d'un centre de consultations ambulatoires pendant la pandémie de Covid-19 : exemple du centre Covid-19 Paris 5. Etude du vécu des professionnels de santé quant à l'organisation et au fonctionnement du centre [Internet] [Thèse d'exercice]. [Paris, France]: Université de Paris; 2020 [cité 27 juill 2022]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03647365>
183. Beaupin A, Le Breton J, Gendry P, Genevois E, Vuattoux P, Tiffou H, et al. Enquête nationale Maisons de Santé et Centres de Santé face au COVID-19 Résultats des deux vagues d'enquête Rapport final [Internet]. 2020 sept. Disponible sur: <https://lescentresdesante.com/enquete-nationale-maisons-de-sante-et-centres-de-sante-face-au-covid-19-resultats-des-deux-vagues-denquete/>
184. Monziols M, Chaput H, Verger P, Scronias D, Ventelou B. Comment les médecins généralistes ont-ils exercé leur activité pendant le confinement lié au Covid-19 ? | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Dir Rech Études L'évaluation Stat [Internet]. mai 2020 [cité 29 juill 2022];(1150). Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-10/er1150.pdf>

185. Langlois G. Depuis un an, le boom des communautés professionnelles territoriales de santé. Club Santé Soc [Internet]. 21 janv 2022 [cité 29 juill 2022]; Disponible sur: <https://www.lagazettedescommunes.com/786115/depuis-un-an-le-boom-des-communautes-professionnelles-territoriales-de-sante/>
186. Oihana G. Le coronavirus a-t-il boosté la coordination entre soignants libéraux ? 20 Minutes [Internet]. 9 juin 2020 [cité 29 juill 2022]; Disponible sur: <https://www.20minutes.fr/sante/2795739-20200609-sante-crise-coronavirus-booste-coordination-entre-soignants-liberaux>
187. Williams GA, Fahy N, Aissat D, Lenormand MC, Stüwe L, Zablit-Schmidt I, et al. LA COVID-19 ET L'UTILISATION D'OUTILS DE SANTÉ NUMÉRIQUES : UNE OPPORTUNITÉ EN PLEINE CRISE QUI POURRAIT TRANSFORMER LES PRESTATIONS DE SOINS DE SANTÉ. L'Observatoire Eur Systèmes Polit Santé [Internet]. 2022;28(1). Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/351098/Eurohealth-28-1-33-39-fre.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
188. Téléconsultation : une pratique qui s'installe dans la durée [Internet]. L'Assurance Maladie. 2020 [cité 17 août 2022]. Disponible sur: <https://assurance-maladie.ameli.fr/presse/2020-09-16-cp-teleconsultation-anniversaire>
189. Conseil des ministres du 22 décembre 2021. Résultats. Les réformes prioritaires du ministère des solidarités et de la santé en matière de santé. [Internet]. Vie-publique. 2021 [cité 17 août 2022]. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/discours/283042-conseil-des-ministres-22122021-bilan-reformes-ministere-sante>
190. Oliu-Barton M, Pradelski BSR, Aghion P, Artus P, Kickbusch I, Lazarus JV, et al. SARS-CoV-2 elimination, not mitigation, creates best outcomes for health, the economy, and civil liberties. The Lancet. 12 juin 2021;397(10291):2234-6.
191. Pannier A. Souveraineté numérique Bilan du quinquennat et propositions des candidats à la présidentielle 2022. Institut français des relations internationales [Internet]. 15 mars 2022; Disponible sur: [https://www.ifri.org/sites/default/files/atoms/files/pannier\\_souverainete\\_numerique\\_2022.pdf](https://www.ifri.org/sites/default/files/atoms/files/pannier_souverainete_numerique_2022.pdf)
192. Perru A. Souveraineté numérique : les contradictions du quinquennat d'Emmanuel Macron. Marianne [Internet]. 22/04/2022 [cité 1 août 2022]; Disponible sur: <https://www.marianne.net/politique/gouvernement/souverainete-numerique-les-contradictions-du-quinquennat-demmanuel-macron>
193. La formation en santé des soignants est insatisfaisante [Internet]. Odoxa. 2018 [cité 1 août 2022]. Disponible sur: <http://www.odoxa.fr/sondage/a-lheure-digital-de-lia-formation-sante-professionnels-insatisfaisante-luniversite-laider-a-prendre-nouvelle-dimension/>
194. Julien D, Rozencwajg S, Oukkal M. La formation des Professionnels de Santé à la e-santé. Cons E-Santé. 30 mars 2020;
195. L B. DMP ou Dossier Médical Partagé : tout savoir sur le carnet de santé numérique [Internet]. LeBigData.fr. 2021 [cité 31 juill 2022]. Disponible sur: <https://www.lebigdata.fr/dossier-medical-partage-dmp>
196. Agence Française de la Santé Numérique. Cadre d'urbanisation sectoriel Doctrine d'urbanisation sectorielle [Internet]. 2019. Disponible sur: [https://esante.gouv.fr/sites/default/files/media\\_entity/documents/Doctrine\\_2\\_2\\_cadre\\_urbanisation%20sectorielle%20santé\\_0.pdf](https://esante.gouv.fr/sites/default/files/media_entity/documents/Doctrine_2_2_cadre_urbanisation%20sectorielle%20santé_0.pdf)
197. Ministère de la Santé et de la Prévention, Agence du Numérique en Santé. CI-SIS : Cadre d'Interopérabilité des Systèmes d'Information de Santé [Internet]. [cité 6 août 2022]. Disponible sur: <https://esante.gouv.fr/produits-services/ci-sis>
198. Ministère de la Santé et de la Prévention, Agence du Numérique en Santé. Espace de publication CI-SIS [Internet]. 2021 [cité 6 août 2022]. Disponible sur: <https://esante.gouv.fr/offres-services/ci-sis/espace-publication>
199. Ministère des Solidarités et de la Santé. Modalités de mise en œuvre de l'appel à projet du programme E-parcours [Internet]. 2019. Disponible sur: [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2019\\_129t0.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2019_129t0.pdf)
200. Direction générale de l'offre de soins. Programme E-parcours : guide des services numériques et des indicateurs [Internet]. 2020. Disponible sur: [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dgos\\_guide\\_d\\_indicateurs\\_e-parcours\\_v1.1.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dgos_guide_d_indicateurs_e-parcours_v1.1.pdf)

201. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Démographie des professionnels de santé [Internet]. 2022 [cité 4 août 2022]. Disponible sur: <https://drees.shinyapps.io/demographie-ps/>
202. Philipp J. Une diminution du nombre de biologistes médicaux alarmante [Internet]. Syndicat des laboratoires de biologie clinique. 2021 [cité 4 août 2022]. Disponible sur: <http://www.slbc.fr/une-diminution-du-nombre-de-biologistes-medicaux-alarmante/>
203. Haute Autorité de Santé. Note méthodologique et de synthèse documentaire « Coordination des parcours. Comment organiser l'appui aux professionnels de soins primaires ? » [Internet]. 2014. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-09/note\\_appui\\_coordo\\_25\\_09\\_14.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-09/note_appui_coordo_25_09_14.pdf)
204. McDonald KM, Sundaram V, Bravata DM, Lewis R, Lin N, Kraft SA, et al. Closing the Quality Gap: A Critical Analysis of Quality Improvement Strategies (Vol. 7: Care Coordination) [Internet]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2007 [cité 14 mars 2022]. (AHRQ Technical Reviews; vol. 7). Disponible sur: [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK44015/pdf/Bookshelf\\_NBK44015.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK44015/pdf/Bookshelf_NBK44015.pdf)
205. Berthier K, Chadaigne E. Les jeunes sont-ils vraiment à l'aise avec le numérique ? Résultats d'une étude CSA pour le Syndicat de la Presse Sociale. Digital Natives [Internet]. Syndicat de la presse sociale. 10 sept 2018; Disponible sur: <https://sps.fr/wp-content/uploads/2018/09/180910-Syndicat-de-la-Presse-Sociale-lillelectronisme-et-les-jeunes.pdf>
206. Bour L. La transformation digitale et les générations X, Y, Z. <https://www.journalducsm.com/> [Internet]. Le journal du CM. 20 mai 2019 [cité 7 août 2022]; Disponible sur: <https://www.journalducsm.com/transformation-digitale-generations-x-y-z/>
207. Sindhvani R, Singh PL, Prajapati DK, Iqbal A, Phanden RK, Malhotra V. Agile System in Health Care: Literature Review. In: Shanker K, Shankar R, Sindhvani R, éditeurs. Advances in Industrial and Production Engineering. Singapore: Springer; 2019. p. 643-52. (Lecture Notes in Mechanical Engineering).
208. Manifeste Agile [Internet]. [cité 3 janv 2023]. Disponible sur: <https://manifesteagile.fr/>
209. Lothon F. Les piliers et les rôles de Scrum - by Unow [Internet]. Unow : impact learning. 2016 [cité 3 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.unow.fr/blog/le-coin-des-experts/piliers-roles-scrum/>
210. Héraud Bousquet V. Traitement des données manquantes en épidémiologie: application de l'imputation multiple à des données de surveillance et d'enquêtes [Internet] [Thèse de science]. [Paris France]: Université Paris XI; 2012. Disponible sur: <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00713926/document>
211. ABDERRAZAK BA. TRAITEMENT DES VALEURS MANQUANTES POUR L'APPLICATION DE L'ANALYSE LOGIQUE DES DONNEES À LA MAINTENANCE CONDITIONNELLE [Internet]. [Montréal, Canada]: Université de Montréal; 2010. Disponible sur: [https://www.collectionscanada.gc.ca/obj/thesescanada/vol2/002/MR70505.PDF?is\\_thesis=1&oclc\\_number=786423049](https://www.collectionscanada.gc.ca/obj/thesescanada/vol2/002/MR70505.PDF?is_thesis=1&oclc_number=786423049)
212. Données manquantes [Internet]. [cité 14 août 2022]. Disponible sur: [http://stringfixer.com/fr/Missing\\_data](http://stringfixer.com/fr/Missing_data)
213. Morisot A. Méthodes d'analyse de survie, valeurs manquantes et fractions attribuables temps dépendantes : application aux décès par cancer de la prostate [Internet] [phdthesis]. [Montpellier, France]: Université Montpellier; 2015 [cité 20 août 2022]. Disponible sur: <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01408070>
214. Wikistat. Imputation de données manquantes [Internet]. 2016. Disponible sur: <https://www.math.univ-toulouse.fr/~besse/Wikistat/pdf/st-m-app-idm.pdf>
215. Addinsoft. Imputation de données manquantes avec NIPALS dans Excel [Internet]. XLSTAT Centre d'aide. [cité 2 sept 2022]. Disponible sur: <https://help.xlstat.com/fr/6497-imputation-de-donnees-manquantes-avec-nipals-dans>
216. Addinsoft. Analyse en Composantes Principales (ACP) [Internet]. XLSTAT, Your data analysis solution. [cité 2 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.xlstat.com/fr/solutions/fonctionnalites/analyse-en-composantes-principales-acp>
217. Addinsoft. Analyse des Correspondances Multiples (ACM ou AFCM) [Internet]. XLSTAT, Your data analysis solution. [cité 4 sept 2022]. Disponible sur:



<https://www.xlstat.com/fr/solutions/fonctionnalites/analyse-des-correspondances-multiples-acm-ou-afcm>

218. Addinsoft. Approche PLS [Internet]. XLSTAT, Your data analysis solution. [cité 2 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.xlstat.com/fr/solutions/fonctionnalites/approche-pls>

219. Chavent M, Kuentz V, Liquet B. Données manquantes en ACM : l'algorithme NIPALS [Internet]. 16èmes rencontres de la Société Francophone de Classification; 2009 [cité 2 sept 2022]; Grenoble, France. Disponible sur: [https://marie-chavent.perso.math.cnrs.fr/wp-content/uploads/2012/12/transp\\_nipals.pdf](https://marie-chavent.perso.math.cnrs.fr/wp-content/uploads/2012/12/transp_nipals.pdf)

220. DODE S. Segmenter et Modéliser malgré des données manquantes avec NIPALS [Internet]. Decideo - Actualités sur le Big Data, Business Intelligence, Data Science. 2007 [cité 2 sept 2022]. Disponible sur: [https://www.decideo.fr/Segmenter-et-Modeliser-malgre-des-donnees-manquantes-avec-NIPALS\\_a1853.html](https://www.decideo.fr/Segmenter-et-Modeliser-malgre-des-donnees-manquantes-avec-NIPALS_a1853.html)

221. Butori R, Parguel B. Les biais de réponse - Impact du mode de collecte des données et de l'attractivité de l'enquêteur. In France: AFM; 2010 [cité 20 déc 2022]. Disponible sur: <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00636228>



## DÉCLARATION SUR L'HONNEUR



Document avec signature originale devant être joint :

- à votre mémoire de D.E.S.
- à votre dossier de demande de soutenance de thèse

Nom : ZORGNIOTTE Prénom : Michel

Ayant été informé(e) qu'en m'appropriant tout ou partie d'une œuvre pour l'intégrer dans mon propre mémoire de spécialité ou dans mon mémoire de thèse de docteur en médecine, je me rendrais coupable d'un délit de contrefaçon au sens de l'article L335-1 et suivants du code de la propriété intellectuelle et que ce délit était constitutif d'une fraude pouvant donner lieu à des poursuites pénales conformément à la loi du 23 décembre 1901 dite de répression des fraudes dans les examens et concours publics.

Ayant été avisé(e) que le président de l'université sera informé de cette tentative de fraude ou de plagiat, afin qu'il saisisse la juridiction disciplinaire compétente.

Ayant été informé(e) qu'en cas de plagiat, la soutenance du mémoire de spécialité et/ou de la thèse de médecine sera alors automatiquement annulée, dans l'attente de la décision que prendra la juridiction disciplinaire de l'université.

J'atteste sur l'honneur :

Ne pas avoir reproduit dans mes documents tout ou partie d'œuvres(s) déjà existante(s), à l'exception de quelques brèves citations dans le texte, mises entre guillemets et référencées dans la bibliographie de mon mémoire.

**A écrire à la main :** « J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète ».

*J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète*

Signature originale :

*[Signature]*  
à Wolfisheim, le 07/02/2023

Photocopie de cette déclaration devant être annexée en dernière page de votre mémoire de D.E.S. ou de Thèse.

---

## RÉSUMÉ :

L'objet de cette thèse est de déterminer la place des **outils numériques (ON)** dans la **coordination des soins (CS)** à travers le développement et le déploiement d'une solution numérique de CS de proximité au sein d'une CPTS (Vignoble-Mossig, région Grand Est), puis à l'analyse du retour d'expérience des professionnels de santé.

L'analyse des récentes lois sanitaires présente l'engouement croissant, bien que souvent sans réelle efficacité jusqu'à la loi « Ma Santé pour 2022 », des pouvoirs publics pour la CS et l'usage des ON. Grâce au constat de cloisonnement du système de santé, nous présentons ensuite en quoi un ON de CS corrigerait certaines de ces faiblesses, tout en étant cohérent avec la feuille de route du numérique en santé du Gouvernement. Enfin, nous abordons le rôle déterminant, surpassant les lois présentées, du COVID-19 sur ces dernières avancées.

Les résultats de notre questionnaire national ont servi au développement de notre outil, notamment pour lister les caractéristiques d'un outil efficace : rapidité, ergonomie, sécurité, fiabilité, traçabilité et enfin interactions globales et directes, rejoignant le cahier des charges de la DGOS, mais avec des priorités différentes. Cela permet de valider l'intérêt d'un ON de CS, tout en appuyant l'importance de l'accompagnement et de l'implication des professionnels de santé dans son développement. Nous présentons ensuite dans le détail le développement et le déploiement en partenariat avec les équipes de PULSY®, SALESFORCES® et MODIS® de notre outil au sein de la CPTS Vignoble-Mossig. Son développement se fait selon une méthode agile, applicable dans le domaine de la santé et permettant un gain d'efficacité et de réactivité. Le déploiement de l'outil inclut la formation et l'accompagnement des professionnels. Cependant, des limites, à la fois temporelles et financières, n'ont pas permis de satisfaire complètement les utilisateurs ni d'arriver à tous les impliquer.

Pour finir, une étude interventionnelle (avant-après) non contrôlée s'appuyant sur une analyse quantitative de variables issues d'échelles de Likert (données qualitatives ordinales) et sur une question ouverte (donnée qualitative) permet d'évaluer l'impact de l'outil sur la satisfaction des professionnels de santé participants vis-à-vis de la CS. Les résultats, globaux et stratifiés par professionnels et fréquence d'utilisation, montrent que l'outil semble améliorer la CS, mais manque d'ergonomie. Cela complexifie son usage au quotidien et le rend chronophage, pour part aussi en raison de sa sécurisation. La satisfaction s'améliore avec l'implication directe des professionnels dans le développement et lors d'un usage régulier, montrant un impact majeur de la courbe d'apprentissage. Bien que cette étude soit peu informative en raison de ses limites et que notre outil n'ait pas été retenu, ce travail a eu différents intérêts, notamment de favoriser la mise en place d'un ON de CS adapté dans la région.

---

Rubrique de classement : Médecine Générale

---

Mots-clés : Coordination des soins ; Outil numérique ; Loi « Ma Santé pour 2022 » ; Développement informatique ; Méthode agile.

---

Président : Professeur Emmanuel Andrès (PU-PH)

Assesseurs :

Professeur Didier Mutter (PU-PH)

Professeur Valérie Wolff (PU-PH)

Docteur Pascal Charles

---

Adresse de l'auteur : 30 rue Charles Sutter 67202 Wolfisheim

---