



*Université Lille 2
Droit et Santé*

UNIVERSITE LILLE 2 DROIT ET SANTE
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2014

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

Représentations de la coordination des soins ville – hôpital par les professionnels de santé paramédicaux : une étude qualitative à partir d'un service de chirurgie ambulatoire du CHRU de Lille.

Présentée et soutenue publiquement le 26 Septembre à 18 heures
au Pôle Formation

Par Céline VERMERSCH

JURY

Président :

Monsieur le Professeur PRUVOT François-René

Assesseurs :

Monsieur le Professeur GLANTENET Raymond

Monsieur le Professeur WIEL Eric

Monsieur le Professeur ZERBIB Philippe

Directeur de Thèse :

Monsieur le Docteur CALAFIORE Matthieu

Monsieur le Docteur BAYEN Marc

Avertissement

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Liste des abréviations

ANAP	Agence Nationale d'Appui à la Performance des Établissements de Santé et médico-sociaux
CHR	Centre Hospitalier Régional
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CMCA	Centre Médico-chirurgical Ambulatoire
HAS	Haute Autorité de Santé
IASS	<i>International Association for Ambulatory Surgery</i>
IDE	Infirmière Diplômée d'État
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
SUDOC	Système Universitaire de Documentation

Table des matières

RÉSUMÉ.....	1
ABSTRACT.....	3
INTRODUCTION.....	5
1- LA CHIRURGIE AMBULATOIRE :.....	5
2- DÉFINITION DE LA COORDINATION DES SOINS :.....	7
MATÉRIELS ET MÉTHODES.....	10
1. CHOIX DE LA MÉTHODE :.....	10
2. CONSTITUTION DE L'ÉCHANTILLON :.....	11
3. MÉTHODE D'ANALYSE :.....	13
4. MÉTHODE DE RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE :.....	14
RÉSULTATS.....	15
1. DONNÉES GÉNÉRALES SUR LES ENTRETIENS :.....	15
2. CARACTÉRISTIQUES DE L'ÉCHANTILLON :.....	15
3. ANALYSE DES ENTRETIENS :.....	17
I.A. Représentations des paramédicaux hospitaliers :.....	17
A.a) Ressenti actuel :.....	17
B.b) Freins :.....	18
C.c) Acteurs de la coordination :.....	20
D.d) Moyens de communications / coordination :.....	20
E.e) Solutions de secours :.....	21
F.f) Propositions de modifications :.....	21
II.B. Représentations des paramédicaux libéraux :.....	22
A.a) Ressenti actuel :.....	22
B.b) Freins :.....	26
C.c) Acteurs de la coordination :.....	28
D.d) Moyens de communications / coordination :.....	29
E.e) Solutions de remplacement :.....	30
F.f) Propositions de modifications :.....	31

DISCUSSION.....	33
1. DISCUSSION SUR LA MÉTHODE :.....	33
I.1.1 Originalité de ce travail.....	33
A.1.1.1. Méthode qualitative et validité interne de l'étude :.....	33
B.1.1.2. La population étudiée.....	34
II.1.2. Biais et limites.....	34
A.1.2.1. Biais lié au recueil des données.....	34
1.a) Biais de sélection de l'échantillon.....	34
2.b) Biais lié à l'enquêteur : biais d'intervention.....	35
B.1.2.2. Biais lié à l'interprétation :.....	35
III.1.3 Perspective d'approfondissement :.....	35
2. ANALYSE DES PRINCIPAUX RÉSULTATS :.....	36
CONCLUSION.....	41
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	42
ANNEXES.....	46
Annexe 1 : Guide d'entretien.....	46
Annexe 2 : Première lettre de recrutement.....	50
Annexe 3 : Deuxième lettre de recrutement.....	51
Annexe 4 : Prise en charge ambulatoire au CMCA.....	52
Annexe 5 : Entretiens retranscrits.....	53
Annexe 6 : Fiche de suivi patient et formulaire appel du lendemain.....	54

RÉSUMÉ

Contexte

La chirurgie ambulatoire est une activité en augmentation qui nécessite de gérer des flux multiples au sein de l'hôpital en lien avec les soins primaires. La coordination entre ces deux mondes apparaît être un élément de premier ordre ciblé comme axe d'amélioration par la Haute Autorité de Santé. La perception des soignants vis-à-vis de cette coordination n'a fait l'objet que de très peu d'études. L'objectif principal de l'étude était d'analyser les besoins et les représentations des paramédicaux de la périphérie Lilloise vis-à-vis de la coordination des soins pour la prise en charge des patients opérés en chirurgie ambulatoire. L'objectif secondaire était de mettre en évidence des propositions de modification au fonctionnement actuel.

Méthode

Une étude qualitative par théorisation ancrée sous forme d'entretiens semi-dirigés a été réalisée de Janvier à Juillet 2014 jusqu'à saturation théorique des données. Les entretiens avaient été retranscrits, anonymisés puis codés grâce au logiciel Nvivo®.

Résultats

17 entretiens de paramédicaux hospitaliers et libéraux ont été réalisés. Les hospitaliers décrivent l'absence de contact avec les soins primaires et peu de besoins en termes d'informations. Les libéraux se sentent exclus de la coordination actuelle et décrivent un manque d'informations qu'ils arrivent cependant à récupérer en utilisant des solutions de remplacement. La simplicité des actes demandés en

post-opératoire limite selon eux le retentissement de cette coordination non optimale. Les propositions de modification sont nombreuses comme par exemple la mise en place de protocoles ou de fiches de liaison ville/hôpital.

Conclusion

L'exploration des représentations des paramédicaux a permis de mettre en évidence un manque du point de vue des libéraux. Le développement futur de la chirurgie ambulatoire passe par une modification de la coordination actuelle afin d'assurer une prise en charge optimale du patient.

ABSTRACT

Background

Outpatient surgery is an activity in progress that manages multiple flows within the hospital linked with primary care. Coordination between those two worlds seems to be a strategic key chosen to be an improvement target by the French National Authority for Health (HAS). The health professionals' perceptions about this coordination have been studied very little. Our primary focus was to analyse the needs and the representations of paramedics from Lille metropolis about coordination of care in outpatient surgery. Secondary objective was to identify proposals for amendments to the current functioning.

Methods

A qualitative study using Grounded Theory with semi structured interviews was done between January and July 2014 until theoretical data saturation. The interviews have been transcribed, anonymized and then coded using Nvivo software®.

Results

17 interviews of liberals and hospital's paramedics were done. The hospital's one describes the absence of contact with primary care and few needs in terms of information. The liberals' one feels excluded from this current coordination and describes a lack of information that they manage to get using back up. The present simplicity of acts required in post operative period limit the consequences of this non

optimal coordination. The propositions of modifications are numerous as creating protocols or using linking forms between city and hospital.

Conclusion

The exploration of representation of paramedics has revealed a weakness from the point of view of the liberals'. The future development of ambulatory surgery is passing through a modification of current coordination in order to ensure the best care for our patients.

INTRODUCTION

« Coordonner les soins c'est encore soigner »,

http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/hcaam_avis_220410.pdf

1- LA CHIRURGIE AMBULATOIRE :

En France, la loi du 31 juillet 1991(1) a défini le service de chirurgie ambulatoire comme structure de soins alternative à l'hospitalisation. En Mai 2013, la Haute Autorité de Santé (HAS) rappelait dans ses recommandations organisationnelles quel était le mode de prise en charge des patients à privilégier (2).

La définition de la chirurgie ambulatoire adoptée par l'OMS en 2007 se résume à l'admission d'un patient pour une chirurgie programmée sur un plateau technique permettant les conditions de sécurité d'un bloc opératoire et suivie d'une surveillance post-opératoire avec sortie le jour même, sans hébergement et sans risque majoré pour le patient (3). Ce n'est pas l'acte qui est ambulatoire mais le patient (1). L'acte est le même que celui réalisé en chirurgie classique mais est réalisé dans des conditions d'organisation particulières.

La chirurgie ambulatoire est une activité en augmentation. En 2011, son activité globale au niveau national par établissement en France était de 39.5% contre 37.7% en 2010 (1, 4). Cependant, selon l'HAS et l'agence nationale d'appui à la

performance des établissements de santé (ANAP) alors que 8 opérations sur 10 pourraient être réalisées en ambulatoire, seules 4 sur 10 le sont effectivement (3). La France présente dans ce domaine un retard important vis-à-vis de ses homologues Européens.

Au niveau national, il existe de grandes disparités régionales et un développement plus important au sein des établissements privés que publics. Le Nord – Pas de Calais affichait en 2011 une activité ambulatoire de 41,1%, se classant ainsi parmi les meilleures régions françaises (5).

Selon l'HAS, la chirurgie ambulatoire est une organisation nécessitant de gérer et de synchroniser des flux multiples (patients, professionnels de santé, brancardiers, logistique) au sein de l'hôpital mais aussi en lien avec les professionnels de santé des soins primaires (6). Cette prise en charge nécessite de placer le patient au cœur du système de santé en traçant son « parcours de soins » limitant au maximum les temps morts et les ruptures (3). De cette notion découle la nécessité d'une coordination entre les différents intervenants.

Dans un rapport commun de l'HAS et l'ANAP, les auteurs mettaient en avant la probable intrication entre la dimension médicale et organisationnelle pour expliquer les réticences et les difficultés de développement de la chirurgie ambulatoire (3).

Selon une analyse réalisée au Danemark et au Royaume Uni, l'implication forte du secteur de soins primaires et notamment des infirmiers dans la prise en charge post hospitalisation était un facteur encourageant du développement de la chirurgie ambulatoire (3). La coordination entre l'hôpital et les soins primaires apparaît alors comme un élément de premier ordre.

Les intérêts de cette coordination, retrouvés dans plusieurs études, sont notamment de permettre une continuité des soins, d'assurer la fluidité du circuit

patient mais aussi de rompre la segmentation forte qui existe entre les soins primaires et les établissements de santé (7).

2- DÉFINITION DE LA COORDINATION DES SOINS :

La coordination des soins est la capacité pour les professionnels de santé à assurer la continuité des soins et la coordination des problèmes de santé du patient engagé dans une relation de suivi et d'accompagnement.

Elle est inscrite dans la loi Hôpital Patient Santé Territoire (HPST) (Art L413-1) (8). C'est l'un des trois chantiers de la Stratégie Nationale de Santé annoncés par le gouvernement pour l'été 2014 (9).

Elle s'applique notamment à la prise en charge des patients atteints de maladies chroniques mais pas seulement.

Cette continuité entre les soins primaires et l'unité de chirurgie ambulatoire est, dans ce cadre, un axe d'amélioration ciblé par l'HAS qui doit permettre la complémentarité entre les professionnels (2).

La coordination des soins se définit comme une action conjointe des professionnels de santé et des structures de soins. Leur but commun doit être d'organiser la meilleure prise en charge des patients, en termes d'orientation dans le système, de programmation des étapes diagnostiques et thérapeutiques ainsi que d'organisation du suivi.

La coordination des soins a pour but d'améliorer la continuité des soins et la prévention des erreurs, conditions de la qualité et de l'efficacité (10).

Il y a dix ans, la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie avait pour objectif principal une meilleure coordination des soins par une organisation plus efficace, une plus grande responsabilisation des acteurs et un meilleur pilotage du système (10).

Mais selon des données récentes, 53 % des patients en France auraient fait l'expérience d'un défaut de coordination au cours des deux dernières années (10) alors que selon une étude britannique, 70 % des événements indésirables graves correspondraient à des défauts de coordination en Angleterre (Ovretveit, National Health Service, 2011) (10).

Dans l'identification des causes d'inefficacité du système de santé Américain, le New England Journal of Medicine pointait dans un article daté de mars 2012 la prise en charge fragmentée des patients et l'absence de coordination et donc de continuité des soins. (11)

Les conséquences de cette situation sont néfastes sur le plan de la qualité et de l'efficacité des soins.

Le point de vue des professionnels de santé vis-à-vis de la chirurgie ambulatoire n'a fait l'objet que de très peu d'études et la perception des médecins généralistes et des autres soignants nécessiterait d'être plus approfondie. Il n'existe actuellement peu d'études recherchant le point de vue des paramédicaux impliqués dans ces prises en charges.

Les études réalisées auprès des médecins généralistes soulignaient leur ressenti de manque d'informations vis-à-vis du service de chirurgie ambulatoire et des gestes réalisés (12) et leur souhait d'implication et de formation (12,13).

Pourtant, les acteurs des soins primaires sont les premiers concernés par la qualité des échanges avec l'hôpital. Le gain pour les établissements de santé en terme d'image auprès des paramédicaux et des patients mais aussi économique par

la diminution des consultations injustifiées aux urgences est non négligeable. Plusieurs études rappellent la nécessité d'une coordination médicale et paramédicale (14).

L'objectif principal de l'étude était d'analyser les représentations des paramédicaux de la périphérie Lilloise vis-à-vis de la coordination des soins pour la prise en charge des patients opérés en chirurgie ambulatoire. L'objectif secondaire était de mettre en évidence des propositions de modification au fonctionnement actuel.

MATÉRIELS ET MÉTHODES

1. CHOIX DE LA MÉTHODE :

Nous avons donc choisi de réaliser une étude qualitative sous forme d'entretiens semi-dirigés afin d'explorer les représentations des acteurs, le fonctionnement du système et les propositions pour améliorer l'existant.

Cette étude a été réalisée en utilisant une approche par théorisation ancrée faisant une large place à l'inductivité et laissant émerger les données pertinentes avec le phénomène étudié. Il s'agissait d'une étude qualitative réalisée de Janvier à Juillet 2014 auprès de paramédicaux exerçant soit en ville, soit en secteur hospitalier concernant la coordination des soins entre les soins primaires et l'hôpital afin d'explorer leurs représentations dans le cadre de la chirurgie ambulatoire.

Ce travail a été réalisé en parallèle avec trois autres études visant les médecins généralistes, les patients et les chirurgiens. L'objectif était d'effectuer en aval une étude transversale mêlant les résultats de ces quatre travaux.

Pour chaque étude effectuée en parallèle il a été élaboré une grille d'entretien individuel. Ces grilles ont ensuite été comparées et discutées pour obtenir un consensus avec les trois autres participants à cette étude. Puis cette grille a été testée dans un service de chirurgie ambulatoire périphérique.

Cette grille comprenait cinq thèmes principaux rédigés, eux-même accompagnés de relances possibles (Annexe 1):

- Le rôle actuel de la personne au sein de la chirurgie ambulatoire
- Le ressenti de la personne vis-à-vis de son implication
- L'organisation actuelle de la prise en charge des patients concernés par la chirurgie ambulatoire
- La perception de la personne vis-à-vis des informations reçues pour la prise en charge de ces patients
- Les propositions de modifications du fonctionnement actuel

Une question « brise-glace » permettait de resituer le contexte.

L'utilisation de questions ouvertes a permis d'obtenir des réponses individualisées tout en s'assurant que les thèmes retenus étaient bien abordés. Les relances permettaient d'amener les points importants si la personne ne les abordait pas spontanément. Les questions étaient les plus neutres possibles afin de ne pas influencer les réponses.

2. CONSTITUTION DE L'ÉCHANTILLON :

Le but était d'obtenir un échantillonnage dit « en recherche de variation maximale ». La diversité des perceptions, des opinions et des comportements était recherchée.

Pour obtenir un échantillon orienté, des quartiers variés de Lille et de sa périphérie ont été choisis pour favoriser le recrutement de paramédicaux prenant en charge des patients opérés au CHRU de Lille.

La localisation géographique pouvait par ailleurs influencer les caractéristiques de la population.

Le nombre d'années d'expérience avait également été noté, celui-ci pouvant influencer les résultats dans la mesure où la chirurgie ambulatoire connaît un développement récent.

Nous avons contacté par courrier une série de 200 paramédicaux (100 IDE et 100 kinés) (Annexe 2 et 3). Parmi eux, des paramédicaux libéraux travaillant seuls, en association (profession identique ou non), au sein d'un réseau ou d'une structure en lien avec la coordination des soins ont été sélectionnés.

Le projet leur a été présenté et trois dates leur étaient proposées pour participer à un « *focus group* » d'environ 1 heure à la faculté de Médecine de Lille. Ils pouvaient répondre par mail, téléphone ou SMS.

Les professionnels avaient ensuite été recontactés par téléphone.

La raison la plus fréquente de refus de participation était le manque de temps.

En raison de la difficulté de réunir l'ensemble des professionnels de santé en un seul site aux dates proposées, le « *focus group* » avait été abandonné et des entretiens individuels avaient été réalisés dans les lieux et aux heures les plus pratiques pour les professionnels. Ainsi treize entretiens avec des paramédicaux de soins primaires dont deux collectifs (3 et 2 personnes) avaient été réalisés.

Des paramédicaux exerçant en soins primaires mais aussi des paramédicaux travaillant au sein du Centre médico-chirurgical Ambulatoire (CMCA) de l'hôpital Huriez avaient été interrogés permettant la réalisation de 4 entretiens.

Par ailleurs, une visite du CMCA avait été effectuée par l'intermédiaire du cadre de santé afin de mieux comprendre le fonctionnement de celui-ci (Annexe 4).

L'accord des participants était recueilli oralement. Les entretiens étaient enregistrés en totalité via la fonction dictaphone d'un téléphone portable. L'entretien était mené par une seule personne, il n'y avait pas d'observateur extérieur, ni de caméra.

Les caractéristiques de la personne étaient notées et il lui était demandé si elle souhaitait ajouter d'autres informations à la fin de l'entretien.

Les entretiens avaient été retranscrits, anonymisés puis codés grâce au logiciel Nvivo® (Annexe 5).

Les entretiens avaient été réalisés jusqu'à saturation théorique des données.

3. MÉTHODE D'ANALYSE :

Le but était de faire émerger de la part des participants des représentations communes et personnelles à propos de la coordination des soins et de mettre en évidence des pistes de modification possibles du fonctionnement actuel.

Le processus d'analyse avait commencé après le 4^{ème} entretien. L'analyse s'était basée sur le verbatim retranscrit et sur l'analyse des données audio. Les mots et expressions jugés informatifs avaient été regroupés en thèmes puis divisés en sous catégories.

Le canevas d'entretien avait été modifié au fur et à mesure en fonction de l'orientation de chaque entretien.

Les entretiens avaient été analysés par codage en double insu. La triangulation de l'analyse des données avait été réalisée en binôme avec un interne travaillant sur le protocole Vil-Hop&Co afin de renforcer la validité interne de l'étude et la reproductibilité de l'analyse.

4. MÉTHODE DE RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE :

L'IAAS (*International Association for Ambulatory Surgery*) s'était réunie pour proposer une terminologie internationale commune afin de faciliter la compréhension des documents produits sur le thème de la chirurgie ambulatoire. Nous avons utilisé ce vocabulaire pour effectuer les recherches (15).

Les différentes références bibliographiques avaient été tirées de :

- La recherche documentaire ciblée sur le thème « *Coordination between hospital and primary care in ambulatory surgery* » dans la base de données Pubmed : un article Finlandais sur le ressenti des patients.

- Une recherche sur le SUDOC

- La littérature citée dans les références bibliographiques ou recueillie sur les sites Internet pertinents des agences de santé au niveau français et international

- La littérature citée dans les références bibliographique de thèses précédemment écrites sur le sujet

- La littérature citée dans des revues scientifiques

RÉSULTATS

1. DONNÉES GÉNÉRALES SUR LES ENTRETIENS :

Au total, 17 entretiens ont été réalisés.

La durée totale des enregistrements audio était de 6 heures et 32 minutes avec un minimum de 10 minutes et un maximum de 72 minutes.

Les entretiens avaient été réalisés :

- Au cabinet des paramédicaux à un horaire qui leur convenait, moyennant une disponibilité d'environ 20-30 minutes (11 entretiens)
- Dans un lieu public à l'heure du déjeuner (2 entretiens)
- A l'hôpital au niveau du CMCA et de l'unité Leloir (4 entretiens)

2. CARACTÉRISTIQUES DE L'ÉCHANTILLON :

	Sexe	Age	Profession	Lieu d'exercice	Années d'expériences	Domaine
D	F	35	Diététicienne	Lille	13	Ville
H1	F	Non connu	IDE	Huriez	Non connu	Hôpital
H2	F	52	IDE programmatrice	Huriez	30	Hôpital
H3	M	Non connu	Cadre	Huriez	Non connu	Hôpital
H4	F	Non connu	IDE	Huriez	Non connu	Hôpital
H5	F	Non connu	IDE	Huriez	Non connu	Hôpital
I1	F	45	IDE	Lille	21	Ville
I2	F	42	IDE	Lille	19	Ville
I3	F	29	IDE	Lille	5	Ville
I4	F	41	IDE	Lille	18	Ville
I5	F	53	IDE	Lille	32	Ville
I6	F	30	IDE	Lille	8	Ville
I7	M	32	IDE	Loos	10	Ville
I8	F	41	IDE	Loos	19	Ville
I9	M	37	IDE prestataire	Lille	15	Ville
I10	M	33	IDE	Loos	12	Ville
I11	M	30	IDE	Lille	9	Ville
K1	M	48	Kiné	Lille	25	Ville
K2	M	46	Kiné	Lille	21	Ville
K3	M	55	Kiné	Lille	33	Ville
K4	M	29	Kiné	Loos	6	Ville
K5	F	27	Kiné	Loos	5	Ville

Les entretiens avaient permis de recueillir le point de vue de 22 personnes :

- 11 infirmières diplômées d'État (IDE) (50%)
- 5 kinésithérapeutes (23%)
- 1 diététicienne
- 5 paramédicaux hospitaliers

Le pourcentage de femmes était de 60% (13 femmes sur 22).

L'âge moyen des paramédicaux était de 39,1 ans.

Concernant leur mode d'exercice :

- 3 des IDE interrogées travaillaient ensemble dans un cabinet de groupe

- 2 kinés travaillaient ensemble au sein du même cabinet avec d'autres non interrogés

- La diététicienne travaillait avec l'un des IDE interrogé au sein d'une société de prestataire de santé qui leur appartenait

- Un IDE travaillait une semaine sur deux avec un associé non interrogé

- Un kiné travaillait en tant que remplaçant au sein de plusieurs cabinets

Leurs lieux d'exercice étaient Lille / Loos / Service de chirurgie ambulatoire à l'hôpital Huriez (CHRU Lille).

Le nombre moyen d'années d'expériences était de 19,7 ans (de 5 à 33 ans).

3. ANALYSE DES ENTRETIENS :

I. A. Représentations des paramédicaux hospitaliers :

A. a) Ressenti actuel :

« *Bah faciliter [les contacts avec la ville] c'est difficile à dire puisqu'on n'en n'a pas !* » [E3].

« Alors nous ici sur le plateau technique, on n'a aucun contact avec le monde extérieur. Leloir en a un petit peu mais nous ici aucun, aucun contact » [E16].

Si une partie des personnes interrogées se sent concernée par la coordination avec les soins primaires [E15, E16, E17], celle-ci passe actuellement intégralement par le patient [E3, E15, E16, E17]. Il n'y a pas de contact avec les paramédicaux des soins primaires [E16, E17], dans un sens comme dans l'autre [E3, E16].

« C'est le patient qui est le lien entre les deux et qui doit à un moment...hormis les courriers que l'on donne au patient...c'est le seul lien que nous ayons de façon euh... » [E16]

Les hospitaliers interrogés considèrent que « le travail de la médecine de ville [...] c'est de venir pour essayer de s'informer » [E17].

Bien que certains ne soient pas satisfaits de l'état actuel des choses et considèrent que c'est surtout compliqué pour le patient « qui doit parfois avoir des soucis », l'absence de contact avec les soins primaires n'est pas ressenti comme un manque [E15].

D'autres signalent que les gestes demandés en post-opératoire sont actuellement des actes simples qui ne requièrent pas forcément le recours à un paramédical [E3].

B. b) Freins :

Un des freins mis en avant est l'absence de site dédié à la chirurgie ambulatoire et le manque de communication interne au CMCA [E3, E16].

Il n'existe actuellement pas de protocole d'organisation de la planification des rendez-vous. Les modalités de programmation sont différentes selon les chirurgiens et les spécialités ce qui complexifie la gestion interne [E15].

Au sein du CMCA, la part de chirurgie ambulatoire est d'environ 30 %. Le reste étant représenté par le laser (10%) et l'endoscopie (60%).

« On a beau s'appeler ambulatoire, la part de l'ambulatoire réalisée par notre service n'est que de 35% ce qui veut dire les 65 autres pour cent on travaille avec le restant du CHU » [E16].

La méconnaissance des réseaux et des pratiques de soins primaires par le système hospitalier et la méconnaissance des possibilités de l'ambulatoire par les soins primaires sont également cités [E16].

« Euh non, la ville n'intervient jamais dans les freins de ce qu'on pourrait avoir sur euh.... La méconnaissance de l'ambulatoire, je pense qu'elle est en train de se lever petit à petit, ça va encore peut être mettre un certain nombre d'années mais les praticiens de ville commencent à connaître un peu l'ambulatoire. Ils sous estiment ce qu'on est capable de faire » [E16].

Les infirmiers interrogés reconnaissent par ailleurs que le fait de ne pas connaître l'IDE choisie par le patient en amont peut être un frein [E15, E16].

Le CMCA n'étant pas le seul service de la région effectuant des actes de chirurgie ambulatoire, les paramédicaux hospitaliers signalent que la diversité des pratiques peut rendre les choses « *peu évidentes* » pour les paramédicaux de soins primaires qui entendent « *des discours différents* ». En effet, ils expliquent que « *certaines pratiques qui sont faites un peu de façon définies comme le protocole local de tel ou tel établissement n'est pas celui d'un autre, d'autant plus qu'en périphérie lilloise ou dans le Nord-Pas-de-Calais, on a quand même un nombre d'établissements susceptibles de prendre en charge les patients* » [E17].

C. c) Acteurs de la coordination :

Les acteurs cités comme ayant un rôle dans la coordination sont principalement le patient mais aussi le chirurgien [E3, E15].

Le fait d'avoir le patient comme principal acteur de cette coordination peut parfois poser des problèmes de communication : « *entre ce qui est dit ce qui est compris, ce qui est entendu, ce qui est perçu et ce qui est réexpliqué euh....Bon c'est vrai qu'il y a des choses sur lesquelles il y a des évolutions qui doivent avoir lieu* » [E16].

Un autre acteur cité est le médecin traitant dont le rôle est plutôt retrouvé dans les situations problématiques [E15, E16].

D. d) Moyens de communications / coordination :

Le principal moyen de communication utilisé est le courrier papier mais les acteurs peuvent avoir recours au téléphone et au fax en cas problème [E3, E15, E16].

Dans les cas où la situation du patient est modifiée (passage d'un statut ambulatoire à une hospitalisation), les paramédicaux hospitaliers ne préviennent pas les acteurs de soins primaires [E15, E16].

Les informations actuellement transmises sont les convocations, les ordonnances si besoin et les courriers de sortie : « *Alors tous tous tous les patients qui sortent en ambulatoire pur, ça c'est un indicateur à 100%, sortent avec leur courrier, leur compte rendu et éventuellement une ordonnance si besoin* » [E16].

En pré-opératoire, les IDE de l'unité Leloir appellent le patient la veille pour vérifier que les consignes sont bien respectées [E3, E15, E16]. Elles effectuent également un appel le lendemain pour s'assurer que tout va bien [E3, E15, E16].

Elles s'aident d'un formulaire pré rempli pour l'appel post-opératoire et consignent celui pré-opératoire dans le dossier hospitalier (Annexe 6).

Ces appels ne concernent que les patients et non les acteurs de santé de soins primaires.

Il n'existe actuellement pas de protocole de prise en charge post-opératoire ni de protocole de sortie avec les éléments à fournir au patient pour sa sortie [E15].

Dans le but de faire connaître les pratiques du service, des journées portes ouvertes avaient été organisées à l'attention des acteurs de santé (en 2008 et 2010) [E16].

E. e) Solutions de secours :

Lorsque la coordination ne fonctionne pas, les paramédicaux utilisent d'autres moyens pour récupérer les informations nécessaires.

Du point de vue hospitalier, les informations manquantes sont rares et concernent généralement les patients venant de maison de retraite ou les résultats d'examens biologiques. Dans ce cas, l'appel téléphonique au laboratoire ou à la maison de retraite directement est le moyen de communication utilisé pour répondre au problème [E3].

L'autre type d'information manquante est le nom de l'IDE choisie par le patient [E15, E16].

F. f) Propositions de modifications :

Les hospitaliers sont ouverts à des modifications et signalent que « si la ville avait besoin d'avoir des contacts, c'est volontiers » [E16].

Cependant, ils signalent que la modification de la coordination avec les soins primaires passe tout d'abord par une modification de la coordination interne : « Je

crois qu'il faut qu'on règle avant tout l'intérieur mais ça ça va mettre du temps hein... pfff... » [E15].

Pour ce faire, ils proposent la création d'un site dédié à l'ambulatoire (« *Je crois que l'erreur du CHR ça été de ne pas faire un secteur ambulatoire....* », [E15]) mais aussi l'écriture de « *procédures communes* » afin de faciliter la gestion en interne [E15].

La suggestion de la création d'un réseau de ville ambulatoire est accueillie comme une évolution possible [E16].

En réponse aux idées des paramédicaux libéraux (cf plus bas), les paramédicaux hospitaliers évoquent un site internet en cours de création [E16].

« Alors nous on est en train de travailler sur un site internet, INTERNET, euh... pour expliquer les spécificités de l'ambulatoire » [E16].

II. B. Représentations des paramédicaux libéraux :

A. a) Ressenti actuel :

« Ça serait quand même mieux de pouvoir développer la coordination parce que euh...enfin on ira plus vite [...] même pour le patient ce serait bénéfique » [E10].

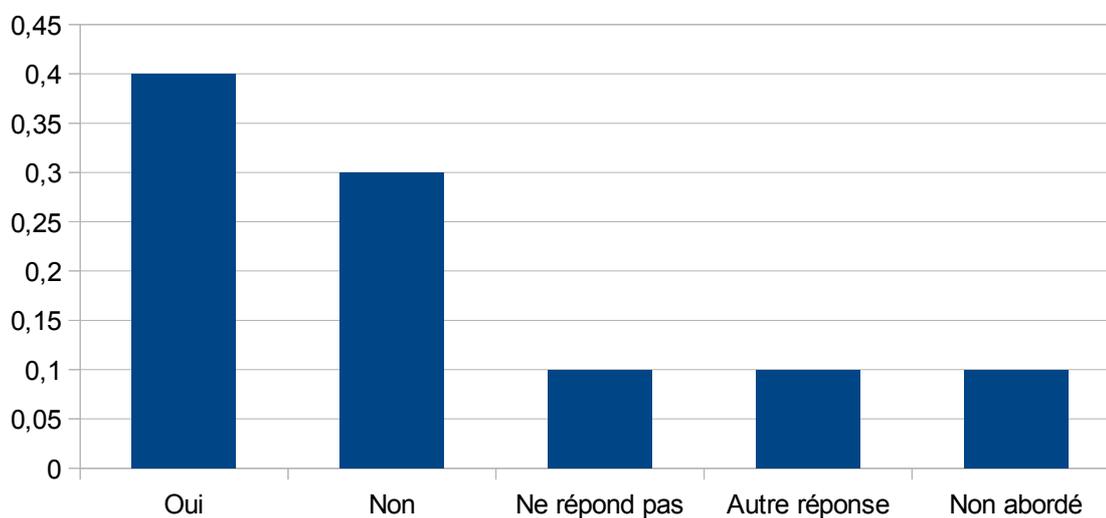
L'intérêt d'une coordination entre les soins primaires et l'hôpital est mis en avant par les paramédicaux qui y voient plusieurs avantages : pouvoir anticiper [E2, E12], coordonner les passages à domicile [E2, E5, E14], gagner du temps [E8, E10], permettre une continuité des soins et un meilleur suivi [E1] mais aussi rassurer (l'hôpital comme la ville) [E4, E11, E12] et motiver le patient [E2].

« Comme la grande majorité [des prises en charges] se passe bien, on a peu besoin de cette coordination....enfin si, on en aurait besoin mais on arrive à faire sans » [E817].

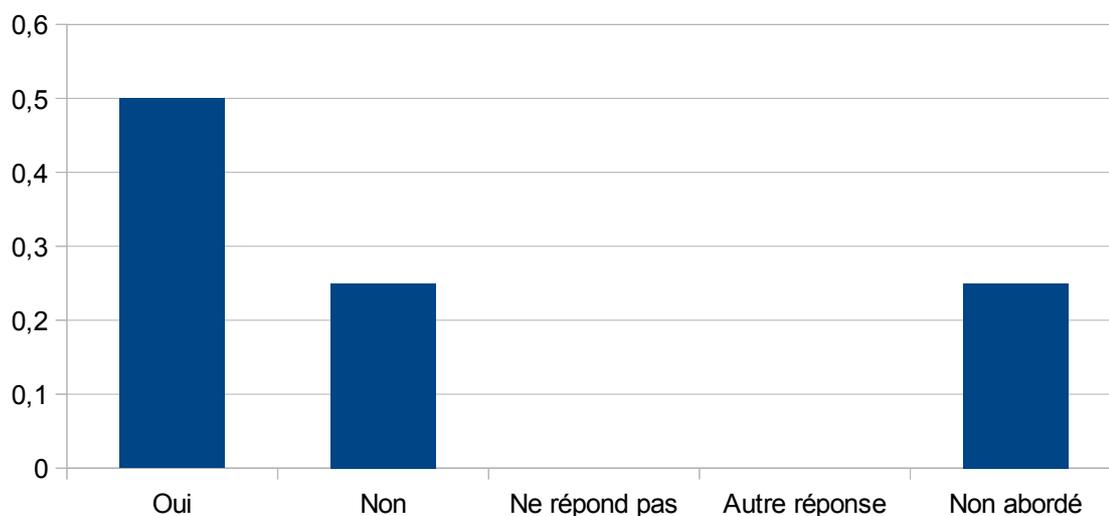
Cette citation résume le ressenti de la majorité des paramédicaux rencontrés dans cette étude. La majorité d'entre eux se sentent concernés par la question de la coordination des soins [E1, E2, E6, E8, E10, E12] mais considèrent qu'en l'état actuel des choses, celle-ci est défaillante [E4, E6, E7, E8]. Dans les autres entretiens, la personne ne répond pas [E11, E13] ou la question n'a pas été clairement évoquée [E7, E14]. Une seule personne ne se sent pas concernée et considère « qu'on est des sous-traitants » [E9].

« Bah moi je fais avec depuis 32 ans ! » [E5].

IDE: vous sentez-vous concerné par cette coordination?



Kinés: Vous sentez-vous concerné par cette coordination?



Ils décrivent une sensation d'agacement [E4], un sentiment d'exclusion de cette coordination [E9, E5, E4] et la nécessité de « *devoir pallier derrière* » [E6].

« *On n'a pas la sensation qu'ils coordonnent avec nous* » [E4].

« *En fait je trouve que l'hôpital se décharge un peu trop sur la ville, je veux dire on fait sortir le patient et puis débrouillez-vous avec votre médecin !* » [E6].

« *Alors je sais bien, on peut le découvrir par nous même mais euh...c'est un peu bah voilà ! Je vous donne le patient et puis débrouillez vous !* » [E6].

Les paramédicaux ne se sentent donc pas inclus dans une coordination qui semble pourtant les concerner. Ils arrivent à récupérer les informations nécessaires au prix d'un travail supplémentaire qu'ils considèrent comme devant être réalisé par l'hôpital.

Si dans l'ensemble les problèmes sont rares [E9, E11], le fait que les actes actuellement demandés aux paramédicaux concernés soient considérés comme « *simples* » y est pour quelque chose [E4, E6, E13].

« *Un pansement ça reste un pansement !* » [E13].

« *En ambulatoire on se débrouille parce que c'est souvent simple* » [E4].

Certains se considèrent d'ailleurs comme satisfaits des informations reçues [E1, E2, E12, E13, E14].

Mais le développement de la chirurgie ambulatoire passe selon eux par une amélioration de cette coordination :

« *Si après, en effet, comme c'est prévu dans les plans de financement de la Sécurité Sociale, la chirurgie ambulatoire devient un peu plus compliquée donc du coup avec des risques plus importants à domicile [...] là, en effet, cette coordination ou au moins en tout cas une trace papier de cette coordination va être de plus en plus importante...Indispensable quasi...* » [E8].

La situation actuelle est donc vécue comme « *gérable* » [E4, E6, E8, E11] mais avec néanmoins « *une peur de faire une bêtise* » [E6].

Les conséquences du manque de coordination actuellement décrites sont une absence de retentissement [E1, E8, E11] avec cependant une notion de perte de temps [E1, E4, E6] et parfois un retard à la prise en charge [E1, E4, E6, E9].

Cependant, si les situations venaient à se complexifier à domicile de par le développement de la chirurgie ambulatoire, les conséquences seraient probablement plus importantes.

Les comparaisons avec les établissements privés sont fréquentes [E1, E4, E6]. Avec certains la communication est plus compliquée qu'avec le CHRU : « *c'était trop difficile en prise en charge parce que la coordination se faisait beaucoup moins bien* » [E1] alors qu'avec d'autres : « *C'est quand même avec eux qu'on a les meilleurs renseignements. C'est pas des transmissions d'infirmière à infirmière, comment dire, on n'est pas euh...c'est un médecin qui...* » [E4]. Les patients sortent avec un carton ou un petit dossier sur lequel sont précisés les types de fils, la date

d'ablation, la chirurgie effectuée et la date de consultation post-chirurgie en plus de leur courrier [E4, E6].

Les principaux manques décrits sont un manque de liaison, un manque d'informations [E4, E5, E10] et d'outils de coordination [E6] avec notamment un manque d'ordonnances à la sortie [E1, E4, E5, E6, E8, E11].

Certains reconnaissent cependant que le problème vient des deux parties : « [la coordination] *ben c'est minime mais même dans notre sens on ne va pas forcément....* » [E10]. Ils signalent également une évolution avec une meilleure écoute de la part des médecins plus jeunes favorisant les échanges au niveau de la ville [E4].

B. b) Freins :

Les obstacles cités sont multiples.

Le plus fréquemment retrouvé est la difficulté à joindre le bon interlocuteur [E4, E7, E10, E14] face à une structure trop grosse [E7] avec des intervenants multiples [E10] qui changent tous les jours [E8]. Même si les paramédicaux à exercice libéral interrogés ajoutent qu'ils sont eux-mêmes difficiles à joindre puisque constamment en déplacement à domicile [E5].

Les freins ? « *Bah c'est l'hôpital ! C'est la grosse grosse machine !* » [E14].

« *On essaie d'avoir le chir...ou des fois on a les internes...* » [E9].

« *On sait à qui, on essaie de les contacter, ce n'est pas obligatoirement toujours facile de les avoir euh...* » [E8].

Réussir à joindre la personne à même de leur apporter une réponse est non seulement considéré comme chronophage [E6, E7] mais entraîne également un sentiment de « peur de déranger » [E10]. Certains préfèrent d'ailleurs écrire au médecin traitant plutôt qu'au chirurgien par souci de diplomatie [E14].

« On a un retour papier euh... (Rire) TRES rarement ! » [E10].

D'une part, la méconnaissance entre praticiens de soins primaires et praticiens de soins secondaires [E9] favorise selon eux la peur du chirurgien vis-à-vis de la prise en charge effectuée à domicile [E1]. D'autre part, la méconnaissance des pratiques de ville [E1, E4, E11] et des conditions de vie à domicile [E5] par les hospitaliers rend parfois la tâche plus compliquée pour les paramédicaux à exercice libéral.

« Le service n'a pas du tout connaissance de ce qui peut se passer à la maison et du coup ça pose problème [...] il y a des chirurgies ambulatoires qu'il ne vaut mieux pas faire en ambulatoire dans ce cas là » [E1].

Les paramédicaux mettent également en avant les problèmes dus à une coordination reposant uniquement sur le patient : manque d'anticipation du patient en amont [E1, E2] qui a le libre choix de son IDE et donc méconnaissance de l'IDE par le service [E5, E6], patient désordonné [E5, E14] et problèmes de compréhension [E5, E6, E8].

Les autres problèmes soulevés sont d'ordre matériels : manque d'outils de communication [E6], problème d'utilisation des nouvelles technologies par les anciennes générations [E2, E5, E7].

Enfin, les paramédicaux soulèvent des freins organisationnels :

- difficulté de synchronisation avec la pharmacie [E14] : problème des horaires d'ouverture et de la nécessité de livrer le matériel avant le passage de l'IDE pour pouvoir effectuer les pansements

- problème des sorties en fin de semaine et le week-end [E6] : pas de médecin généraliste accessible le soir ou le week-end, pharmacie fermée, pas de personne ressource pour se rendre à la pharmacie de garde.

C. c) Acteurs de la coordination :

Les paramédicaux des soins primaires sont principalement en contact avec le patient.

Il n'existe dans la majorité des cas pas de coordination en amont. Les seuls cas où les paramédicaux sont contactés en pré-opératoire sont les cas où le patient est déjà connu par le paramédical (pris en charge pour une autre raison) ou dans le cas de patients anxieux qui appellent pour préparer le post-opératoire [E1, E4, E6, E7, E9, E10, E14]. Dans tous les cas, c'est le patient qui contacte le paramédical par téléphone en post opératoire. Les paramédicaux reçoivent donc des informations uniquement à ce moment là.

Une exception est l'émergence de l'indication de kiné pré-opératoire pour tenter de surseoir à l'intervention ou tout au moins préparer et diminuer le risque de complications post-opératoire [E2, E10].

L'information d'une consultation de contrôle post chirurgicale leur est fournie majoritairement par le patient [E1, E6, E9, E10, E11]. Avant que le patient se rende à cette consultation, certains rédigent des rapports (notamment les kinés) ou demande au patient de se munir de son cahier de liaison. Cependant, ces transmissions des paramédicaux vers l'hôpital ont surtout lieu en cas de problème [E1, E5, E7, E9, E10, E14].

Ils signalent d'autre part le manque de retour d'informations dans les suites de cette consultation de contrôle [E7, E10]. Il n'y a donc pas de contact direct avec l'hôpital en post-opératoire [E2, E4, E6, E9, E10, E11, E13, E14] bien que celui-ci pourrait aider les paramédicaux dans leur prise en charge.

« On a besoin de savoir enfin moi j'ai besoin de savoir plus ou moins un avis du chirurgien pas assez rapidement mais au bout d'un mois et demi ou deux mois

selon s'il y a une consultation qui est prévue et euh...ça me permet de voir si je suis dans le bon chemin si j'ai des questions » [E7].

En cas de problème, les paramédicaux se tournent majoritairement vers le médecin généraliste [E1, E5, E7, E9, E10, E11, E13], appellent dans le service [E2, E9, E13] ou encore réorientent le patient vers les urgences [E4, E13]. Les paramédicaux interrogés travaillent peu en réseau mais se tournent facilement vers leur réseau de connaissance en cas de problème [E7, E12].

A la question des acteurs qui pourraient avoir un rôle dans cette coordination, les paramédicaux répondent :

- Le cadre de service [E1]
- Un coordinateur externe [E4]
- Un prestataire de service de santé [E12, E14].

Ils signalent cependant qu'il ne faut pas multiplier les intervenants.

D. d) Moyens de communications / coordination :

Le principal moyen de communication utilisé reste le courrier de sortie remis au patient ou envoyé au médecin généraliste [E1, E2, E5, E8, E9, E11]. Les paramédicaux soulignent le fait qu'il y a rarement des transmissions infirmières [E13] et que le courrier soit uniquement adressé au médecin [E1, E4].

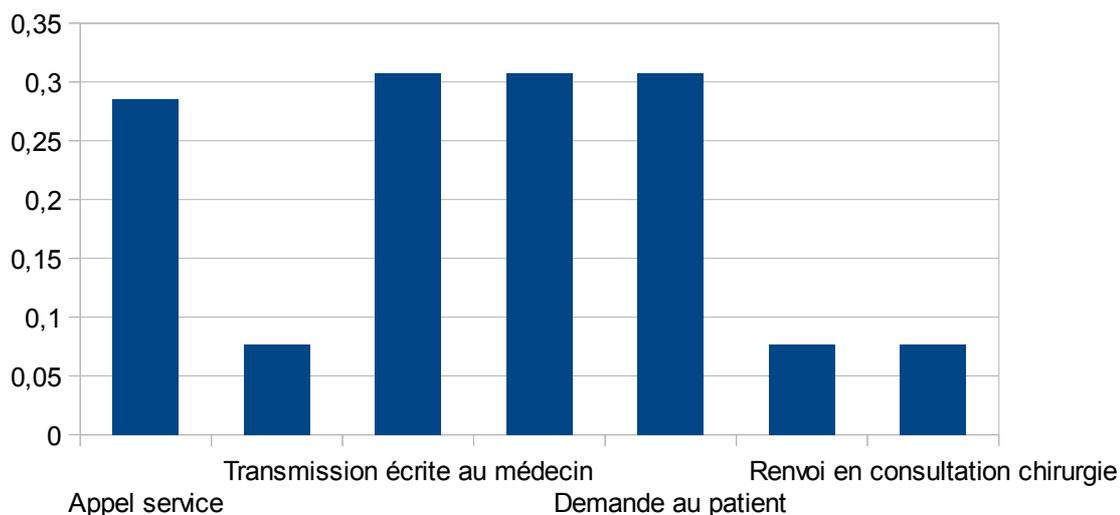
Le contenu des courriers est décrit comme manquant de détails [E10] notamment sur le type d'opération effectuée [E7, E9, E10], les soins à réaliser et leur fréquence [E6, E11].

« Ça ne reste qu'un problème de communication [...] nous ce qu'on veut c'est un bon suivi, du dialogue avec ces services » [E4].

« Ce n'est pas parce qu'on vient juste faire un pansement qu'on n'a pas le droit de savoir ce qui s'est passé » [E6].

En cas de problème, les moyens de communication utilisés sont le téléphone [E1, E2, E4, E5, E6, E7, E8, E9, E14], rarement les mails, les SMS ou une transmissions écrite.

Moyens de communication utilisés en cas de problème



E. e) Solutions de remplacement :

Pour pallier le manque de coordination actuel, les paramédicaux de soins primaires ont mis en place des stratégies de remplacement :

- Utiliser leur droit de prescription ou leur stock de matériel personnel dans le cas d'un manque d'ordonnances
- Mettre en place des fiches de liaison ville /hôpital
- Utiliser leur expérience personnelle
- Interroger le patient ou son entourage pour recueillir les informations manquantes
- En dernier recours : réorienter vers le médecin généraliste du patient, un autre praticien, les urgences, en consultation de chirurgie

F. f) Propositions de modifications :

« *L'ambulatoire ça ne peut que marcher mais il faudrait que tout le monde travaille dans cet état d'esprit* » [E2].

Une des solutions proposées est l'écriture de protocoles pour avoir « *une conduite à tenir* » [E1, E2, E4, E6, E7, E8, E9, E10, E11, E13, E14]. S'ils pensent que l'amélioration de cette coordination doit venir de l'hôpital [E6], ils estiment que « *cette médecine là est faite pour être le moins possible à l'hôpital* » et qu'il faudrait donc « *écrire et penser ces protocoles avec des intervenants de la ville* » [E4].

L'amélioration de cette coordination permettrait de travailler ensemble pour motiver le patient, notamment dans les cas de rééducation [E2].

Pour pallier leur méconnaissance des pratiques du service de chirurgie ambulatoire, ils proposent d'organiser des formations [E4, E8] qui leur permettraient d'avoir une meilleure connaissance des pratiques du service et ainsi de pouvoir rassurer le patient. L'idée de « *venir voir* » dans le service le fonctionnement mais aussi les prises en charge est également évoquée.

« *Si on était au courant, on pourrait dire bah là ça ne va pas être possible* » [E4].

Sur un plan pratique, certains suggèrent une visite à domicile [E1] ou l'intervention d'un prestataire de santé en amont [E12] afin d'anticiper [E2]. Dans ce sens, demander au patient de déterminer en pré-opératoire les paramédicaux dont il pourrait avoir besoin en post-opératoire [E8].

Une fiche de liaison ville / hôpital [E6, E12], un dossier rassemblant toutes les informations [E6], leur laisser une liberté de pratique notamment sur le suivi des pansements [E2] avec des prescriptions plus souples [E4] mais aussi limiter les

sorties le vendredi après-midi pour une question pratique [E4] sont d'autres idées citées.

L'utilisation des nouvelles technologies avec la création d'un site internet et d'un forum de discussion [E4, E7] ou d'autres moyens de communication comme les courriels, les photos ou les SMS [E1, E4, E7] faciliteraient selon eux les échanges.

Ils réclament enfin, et surtout, un numéro de téléphone joignable pour les urgences et le week-end [E4, E8, E11].

DISCUSSION

1. DISCUSSION SUR LA MÉTHODE :

I. 1.1 Originalité de ce travail

A. 1.1.1. Méthode qualitative et validité interne de l'étude :

La recherche qualitative par théorisation ancrée (*Grounded Theory*) formalisée en 1965 est peu utilisée à ce jour en France. Elle permet de rendre explicite et compréhensible les grands thèmes dégagés par l'analyse des entretiens réalisés.

Cette méthode inductive tire des résultats ancrés dans les données. Elle conduit à interroger des participants supposés concernés par le sujet en utilisant des questions ouvertes et à extraire de leurs réponses des groupes de mots en synthétisant leur signification en un seul. Pour explorer les représentations qui existent entre les soins primaires et l'hôpital dans le cadre de la coordination des soins en chirurgie ambulatoire du point de vue des paramédicaux, l'étude qualitative est la plus adaptée car elle permet d'explorer et d'interpréter les relations existantes (soit des données non quantifiables) et non de dénombrer ou de tester des hypothèses.

La technique de triangulation des données avec un codage en double insu par deux chercheurs a été utilisée afin d'augmenter la validité interne de cette étude.

B. 1.1.2. La population étudiée

Il existe actuellement très peu d'études recherchant l'avis des paramédicaux sur ce sujet. Lors des entretiens un certain étonnement a été constaté de la part de ces acteurs de la santé qui se sentent globalement exclus de ces organisations.

II. 1.2. Biais et limites

A. 1.2.1. Biais lié au recueil des données

1. a) Biais de sélection de l'échantillon

Bien qu'il ait été essayé de limiter ce biais, les personnes ayant répondu à cette sollicitation sont forcément celles qui ont un attrait pour le sujet. Cependant, cet intérêt pour la coordination des soins entre les soins primaires et l'hôpital a certainement contribué à la richesse des entretiens.

La sélection géographique, liée à la volonté d'interroger des paramédicaux susceptibles de prendre en charge des patients venant du CMCA, a volontairement limité notre zone de recrutement à la périphérie Lilloise.

Le nombre de personnes interrogées a été déterminé par la saturation théorique des données pour les paramédicaux de ville (définition de l'étude qualitative) et par le nombre limité d'acteurs en hospitalier.

2. b) Biais lié à l'enquêteur : biais d'intervention

Le manque d'expérience de la personne ayant conduit les entretiens semi dirigés a pu au départ poser un problème de spontanéité rendant peut être les entretiens un peu moins fluides.

Les entretiens ont été réalisés par une même personne ce qui peut créer un biais de recueil.

B. 1.2.2. Biais lié à l'interprétation :

Il a été effectué une retranscription minutieuse des entretiens en incluant les onomatopées. L'absence d'un observateur ou de l'utilisation d'une caméra a pu limiter l'interprétation du langage non verbal.

Le codage tardif (après le quatrième entretien) a pu entraîner un retard à la modification de la grille d'entretien.

L'échange avec les investigateurs des trois autres thèses explorant le même sujet du point de vue des chirurgiens, des médecins généralistes et des patients a pu influencer la conduite des entretiens et leur analyse mais a surtout permis de faire évoluer la réflexion sur le sujet permettant d'apporter de nouveaux éléments à cette étude.

III. 1.3 Perspective d'approfondissement :

Les résultats amènent à se poser la question de l'intérêt de créer un modèle de coordination de soins pour les patients pris en charge en chirurgie ambulatoire tout comme pour les malades atteints de maladies chroniques (16) tout en respectant la spécificité de chaque patient.

Pour favoriser le développement de la chirurgie ambulatoire, des mesures sont d'ores et déjà engagées avec le ministère de la Santé et les sociétés savantes, en vue de sensibiliser les professionnels de santé par des actions de formation (17).

Dans la liste des critères d'éligibilité à la chirurgie ambulatoire se trouve actuellement la notion d'une compréhension suffisante, l'aptitude à suivre une prescription médicale, la disponibilité d'une personne accompagnante mais aussi la notion de conditions d'hygiène et de logement au moins équivalentes à ce qu'offre une hospitalisation (18). Se pose alors la question du rôle du médecin généraliste mais aussi des paramédicaux dans éligibilité des patients à la chirurgie ambulatoire.

2. ANALYSE DES PRINCIPAUX RÉSULTATS :

Les représentations et les besoins des paramédicaux vis-à-vis de la coordination entre la ville et l'hôpital sont donc différents d'un point de vue hospitalier et libéral mais semblables au sein de chaque population.

Alors que les hospitaliers ne ressentent pas d'insuffisance dans la coordination actuelle et déclarent ne manquer que de peu d'informations, les paramédicaux à exercice libéral se sentent exclus de celle-ci, même s'ils arrivent à récupérer les éléments nécessaires par d'autres moyens.

Pour répondre à leurs besoins, les paramédicaux à exercice libéral proposent de nombreuses évolutions possibles. Ces propositions comme la mise en place de formations, de protocoles, l'utilisation de fiches de liaison ou la mise en place d'un numéro d'urgence dédié sont déjà décrites dans la littérature (19).

Le développement futur de la chirurgie ambulatoire semble devoir passer par une modification de la coordination entre ces deux mondes afin d'optimiser la prise en charge des patients. Plusieurs études montrent que le rôle de chaque participant doit être clairement défini et qu'une meilleure approche du patient en amont et en aval facilite ce type de prise en charge (20 et 21).

La question des représentations des acteurs de santé de soins primaires vis-à-vis de la « qualité perçue » d'un service pesant lourd dans le choix d'orienter ou non un patient vers ce centre, l'intérêt des établissements à s'attacher à leur image et à l'élaboration d'une relation effective et durable avec son premier adresseur, la ville, est non négligeable (22). Une thèse réalisée sur la chirurgie ambulatoire en 2013 au CHR de Lille soulignait que celui-ci souffre d'un déficit d'image auprès des médecins généralistes sur deux points : l'impression que le médecin opérateur est difficilement identifiable et que la chirurgie ambulatoire y est moins développée. Cette étude retrouvait ainsi les cliniques comme interlocuteurs privilégiés des médecins généralistes (23). Cet élément est en accord avec les données retrouvées dans cette recherche.

Il serait d'ailleurs intéressant d'effectuer un travail d'évaluation de la coordination des soins auprès des établissements privés qui totalisent 82% de l'activité ambulatoire en France (donnée de la direction des hôpitaux 1998).

Le nombre déclaré de prise en charge de patients opérés en chirurgie ambulatoire au CMCA est assez faible dans ce travail. Les patients venant surtout d'établissements alentours pratiquant la chirurgie ambulatoire notamment pour les kinés puisque le CMCA ne réalise pas d'actes de chirurgie orthopédique.

En l'état actuel des choses, la coordination entre les soins primaires et l'hôpital est décrite dans cette étude comme non optimale bien qu'elle ne semble pas avoir de retentissement pour le moment. Une des preuves indirecte de l'absence de

conséquence est le taux de satisfaction globalement élevé des patients opérés en chirurgie ambulatoire (24 et 25).

L'utilisation d'un courrier manuscrit transmis via le patient et adressé uniquement au médecin généraliste favorise la sensation d'exclusion des paramédicaux et la perte d'informations.

Face au manque de coordination actuel, les paramédicaux mettent en place des solutions de remplacement qui apparaissent pertinentes. Cependant, ces solutions semblent également chronophages et peuvent avoir un retentissement sur la prise en charge du patient. Cela nécessitera de poursuivre cette étude exploratoire par une étude médico-économique des solutions de modification proposées.

La méconnaissance des pratiques des services hospitaliers par les professionnels de santé de soins primaires est un élément déjà connu qui pourrait être modifié par la création de formations adaptées (22). L'intérêt de la création d'un site internet pour informer les médecins généralistes avait été souligné en 2013 par une thèse réalisée auprès des médecins généralistes à Lille (23).

L'aspect pratique, accessible et interactif de cet outil apparaît être un atout majeur ouvert à tous les professionnels de santé concernés. L'utilisation d'un forum favoriserait les échanges sans pour autant nécessiter une réponse immédiate. L'existence de protocoles accessibles sur le site limiterait le nombre de recours au service ou à un autre professionnel de santé et permettrait donc un gain de temps.

L'utilité des journées portes ouvertes permettant d'organiser des rencontres entre la ville et l'hôpital est mise en avant dans le rapport de l'ANAP comme outil permettant de communiquer auprès des professionnels de santé des soins primaires sur l'offre ambulatoire (19).

Concernant les informations demandées et la nécessité de pouvoir joindre rapidement quelqu'un en cas d'urgence, elles semblent cohérentes au vu de la prise

en charge requise. Elles sont en accord avec celles retrouvées dans une thèse effectuées à Lille en 2013 (23) et avec les recommandations de l'HAS et de l'ANAP (26).

Les médecins généralistes rapportent des difficultés post-opératoires sur la conduite à tenir vis-à-vis des soins de pansements et sur les complications les plus fréquentes (notamment la douleur) (27). Ces éléments ne sont pas documentés dans la littérature mis à part la douleur comme principale complication à prendre en charge qui n'a pas été abordée par les paramédicaux (24, 27, 28, 29). En effet, seul un kinésithérapeute souligne que celle-ci n'est pas assez expliquée au patient en pré opératoire.

Cette continuité des soins en dehors des heures d'ouverture du service ambulatoire est établie de façon réglementaire par l'article 6124-304 du code de santé publique (26).

Les recommandations suggèrent un appel du patient la veille et le lendemain de l'opération (26). Ces appels sont décrits par les paramédicaux hospitaliers interrogés.

Ces recommandations proposent également d'organiser en amont, en collaboration avec la médecine de soins primaires le retour au lieu de résidence du patient et son suivi après sa sortie en fonction de la prévisibilité des suites opératoires, de ses antécédents médicaux, chirurgicaux, psychosociaux et environnementaux (18 et 26).

Cette étude ne constate pourtant pas de coordination en amont.

L'absence des paramédicaux dans les textes ainsi que le faible recours à leurs compétences joue en défaveur de leur intégration dans cette organisation.

L'ajout d'un appel au paramédical de soins primaires choisi par le patient la veille afin de l'informer de la prise en charge future pourrait être une solution envisageable.

Les médecins généralistes semblent désireux de pouvoir apporter des informations aux anesthésistes en pré opératoire (30) et une étude se posait la question de leur place dans la sélection des patients en pré opératoire notamment sur les éléments relatifs aux conditions de vie (27). Les paramédicaux interrogés se posent également la question de leur place au sein de cette information pré-opératoire.

L'objectif principal de l'étude était d'analyser les besoins et les représentations des paramédicaux de la périphérie Lilloise vis-à-vis de la coordination des soins pour la prise en charge des patients opérés en chirurgie ambulatoire. Comme pour toute innovation, la chirurgie ambulatoire doit faire face à des réticences et des résistances au changement. Une des barrières à son développement est constituée par une coordination non optimale entre les soins primaires et l'hôpital soulignée par cette étude mais déjà connue (20). Les besoins des paramédicaux, non étudiés jusque là, semblent en accord avec ceux des médecins généralistes.

L'étude a permis de mettre en évidence plusieurs propositions de modification au fonctionnement actuel répondant ainsi à l'objectif secondaire de l'étude.

CONCLUSION

Les représentations et les besoins des paramédicaux vis-à-vis de la coordination entre les soins primaires et hôpital diffèrent en fonction de leur appartenance à l'un ou l'autre monde.

Les hospitaliers décrivent l'absence de contact avec les soins primaires mais ressentent peu de manque notamment vis-à-vis des informations reçues.

Invoquant leur droit de savoir même s'ils ne doivent « *réaliser qu'un pansement* », les paramédicaux à exercice libéral réclament une meilleure communication avec ces services et une implication plus importante au sein de cette coordination. Des informations plus précises sur le type d'opérations et les soins à effectuer leur semblent indispensables à une bonne prise en charge du patient.

Leurs propositions de modifications sont variées mais ils soulignent que celles-ci ne peuvent venir que de l'hôpital.

Le développement futur de la chirurgie ambulatoire passe par une transformation de la coordination actuelle afin d'assurer une prise en charge optimale du patient. La mise en évidence des représentations et des besoins des acteurs de celle-ci mais aussi de propositions de modifications au travers des 4 thèses réalisées sur le sujet devrait permettre d'évoluer dans ce sens.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- (1)Ministère des Affaires sociales et de la santé. La chirurgie ambulatoire. 2012 Mai. Consultable à l'URL :
<http://www.sante.gouv.fr/la-chirurgie-ambulatoire.html> (30/08/2014)
- (2)HAS et ANAP. Recommandations organisationnelles. « Ensemble pour le développement de la chirurgie ambulatoire ». 2013 Mai
- (3)HAS et ANAP. Socle de connaissances. Ensemble pour le développement de la chirurgie ambulatoire. 2012, Apr. Consultable à l'URL :
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-04/synthese_-_socle_de_connaissances.pdf (30/08/2014)
- (4)Coordination des soins. HAS. 2013, March. Consultable à l'URL :
http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1367444/fr/coordination-des-soins
(30/08/2014)
- (5)Cour des comptes. Rapport de la sécurité sociale, chapitre VIII : la chirurgie ambulatoire. 2013 Sept.
- (6)HAS. La chirurgie ambulatoire en 12 questions. 2012 Avril. Consultable à l'URL :
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-04/la_chirurgie_ambulatoire_en_12_questions.pdf (30/08/2014)
- (7)Comité technique régional. Articulation ville – hôpital. Rapport. SROS 3 Pays de la Loire. Consultable à l'URL :
[http://www.parhtage.sante.fr/re7/plo/doc.nsf/VDoc/C1256B21004AD6FAC1256F700055B949/\\$FILE/RAPvillehop.pdf](http://www.parhtage.sante.fr/re7/plo/doc.nsf/VDoc/C1256B21004AD6FAC1256F700055B949/$FILE/RAPvillehop.pdf) (30/08/2014)
- (8)République Française. Loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Journal Officiel du 22 juillet 2009.
- (9)Leduc P. Coordination des soins des patients : il manque un chef d'orchestre. Les Echos. 2014, March[consulté le 18/07/2014]. Consultable à l'URL :
<http://www.lesechos.fr/idees-debats/cercle/cercle-94188-coordination-des-soins-des-patients-il-manque-un-chef-dorchestre-1000317.php> (30/08/2014)

- (10) Think Tank/Economie Santé, rapport 2014. Consultable à l'URL : <http://www.lesechos-events.fr/data/document/recommandation-2014.pdf?rand=795282068> (30/08/2014)
- (11) Fineberg HV. A successful and sustainable health system – how to get there from here. *N Engl J Med*. 2012, March; 366: 1020-7
- (12) Maciejasz P. Information des médecins généralistes sur la chirurgie ambulatoire : intérêt d'un site internet [Thèse de Doctorat d'Université, Médecine]. Université du droit et de la santé : Lille ; 2013
- (13) Hubert JC. Place du médecin généraliste dans la prise en charge des complications de la chirurgie ambulatoire [Thèse de Doctorat d'Université, Médecine] . Faculté de Médecine : Nice – Sophia Antipolis ; 2009.
- (14) Anatole Touzet V, Triboulet JP. Chirurgie ambulatoire, médecine ambulatoire, consultations externes, des moyens dédiés et regroupés : vers un « CHU ambulatoire ». Association Française de Chirurgie Ambulatoire. Assises nationales hospitalo-universitaires. 2012, Déc.
- (15) Parmentier G. IAAS Recommendations for the development of Day Surgery Programmes. Suggested international terminology and definitions. Nov 2005. Consultable à l'URL : <http://www.chirurgie-ambulatoire.org/sites/chirurgie-ambulatoire.org/files/documents/professionnels/references-scientifiques/terminologie-iaas-fr.pdf> (30/08/2014)
- (16) Chronic Care Model by EH Wagner's team
- (17) Ministère des Affaires sociales et de la santé. La chirurgie ambulatoire. 2012 Mai. Consultable à l'URL : <http://www.sante.gouv.fr/la-chirurgie-ambulatoire.html> (30/08/2014)
- (18) AFCA et MeaH. Le « bréviaire » de la chirurgie ambulatoire, la chirurgie ambulatoire en 20 questions. AFCA ; Octobre 2007. Consultable à l'URL : <http://www.chirurgie-ambulatoire.org/sites/chirurgie-ambulatoire.org/files/documents/professionnels/references-organisationnelles/breviaire-chirurgie-ambulatoire.pdf> (30/08/2014)

- (19) Chirurgie ambulatoire mode d'emploi. 2013, Nov. ANAP. Consultable à l'URL :
http://www.anap.fr/uploads/tx_sabasedocu/Chirurgie_ambulatoire_mode_emploi.pdf (30/08/2014)
- (20) Castoro C, Bertinato L, Baccaglini U, Drace C, McKee M. European observatory on health system and policies. Day surgery: making it happen. 2007. Consultable à l'URL :
<http://www.doctorsandmanagers.com/adjuntos/18.1-E90295.pdf> (30/08/2014)
- (21) Waibel S, Henao D, Aller MB, Vargas I, Vazquez ML. What do we know about patients' perceptions of continuity of care? INT J QUAL HEALTH C. 2012; 24(1): 39-48. Consultable à l'URL :
http://www.medscape.com/viewarticle/757402_3 (30/08/2014)
- (22) Salmon K. Relations ville/hôpital, quels leviers pour l'amélioration ? Santé Social Klub. 2012, May [consulté le 20/07/2014] ; consultable à l'URL :
<http://santesocialklub.com/2012/05/02/relation-ville-hopital-quels-leviers-pour-lamelioration/> (30/08/2014)
- (23) Maciejasz P. Information des médecins généralistes sur la chirurgie ambulatoire : intérêt d'un site internet [Thèse de Doctorat d'Université, Médecine]. Université du droit et de la santé : Lille ; 2013
- (24) Bain J, Kelly H, Snadden D, Staines H. Day surgery in Scotland: patient satisfaction and outcomes. Qual Health Care, 1999 Jun; 8 (2): 86-91
- (25) Rawal N, Hylander J, Nydahl PA, Olofsson I, Gupta A. Survey of postoperative analgesia following ambulatory surgery. Acta Anaesthesiol Scand, 1997 Sept; 41 (8): 1017 – 22
- (26) HAS et ANAP. Socle de connaissances. Ensemble pour le développement de la chirurgie ambulatoire. 2012, Apr. Consultable à l'URL :
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-04/synthese_-_socle_de_connaissances.pdf (30/08/2014)
- (27) Baillon E. Relation Ville – Hôpital : les attentes des médecins généralistes vis-à-vis de la chirurgie ambulatoire [Thèse de Doctorat d'Université, Médecine]. Université du droit et de la santé : Lille ; 2004
- (28) Hunter JD, Chambers WA, Penny KI. Minor morbidity after day-case surgery. Scott Med J, 1998 Apr; 43 (2): 54-6

(29) Robaux S, Bouaziz H, Cornet C, Boivin JM, Lefèvre N, Laxenaire MC. Acute postoperative pain management at home after ambulatory surgery: a French pilot survey of general practitioners' views. *Anesth Analg* 2002; 95: 1258-62

(30) Vernes E, Viel E, Eledjam JJ. A french survey of ambulatory surgery : what are the education/teaching needs of general practitioners to improve their participation in healthcare of ambulatory surgery patients ? *Ambulatory surg* 2001 ; S 55-6: 11a1

ANNEXES

Annexe 1 : Guide d'entretien

Interne : Céline Vermersch

Guide d'entretien – Bras : chirurgie ambulatoire / Population : Paramédicaux

Projet de recherche VIL-HOP&Co
La Coordination des soins ville-hôpital en chirurgie ambulatoire et en maternité

La coordination des soins est indispensable à la prise en charge des patients. La qualité de celle-ci permet une meilleure efficacité des soins, ainsi qu'une sécurité optimale pour les patients.

Le Projet Vil-hop & Co a pour but d'explorer la coordination des soins entre les différents acteurs concernés par la chirurgie ambulatoire.

Je vous remercie de votre présence aujourd'hui et pour le temps que vous nous accordez.

Votre participation à cette étude est donc primordiale pour apporter des réponses et modifier les pratiques au quotidien.

Ce projet est réalisé sous forme d'entretiens collectifs et/ ou individuels. Ces différents entretiens sont réalisés auprès des patients, d'infirmières, de kinésithérapeutes, de médecins généralistes et des chirurgiens.

Nous vous remercions de nous donner votre accord pour recueillir et enregistrer les données. Ces données seront anonymisées, retranscrites intégralement et analysées.

Question brise glace = Racontez moi comment s'organise la prise en charge des patients opérés en ambulatoire ?

a) Quel est votre rôle dans l'organisation actuelle de la chirurgie ambulatoire ?

- Vous sentez vous concernés par la question de la coordination entre votre cabinet et l'hôpital ?

- Quelles sont les personnes avec qui vous êtes en contact?

- Quels sont selon vous les acteurs qui pourraient avoir un rôle?

- Avez-vous recours à l'utilisation de réseaux?

b) Que pensez vous de votre implication dans la prise en charge des patients ?

- Avant / après l'opération

- A quel moment recevez-vous des informations vis-à-vis de ces patients ?

- A quelle fréquence ?

- Quelles sont les difficultés que vous rencontrez ?

c) Comment s'organise la prise en charge des patients concernés par la chirurgie ambulatoire ?

- Quels moyens de communication utilisez-vous pour être en contact avec les différents acteurs?

- Utilisez-vous des méthodes standardisées / des protocoles définis avec ces patients?

- Avez-vous reçu une formation particulière pour prendre en charge ces patients ?

- Êtes-vous informés de la sortie d'hospitalisation de vos patients après une hospitalisation ambulatoire ?

- Comment êtes-vous associés à la planification de la sortie d'hospitalisation ?

d) Quelle est votre perception vis-à-vis des informations que vous recevez pour la prise en charge de ces patients ?

- Quelles sont les informations que vous apportez/ recevez lors des échanges avec les différents acteurs ?

- Donnez-vous/ recevez-vous des consignes vis-à-vis du suivi ?

- Donnez-vous/ recevez-vous des modalités de rééducation ?

- Une consultation de contrôle est-elle programmée ?

- Que pensez-vous de la transmission des informations entre les différents acteurs ?

- Pensez vous que vous avez reçu les informations nécessaires ?

- Y a-t-il des informations que vous auriez voulu avoir et que vous n'avez pas eues ?

- Quels sont les moyens dont vous disposez pour obtenir des informations sur l'état de santé du patient lorsque vous le voyez pour la première fois en consultation après sa sortie?

e) Quelles propositions de modifications voudriez vous apporter au fonctionnement actuel ?

- Êtes-vous satisfait de cette coordination ?

- Savez vous à qui vous adresser en cas de question / problème ?

- Pensez-vous que les patients sont satisfaits de cette coordination ?

- Quels sont selon vous les obstacles à une bonne efficacité ?

<p>ROLE</p>	<p>- Vous sentez vous concernés par la question de la coordination entre votre cabinet et l'hôpital ?</p>	
	<p>- Quelles sont les personnes avec qui vous êtes en contact?</p> <p>- Avez-vous recours à l'utilisation de réseaux?</p> <p>- Quels sont selon vous les acteurs qui pourraient avoir un rôle ?</p>	
<p>IMPLICATION</p>	<p>- Avant / après l'opération</p> <p>- A quel moment recevez-vous des informations vis-à-vis de ces patients ?</p> <p>- A quelle fréquence ?</p> <p>- Quelles sont les difficultés que vous rencontrez ?</p>	
<p>ORGANISATION</p>	<p>- Quels moyens de communication utilisez-vous pour être en contact avec les différents acteurs?</p> <p>- Utilisez-vous méthodes standardisées / des protocoles définis avec ces patients?</p> <p>- Avez-vous reçu une formation particulière pour prendre en charge ces patients ?</p> <p>- A quelle fréquence ?</p> <p>- Êtes-vous informés de la sortie d'hospitalisation de vos patients après une hospitalisation ambulatoire ?</p> <p>- Comment êtes-vous associés à la planification de la sortie d'hospitalisation ?</p>	
<p>INFORMATIONS RECUES</p>	<p>- Quelles sont les informations que vous apportez lors des échanges avec les différents acteurs ?</p> <p>- Donnez-vous/ recevez-vous des consignes vis-à-vis du suivi ?</p> <p>- Donnez-vous /recevez-vous des modalités de rééducation ?</p> <p>- une consultation de contrôle est-elle programmée ?</p> <p>- Que pensez-vous de la transmission des informations entre les différents acteurs ?</p> <p>- Pensez vous que vous avez reçu les informations nécessaires ?</p> <p>- Y a-t-il des informations que vous auriez voulu avoir et que vous n'avez pas eues ?</p> <p>- Quels sont les moyens dont vous disposez pour obtenir des informations sur l'état de santé du patient lorsque vous le voyez pour la première fois en consultation après sa sortie?</p>	
<p>EFFICACITE</p>	<p>- Êtes-vous satisfait de cette coordination ?</p> <p>- Savez vous à qui vous adresser en cas de question / problème ?</p> <p>- Pensez-vous que les patients sont satisfaits de cette coordination ?</p> <p>- Quels sont selon vous les obstacles à une bonne efficacité ?</p>	

Annexe 2 : Première lettre de recrutement

Mlle Céline VERMERSCH

Interne en Médecine Générale 5ème semestre

06xxxxxx celine.vermersch@wanadoo.fr

Objet : Thèse de Médecine Générale : La coordination des soins en chirurgie ambulatoire

Madame, Monsieur,

Le Projet Vil-hop & Co dont je fais partie dans le cadre de ma thèse a pour but d'explorer la coordination des soins entre les différents acteurs concernés par la chirurgie ambulatoire.

Votre participation à cette étude est donc primordiale pour apporter des réponses et modifier les pratiques au quotidien.

Ce projet est réalisé sous forme d'entretiens collectifs et/ ou individuels. Ces différents entretiens sont réalisés auprès des patients, d'infirmières, de kinésithérapeutes, de médecins généralistes et des chirurgiens.

Je me permets de vous solliciter afin de participer à l'un de ces entretiens.

Seriez-vous disponible à l'une des dates suivantes pour une durée d'environ une heure (repas fourni) :

- Le jeudi 16 janvier 2014 à 19h30

- Le jeudi 30 janvier 2014 à 19h30

- Le jeudi 27 février 2014 à 19h30

Je vous remercie de me confirmer votre présence par mail ou par téléphone.

Toutes les données recueillies seront anonymisées.

D'avance je vous remercie de votre participation,

Cordialement,

Mlle Céline Vermersch

Annexe 3 : Deuxième lettre de recrutement

Mlle Céline VERMERSCH

Interne en Médecine Générale 5ème semestre

06.xxxxxxxx / celine.vermersch@wanadoo.fr

Objet : Thèse de Médecine Générale : La coordination des soins en chirurgie ambulatoire

Madame, Monsieur,

Le Projet VII-hop & Co dont je fais partie dans le cadre de ma thèse a pour but d'explorer la coordination des soins entre les différents acteurs concernés par la chirurgie ambulatoire.

Votre participation à cette étude est donc primordiale pour apporter des réponses et modifier les pratiques au quotidien.

Ce projet est réalisé sous forme d'entretiens collectifs et/ ou individuels. Ces différents entretiens sont réalisés auprès des patients, d'infirmières, de kinésithérapeutes, de médecins généralistes et des chirurgiens.

Je me permets de vous solliciter afin de participer à l'un de ces entretiens.

Seriez-vous disponible à l'une des dates suivantes pour une durée d'environ une heure (repas fourni) :

- Le jeudi 30 janvier 2014 à 19h30
- Le jeudi 27 février 2014 à 19h30
- Le jeudi 6 mars 2014 à 14h
- Le jeudi 27 mars à 19h30

Les entretiens auront lieu à la faculté de médecine de Lille.

Je vous remercie de me confirmer votre présence par mail ou par téléphone (appel ou SMS).

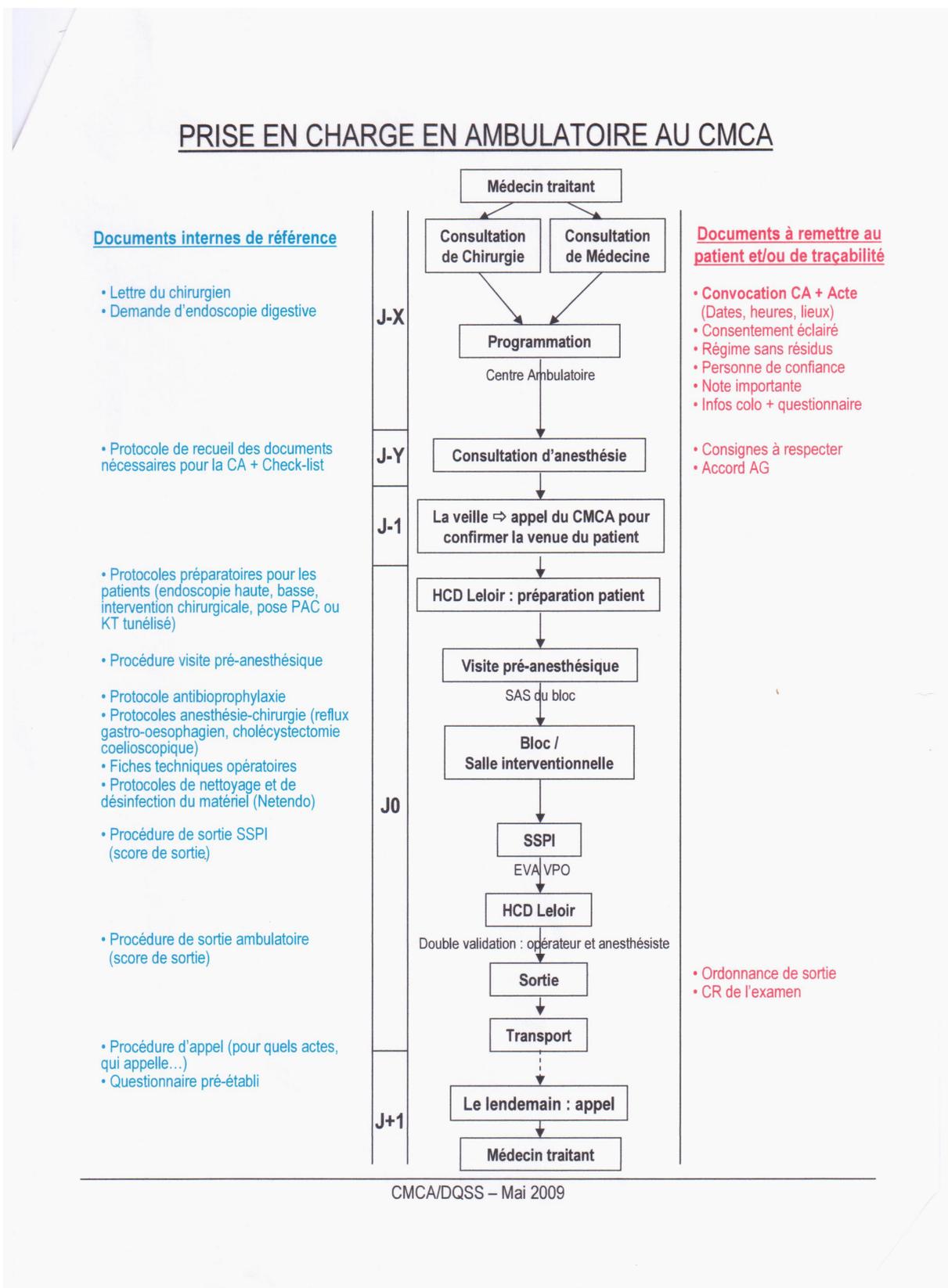
Toutes les données recueillies seront anonymisées.

D'avance je vous remercie de votre participation,

Cordialement,

Mlle Céline Vermersch

Annexe 4 : Prise en charge ambulatoire au CMCA



Annexe 5 : Entretiens retranscrits

Cf CD joint.

L'appel du lendemain

Complications liées au geste

Risque de douleur :

- **Douleur** non oui EVA.....
Type.....
- Douleur soulagée par les antalgiques oui non.....

Risque hémorragique :

- **Pansement propre** oui non.....
- **Écoulement** non oui Quantité.....

Complications liées à l'anesthésie

Risque de rétention urinaire :

- **Miction** oui non

Risque de constipation :

- **Selles** oui non gaz

Risque de nausée/vomissement :

- **Nausée** non oui
- **Vomissement** non oui.....
- **Appétit** oui non

Événements/effets indésirables à domicile

- **Événements** non oui
médecin prévenu non oui (nom et qualité).....
.....
.....
- **Appel** Urgences Chirurgien Anesthésiste Médecin traitant
.....
.....

Identification IDE :

FICHE D'ENTREE EN HCD - LÉLOIR

Clinique Ambulatoire
Huriez RDC Est
UF 1020

Mode d'admission: Domicile Transfert : Service et téléphone :

Mode de sortie

Profession :

Situation familiale :

Nombre d'enfant :

Conditions ambulatoires :

Personne à contacter	Personne de confiance
Nom :	Nom :
Téléphone :	Téléphone :
Lien de parenté :	Lien de parenté :

Motif d'hospitalisation :

Médecin responsable :

Dossier médical : Oui Non

Signature :

Macro-cible d'entrée :

Patient âgé de.....ans, valide et autonome vient pour.....sous AG/AL
et cf./antécédents feuille DIANE IDE

Histoire de la maladie :

Consignes IDE :

Préparation administrative et physique :

Administrative :	Physique :
Accord patient/ambu :	Allergie :
Autorisation parentale :	A jeun :
Consultation d'anesthésie :	Protocole :
	Préparation :
	Prothèses / Bijoux :

Habitude de vie :

Régime alimentaire :

Tabac :

Alcool :

Drogue :

Macro-cible de retour de bloc :

Initiales et signature de l'IDE / AS :

AUTEUR : Nom : VERMERSCH

Prénom : Céline

Date de Soutenance : Vendredi 26 Septembre 2014 à 18h00

Titre de la Thèse : Représentations de la coordination des soins ville-hôpital par les professionnels de santé paramédicaux : une étude qualitative à partir d'un service de chirurgie ambulatoire du CHRU de Lille.

Thèse - Médecine - Lille 2014

Cadre de classement : Médecine générale

Mots-clés : Chirurgie ambulatoire, paramédicaux, coordination des soins, représentations, médecine générale

Résumé :

Contexte La chirurgie ambulatoire est une activité en augmentation qui nécessite de gérer des flux multiples au sein de l'hôpital en lien avec les soins primaires. La coordination entre ces deux mondes apparaît être un élément de premier ordre ciblé comme axe d'amélioration par la Haute Autorité de Santé. La perception des soignants vis-à-vis de cette coordination n'a fait l'objet que de très peu d'études. L'objectif principal de l'étude était d'analyser les besoins et les représentations des paramédicaux de la périphérie Lilloise vis-à-vis de la coordination des soins pour la prise en charge des patients opérés en chirurgie ambulatoire. L'objectif secondaire était de mettre en évidence des propositions de modification au fonctionnement actuel.

Méthode : Une étude qualitative par théorisation ancrée sous forme d'entretiens semi-dirigés a été réalisée de Janvier à Juillet 2014 jusqu'à saturation théorique des données. Les entretiens avaient été retranscrits, anonymisés puis codés grâce au logiciel Nvivo®.

Résultats : 17 entretiens de paramédicaux hospitaliers et libéraux ont été réalisés. Les hospitaliers décrivent l'absence de contact avec les soins primaires et peu de besoins en termes d'informations. Les libéraux se sentent exclus de la coordination actuelle et décrivent un manque d'informations qu'ils arrivent cependant à récupérer en utilisant des solutions de remplacement. La simplicité des actes demandés en post-opératoire limite selon eux le retentissement de cette coordination non optimale. Les propositions de modification sont nombreuses comme par exemple la mise en place de protocoles ou de fiches de liaison ville/hôpital.

Conclusion : L'exploration des représentations des paramédicaux a permis de mettre en évidence un manque du point de vue des libéraux. Le développement futur de la chirurgie ambulatoire passe par une modification de la coordination actuelle afin d'assurer une prise en charge optimale du patient.

Président du Jury: Monsieur le Professeur François René PRUVOT

Assesseurs : Monsieur le Professeur Raymond GLANTENET

Monsieur le Professeur Eric WIEL

Monsieur le Professeur Philippe ZERBIB

Monsieur le Docteur Marc BAYEN

Monsieur le Docteur Matthieu CALAFIORE