



UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2023

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Étude des pratiques de coordination des médecins généralistes et
des infirmiers libéraux autour du patient âgé dans le Grand
Douaisis**

Présentée et soutenue publiquement le 19 Janvier 2023 à
18 h au Pôle Formation

par Guillaume ROOSE

JURY

Président :

Monsieur le Professeur François PUISIEUX

Assesseurs :

Monsieur le Docteur Jan BARAN

Madame le Docteur Perrine ZAMIARA-ROBIQUET

Directeur de thèse :

Madame le Docteur Florie TAVERNIER

Avertissement

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses :

celles-ci sont propres à leurs auteurs

Table des matières

1. INTRODUCTION	3
2. MATÉRIELS ET MÉTHODES	8
2.1. Type d'étude	8
2.2. Population cible	8
2.3. Questionnaires	8
2.4. Recueil de données	11
2.5. Analyse des données	12
2.6. Éthique	13
3. RÉSULTATS	14
3.1. Étude démographique des populations	14
3.2. Principales difficultés rencontrées	18
3.3. Interlocuteur privilégié	21
3.4. Principaux professionnels contactés	21
3.5. Outils de communication	23
3.6. Temps hebdomadaire de coordination	25
3.7. Pratique spécifique de coordination	27
4. DISCUSSION	30
4.1. Synthèse des résultats	30
4.2. Analyse des résultats	31
4.3. Limites et forces de l'étude	43
CONCLUSION	45
BIBLIOGRAPHIE	46
ANNEXES	51
Annexe n°1 : Carte du Grand Douaisis	51
Annexe n°2 : Questionnaire pour les MG	52
Annexe n°3 : Questionnaire pour les IDE	56
Annexe n°4 : Note d'information	60
Annexe n°5 : Protocole de recherche	61

ABRÉVIATIONS

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

HPST : Hôpital-Patient-Santé-Territoire

ARS : Agence Régionale de Santé

HAD : Hospitalisation à Domicile

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

USLD : Unité de Soins de Longue Durée

EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

MG : Médecin Généraliste

IDE : Infirmier(-ère) libéral(-e) Diplômé(-e) d'État

IPA : Infirmier(-ère) en Pratiques Avancées

GHT : Groupement Hospitalier de Territoire

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CHD : Centre Hospitalier de Douai

RGPD : Règlement Général sur la Protection des Données

PDS : Plateforme des Données de Santé

MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelle

LM : Logiciel Métier

RPP : Réunion Pluriprofessionnelle

CRH : Compte-Rendu d'Hospitalisation

MSS : Messagerie de Santé Sécurisée

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

DMP : Dossier Médical Partagé

1. INTRODUCTION

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), un service de santé de qualité se doit d'être : efficace, sûr, centré sur la personne, dispensé en temps utile, équitable, intégré et efficient (1).

La Loi Hôpital Patient Santé Territoire (HPST) en 2009 introduit la nécessité d'inclure le patient au sein d'un parcours de soins cohérent et continu, et propose une coopération entre les différents acteurs du système de santé. L'objectif est d'améliorer le système de soins face au vieillissement de la population et l'accroissement des pathologies chroniques. Elle réaménage le territoire avec notamment la création des Agences Régionales de Santé (ARS), et propose un décloisonnement entre les soins ambulatoires, hospitaliers, et médico-sociaux en promouvant les soins de premiers recours (2).

Dans un esprit de continuité, le Ségur de la santé en a fait une priorité de santé publique : fédérer les acteurs de santé dans le territoire, et proposer une offre de prise en charge intégrée entre la ville, l'hôpital et le secteur médicosocial (3).

Le projet « Ma Santé 2022 » complète alors et poursuit les réformes de santé en favorisant un exercice coordonné au sein de structures ambulatoires dédiées préexistantes (maisons ou centre de santé), en repensant l'offre hospitalière avec des hôpitaux de proximité, et en incitant à une réelle coordination des différents professionnels de santé au sein du parcours de soins (4).

Ainsi depuis plusieurs années, prend place la notion de parcours dans le système de santé. Le parcours se définit comme une prise en charge globale,

structurée et continue des patients, au sein de leur territoire. Cela suppose de réunir prévention, soins et suivi médico-social.

Selon le ministère de la santé, il se définit sur trois niveaux : (5)

- « *Les parcours de santé, qui articulent les soins avec, en amont, la prévention en santé et sociale et, en aval, l'accompagnement médico-social et social, le maintien et le retour à domicile ;*
- *Les parcours de soins, qui permettent l'accès aux consultations de premiers recours et, quand cela est nécessaire, aux autres lieux de soins : hospitalisation programmée ou non (urgences), hospitalisation à domicile (HAD), soins de suite et de réadaptation (SSR), unité de soins de longue durée (USLD) et établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ;*
- *Les parcours de vie, qui envisagent la personne dans son environnement : famille et entourage, scolarisation, prévention de la désinsertion professionnelle, réinsertion, logement... ».*

La loi de modernisation de notre système de santé en 2016 (6,7) précise et définit les équipes de soins primaires comme « *un ensemble de professionnels de santé constitué autour de médecins généralistes de premier recours, choisissant d'assurer leurs activités de soins de premier recours sur la base d'un projet de santé qu'ils élaborent.* »

Au fur et à mesure des années, le système de santé se déplace ainsi d'un modèle hospitalo-centré, très efficace pour traiter une pathologie aiguë, à un système ambulatoire, orienté vers les soins primaires, regroupant l'ensemble des acteurs nécessaires à l'accompagnement des patients dans ces parcours (5).

Les soins primaires sont donc la porte d'entrée dans le système de santé, et coordonnent les services nécessaires à d'autres niveaux. Ils sont le premier contact du patient avec le système de soins, mais sont également structurants tout au long du parcours du patient (8).

Le médecin « traitant », dont le rôle est défini par la loi depuis 2004 (9), se voit confirmer sa place au cœur du parcours de soins. Il s'agit à 99% du temps d'un médecin généraliste (MG) (10). Celui-ci oriente vers les soins spécialisés, centralise les données du patient, et l'accompagne au long de son parcours de soins. Il est à la fois prescripteur et coordinateur des autres professionnels.

Ce « virage ambulatoire » trouve particulièrement sa place auprès du patient âgé dont la population est caractérisée par une grande hétérogénéité sur le plan de l'état de santé, de l'autonomie et des capacités fonctionnelles et cognitives. Les médecins généralistes sont confrontés aux problématiques de polyopathie, iatrogénie, dépendance, isolement, démences et troubles du comportement.

Pour répondre à l'intrication des pathologies chroniques et des problèmes psychologiques et sociaux, il est nécessaire d'organiser l'intervention de plusieurs acteurs (médecins généralistes, infirmiers, aides-soignants, kinésithérapeutes, pharmaciens, laboratoires, équipes mobiles de gériatrie, hôpitaux...).

L'objectif principal lors de la prise en charge des patients âgés est donc d'améliorer la répartition des rôles entre les acteurs du parcours de soins, ce qui renforce le rôle de coordinateur du médecin généraliste (11,12,13).

Au cœur du virage ambulatoire, sont également concernés les infirmiers libéraux (IDE). En effet, de par leur proximité directe avec les patients et leur présence souvent

quotidienne au domicile, ils sont fortement impliqués dans l'offre de soins des territoires.

Parcours de soins, exercice coordonné, virage ambulatoire, nouvelles modalités d'installation font partie des solutions envisagées afin de répondre au vieillissement de la population et à l'accroissement des pathologies chroniques. Notre système de santé procède donc à de constantes modifications d'un modèle de référence, auquel les professionnels de santé doivent s'adapter.

Dans ce contexte, comment ces professionnels adhèrent-ils et s'adaptent-ils à cette nouvelle approche de santé ? Plus particulièrement, comment au quotidien pratiquent-ils la coordination, notamment lors de l'organisation et du suivi du parcours de soins complexe du patient âgé ?

Peu d'études s'intéressent à la communication, à la coordination, entre médecins et infirmiers en ville. Néanmoins, le binôme médecin-infirmier a démontré son efficacité à l'hôpital. Alors qu'en est-il dans une pratique de médecine de ville ? (14)

Nous avons choisi d'interroger à la fois le médecin généraliste et l'infirmier libéral sur leurs modalités de pratique, d'exercice, et de communication.

Connaître leurs modalités d'interactions et leurs difficultés nous paraît indispensable pour comprendre la coordination autour du parcours de soins du patient. Une connaissance plus précise du fonctionnement actuel pourrait également nous aider à améliorer l'adaptation des pratiques et continuer à favoriser l'exercice coordonné.

Nous étudions donc les pratiques de coordination des médecins généralistes et des infirmiers libéraux du Grand Douaisis, territoire de notre lieu d'exercice.

Ce dernier se délimite par un ensemble de 55 communes autour de l'agglomération Douaisienne, comprenant environ 225 000 habitants (15) (cf. annexe N°1). Il est composé de deux hôpitaux de référence : le Centre Hospitalier de Douai et le Centre Hospitalier de Somain, constituant le Groupement Hospitalier de Territoire (GHT).

L'objectif principal de notre étude est le suivant :

- Décrire les pratiques de coordination des MG et IDE du Douaisis et leurs principales difficultés dans l'organisation et le suivi du parcours de soins du patient âgé.

Les objectifs secondaires sont :

- Étudier le lien entre les modes de communication des MG et IDE et leurs modalités d'exercice.
- Connaître l'implication des MG et IDE dans l'utilisation de protocoles de soins.

2. MATÉRIELS ET MÉTHODES

2.1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude quantitative observationnelle descriptive, transversale, réalisée auprès de professionnels de santé (MG et IDE) avec questionnaires standardisés envoyés du mois d'avril 2022 au mois de juillet 2022.

2.2. Population cible

Nous ciblons notre étude sur la population de médecins généralistes et infirmiers libéraux installés dans le canton du Grand Douaisis, lieu de notre exercice.

Nous excluons les médecins généralistes et infirmiers libéraux remplaçants.

Nous dénombrons alors 188 médecins généralistes répartis dans 115 cabinets.

L'effectif total des infirmiers libéraux est calculé à l'aide de l'annuaire santé Ameli.

Nous dénombrons 321 infirmiers dans le canton, dont 118 numéros de téléphone portable recensés.

2.3. Questionnaires

Deux types de questionnaires standardisés sont réalisés : le premier à destination des MG et le second pour les IDE.

Les questionnaires ont été envoyés à quelques MG et IDE hors secteurs avant leurs diffusions, afin de vérifier la bonne compréhension des items et quelques améliorations ont pu y être apportées.

Les questionnaires ne sont validés qu'après avoir répondu à l'ensemble des questions, permettant de n'avoir aucun questionnaire incomplet.

Les questionnaires comportent une partie commune aux MG et IDE (cf. annexes N°2 et 3) :

- Étude sociodémographique : sexe, nombre d'années d'exercice, mode d'exercice, lieu d'exercice, nombre de patients âgés ;
- Présentent-ils des difficultés lors de l'organisation (communication avec les professionnels de ville et de l'hôpital) et le suivi du parcours de soins (récupération des courriers et comptes-rendus) du patient âgé, et si oui, lesquelles ? ;
- Désignation de l'interlocuteur privilégié coordonnateur du parcours de soins (plusieurs choix possibles parmi MG, IDE, médecin spécialiste, kinésithérapeute, aide-soignant, famille, réseau d'aide sociale) ;
- Définition des outils de communication principaux des MG et IDE (plusieurs choix possibles parmi le logiciel métier, le cahier ou feuilles de transmission laissé(e)s au domicile, les ordonnances ou courrier, le smartphone avec l'utilisation de mails, SMS et applications de messagerie instantanée, les appels téléphoniques, les rencontres physiques occasionnelles et les réunions de concertation pluriprofessionnelle) ;

- Désignation des professionnels contactés (plusieurs choix possibles parmi MG, IDE, kinésithérapeute, médecin spécialiste, assistante sociale, laboratoire, pharmacien, auxiliaire de vie, pédicure-podologue) ;
- Le temps hebdomadaire dédié à la coordination par les MG et IDE (moins de 5 heures, entre 5 et 10 heures, entre 10 et 20 heures, plus de 20 heures) ;
- Le souhait d'une formation spécifique de coordination.

Puis une partie centrée sur la pratique autour du patient âgé dans laquelle nous interrogeons sur :

- La réalisation (par les MG) ou le suivi (par les IDE) de protocoles de soins ;
- Les freins pour les MG à la réalisation de ces protocoles de soins (parmi : manque de temps, absence de bénéfice constaté, manque de connaissance du domaine de compétences des intervenants paramédicaux, absence de tarification) ;
- Les bénéfices des protocoles de soins selon les IDE qui en suivent (autonomisation des pratiques, diminution du recours à un avis médical) ;
- La majoration des soins sans ordonnance par les IDE, et pourquoi selon eux (choix parmi : soins dans l'urgence, soins dans leur domaine de compétence, soins autorisés par la loi, accord tacite du MG, ou difficulté à joindre le MG) ;
- Les facteurs selon les MG qui peuvent participer à une augmentation du temps de coordination (diminution du nombre de professionnels, évolution du rôle des professionnels, demande des patients, demande de santé publique).

2.4. Recueil de données

2.4.1. Médecins généralistes

Un listing des professionnels et de leur numéro de contact est établi par le site public de l'état français (www.data.gouv.fr) utilisant l'outil « *opendatasoft* » (plateforme en ligne qui regroupe des données métiers publiques accessibles), en utilisant le mot clé « annuaire santé », et en ciblant la recherche dans le canton du Douaisis.

Nous recueillons ainsi les numéros de téléphone de l'ensemble des cabinets de médecine générale du Douaisis.

L'ensemble des secrétariats des cabinets de médecine générale ou le médecin généraliste lui-même est contacté par téléphone. Le questionnaire ainsi qu'une note d'information de l'étude sont envoyés par mail aux médecins généralistes qui ont accepté de participer immédiatement après l'appel.

Trois relances téléphoniques et trois relances par mail sont effectuées sur la période de l'étude.

Les cabinets de MG restés sans réponse après trois relances téléphoniques sont considérés comme des refus.

2.4.2. Infirmiers libéraux

Un listing des professionnels IDE libéraux avec leur numéro de téléphone portable est établi via l'annuaire santé Ameli.

Les infirmiers libéraux sont contactés par SMS sur ce numéro.

Un lien vers le questionnaire est transmis, avec une note d'information concernant l'étude.

Un total de trois relances par SMS est effectué sur la période de l'étude.

Les IDE restés sans réponse après trois relances par SMS sont considérés comme des refus.

2.5. Analyse des données

Les questionnaires sont créés sur la plateforme Google Forms.

L'anonymisation est automatique. Les données personnelles comme le nom, le prénom, l'âge ou encore l'adresse mail, ne sont pas recueillies.

Les données sont ensuite extraites sur un fichier Excel, protégé par un mot de passe.

Il est ensuite réalisé une analyse descriptive avec calcul de moyennes et de pourcentages.

Les pourcentages ont été comparés entre eux par un test de Fischer. Un lien est considéré significatif si $p < 0.05$, soit un risque de type 1 α de 5%.

Les données ont été analysées par le Dr BARTOLO Stéphanie, épidémiologiste, avec le logiciel STATA 13.0.0.

2.6. Éthique

Cette étude n'entre pas dans le cadre de la « Méthodologie de Référence » (MR-004) de la CNIL car elle ne concerne pas le traitement des données médicales des patients mais la pratique des médecins et infirmiers.

Le Centre Hospitalier de Douai (CHD) est le promoteur de la recherche, et le traitement de données mis en œuvre dans le cadre de cette étude fait l'objet d'une inscription au registre du centre hospitalier de Douai, placé sous la protection du Référent pour la protection des Données du CHD, conformément aux dispositions du RGPD (Règlement Général sur la Protection des Données).

Les données sont également enregistrées sur un répertoire public tenu par la plateforme des données de santé ou Health data hub (PDS).

Une note d'information était délivrée en amont de chaque questionnaire, expliquant les objectifs de l'étude, l'anonymisation des données et la possibilité de refuser de participer à l'étude.

3. RÉSULTATS

3.1. Étude démographique des populations

100% des questionnaires des MG et IDE sont remplis en totalité.

3.1.1. Diagramme de flux de la population de MG

188 médecins généralistes sont recensés dans le territoire, répartis en 115 cabinets différents.

Un total de 73 adresses mails est récupéré, pour un total final de 28 réponses obtenues. Le taux de réponse par mail est de 38%.

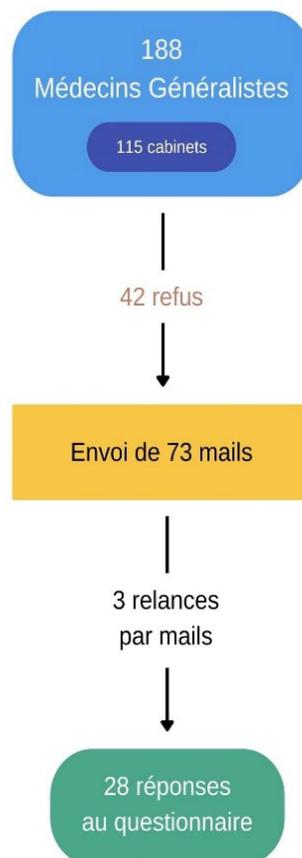


Figure 1 : Diagramme de flux de la population de MG

3.1.2. Diagramme de flux de la population d'IDE

321 infirmiers libéraux sont recensés dans le territoire, avec l'obtention de 118 numéros de téléphone portable référencés, soit 118 demandes par SMS effectuées.

Nous recevons 34 réponses au total, soit un taux de réponse par SMS à 29%.



Figure 2 : Diagramme de flux de la population d'IDE

Nous avons donc contacté 73 MG par mail et 118 IDE par SMS et obtenu un total de 62 réponses. Le taux de réponse globale est de 32%.

3.1.3. Description de la population

La population de médecins généralistes est principalement constituée d'hommes (68%) et exerce en milieu semi-urbain en majorité (57%).

La plupart exercent depuis moins de 10 ans (32%), ou depuis plus de 40 ans (25%).

La majorité des médecins interrogés exercent seuls dans un cabinet (36%). Ils sont 29% à exercer en groupe et 25% en Maison de Santé Pluriprofessionnelle (MSP).

Tableau 1 : Description des caractéristiques de la population de médecins généralistes

Caractéristiques	n	%
Sexe		
Femme	9	32
Homme	19	68
Nombre d'années d'exercice		
Moins de 10 ans	9	32
Entre 11 et 20 ans	5	18
Entre 21 et 30 ans	3	11
Entre 31 et 40 ans	4	14
Plus de 40 ans	7	25
Lieu d'exercice		
Urbain	8	29
Semi-urbain	16	57
Rural	4	14
Mode d'exercice		
MSP	7	25
Groupe	8	29
Seul	10	36
Salarié	1	4
Mixte	2	7

La population d'infirmiers libéraux est principalement constituée de femmes (94%) et exerce majoritairement en milieu rural (47%).

La plupart exerce depuis 11 à 20 ans (41%).

La majorité exerce en groupe (53%), 35% exercent seuls et 12% en MSP.

Tableau 2 : Description des caractéristiques de la population d'infirmiers libéraux

Caractéristiques	n	%
Sexe		
Femme	32	94
Homme	2	6
Nombre d'années d'exercice		
Moins de 10 ans	5	15
Entre 11 et 20 ans	14	41
Entre 21 et 30 ans	9	26
Entre 31 et 40 ans	4	12
Plus de 40 ans	2	6
Lieu d'exercice		
Urbain	11	32
Semi-urbain	7	21
Rural	16	47
Mode d'exercice		
MSP	4	12
Groupe	18	53
Seul	12	35

La répartition du nombre de patients âgés dans la patientèle des MG est hétérogène, toutefois, 50% d'entre eux en suivent plus de 40.

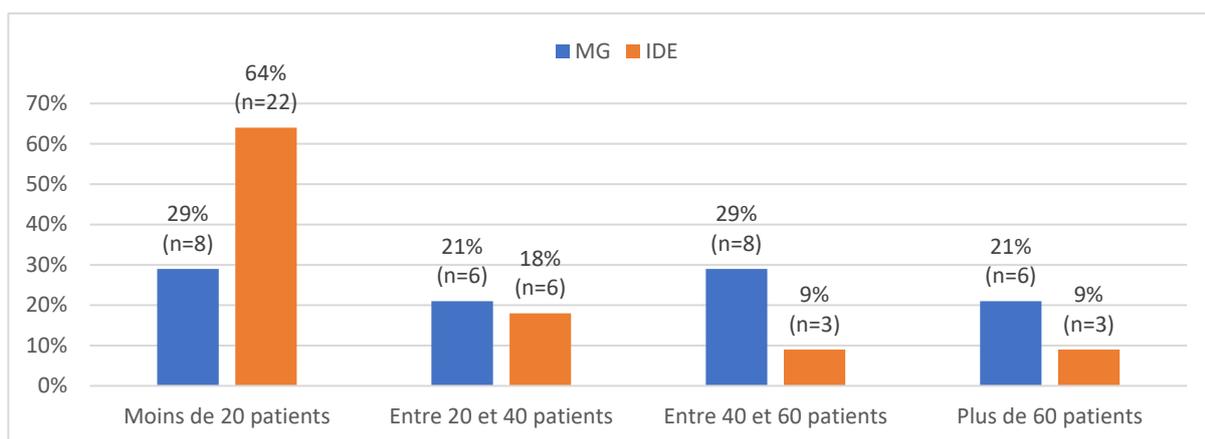


Figure 3 : Nombre de patients âgés dans la patientèle des MG et des IDE

3.2. Principales difficultés rencontrées

3.2.1. Organisation et suivi du parcours de soins

71% des MG et 82% des IDE déclarent présenter des difficultés d'organisation dans le parcours de soins des patients âgés.

50% des MG et 41% des IDE déclarent avoir des difficultés dans le suivi du parcours de soins des patients âgés.

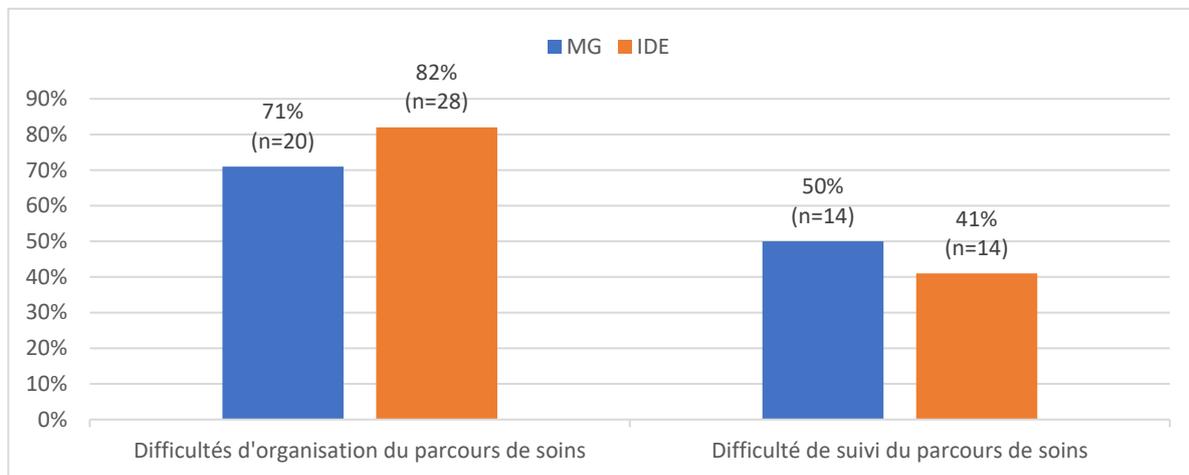


Figure 4 : Difficultés dans l'organisation et le suivi du parcours de soins des patients âgés d'après les MG et les IDE

95% des MG présentant des difficultés d'organisation ont de manière statistiquement significative une difficulté à joindre l'hôpital ($p=0.003$). 70% des MG ayant des difficultés d'organisation, souhaiteraient de manière statistiquement significative avoir accès à une formation de coordination spécifique ($p=0.044$).

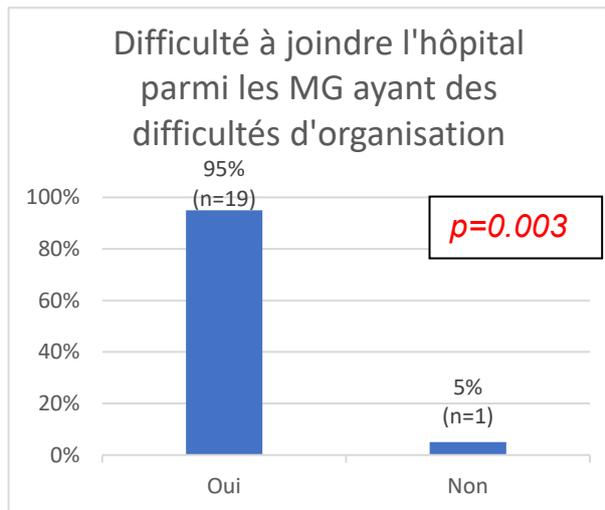


Figure 5 : Taux de MG présentant des difficultés d'organisation en fonction de la difficulté à joindre l'hôpital

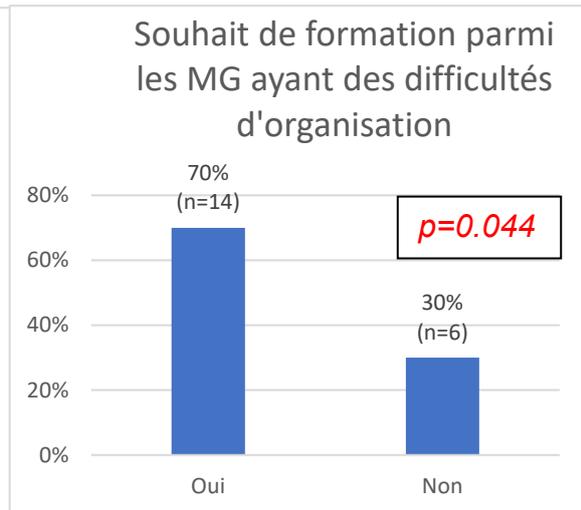


Figure 6 : Taux de MG présentant des difficultés d'organisation en fonction de leur souhait de formation aux pratiques de coordination

Nous n'observons pas de différence significative entre le nombre de patients âgés par MG ou IDE et leurs difficultés d'organisation.

95% des MG et des IDE qui ont des difficultés d'organisation ont également des difficultés de communication, mais aucun lien significatif n'est mis en évidence ($p=0.188$ pour les MG et $p=0.074$ pour les IDE).

3.2.2. Difficultés de communication

89% des MG et 91% des IDE rencontrent des difficultés de communication avec les autres professionnels de santé lors de la prise en charge des patients âgés.

Plus spécifiquement, 79% des MG et 50% des IDE ont des difficultés à joindre un professionnel de l'hôpital.

Les IDE sont 53% à déclarer des difficultés à joindre les professionnels de ville (médecin généraliste, infirmier, ou autre...) alors que les MG sont moins nombreux (21%).

47% d'IDE et 46% de MG présentent des difficultés à récupérer les courriers et comptes-rendus.

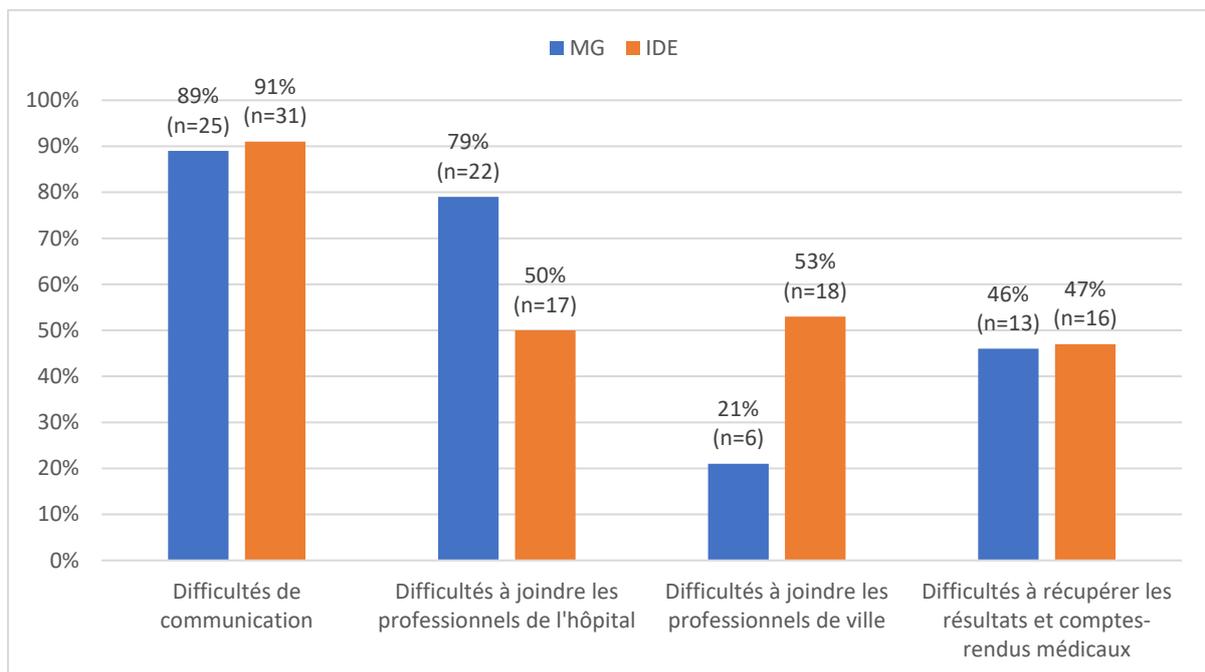


Figure 7 : Difficultés des MG et IDE de communication dans le cadre du suivi des patients âgés

3.3. Interlocuteur privilégié

Les MG sont 82% à désigner le médecin généraliste lui-même comme interlocuteur privilégié coordinateur du parcours de soins. Ils sont 43% à considérer l'IDE comme interlocuteur privilégié. 29% citent la place de la famille.

Les infirmiers sont d'accord et citent à 82% le médecin généraliste comme l'interlocuteur privilégié coordinateur du parcours de soins. Mais attribuent une plus grande place à l'IDE, qui est vu par 68% d'entre eux comme l'interlocuteur privilégié.

Ils sont également 26% à citer la place de la famille.

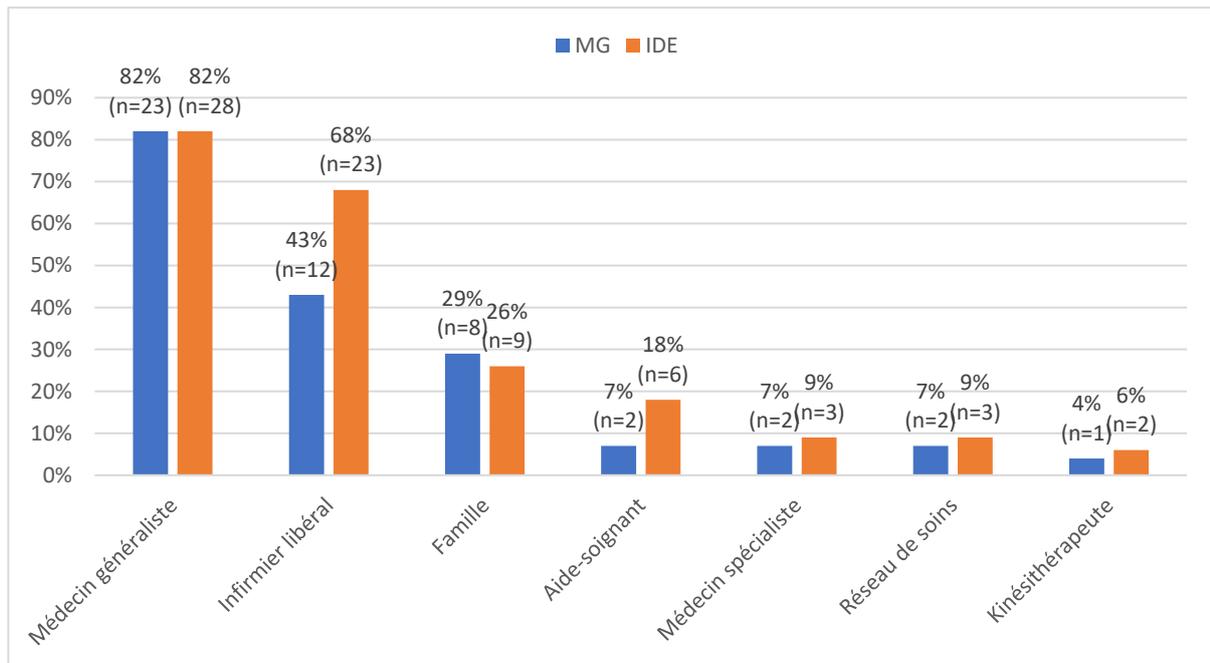


Figure 8 : Interlocuteur privilégié coordinateur du parcours de soins selon les MG et les IDE

3.4. Principaux professionnels contactés

Les MG déclarent le plus souvent contacter les IDE (à 100%), les médecins spécialistes (96%), le pharmacien (89%), les laboratoires et les kinésithérapeutes (79% chacun).

Ils ont moins de contact avec les aides-soignants (57%), les assistantes sociales (41%) et les pédicures-podologues (18%).

Les IDE contactent principalement les MG (100%), les pharmaciens (100%), les laboratoires (97%), et les aides-soignants (88%).

Ils contactent également les kinésithérapeutes (65%), les assistantes sociales (65%), les médecins spécialistes (59%) et les pédicures-podologues (53%).

Ni les médecins généralistes ni les infirmiers libéraux n'ont de contact avec les services de soins à domicile.

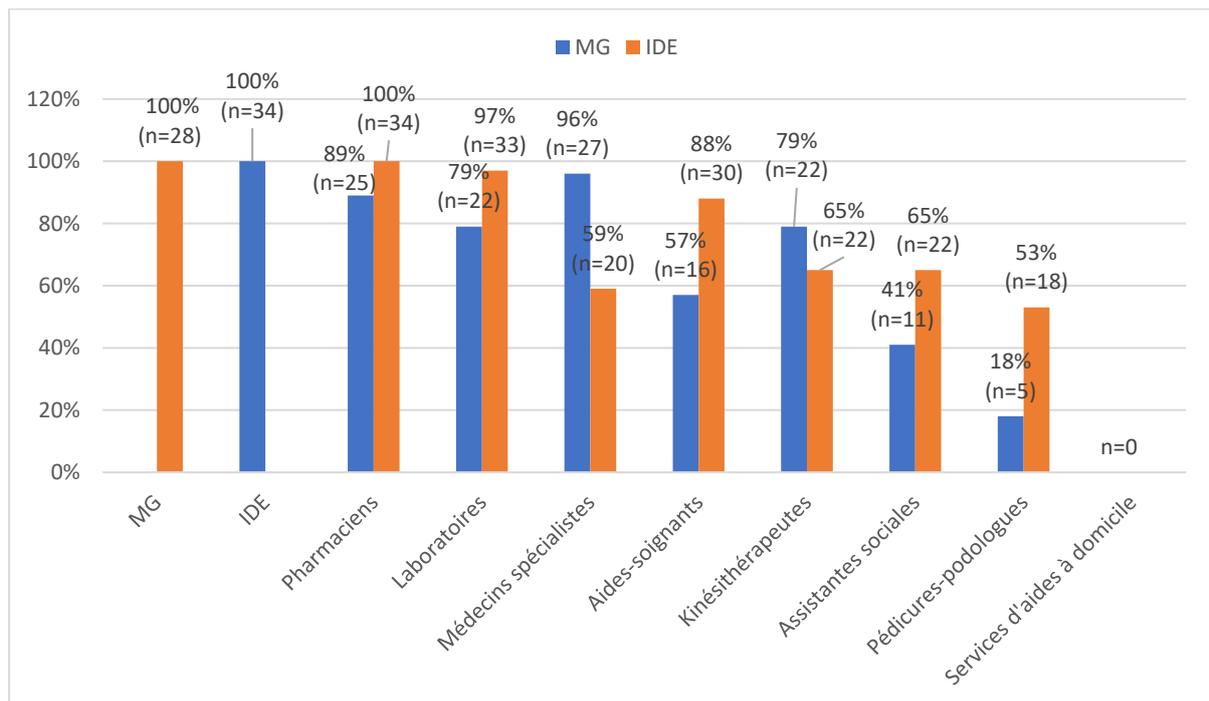


Figure 9 : Professionnels contactés par les MG et les IDE

3.5. Outils de communication

Le mode de communication principal des MG avec les autres professionnels est l'appel téléphonique, utilisé par 75% d'entre eux. Ils sont 36% à déclarer utiliser le mail, les SMS ou les applications de messagerie instantanée via smartphone.

Ils communiquent aussi avec les supports papier par ordonnance ou courrier (57%) ou cahier laissé au domicile (43%).

26% rencontrent physiquement leur interlocuteur, et 7% au cours de réunion de concertation pluriprofessionnelle (RPP).

14% des MG utilisent leur logiciel métier (LM) pour communiquer avec les autres professionnels.

Les IDE communiquent principalement par appel téléphonique (88%) ou par leur smartphone (71%). Ils utilisent aussi les supports papiers par cahier laissé au domicile (56%), mais rarement par ordonnance ou courrier (12%).

18% rencontrent physiquement leur interlocuteur, et aucun n'a participé à des réunions de concertation pluriprofessionnelles.

Ils sont 12% à communiquer par un logiciel métier.

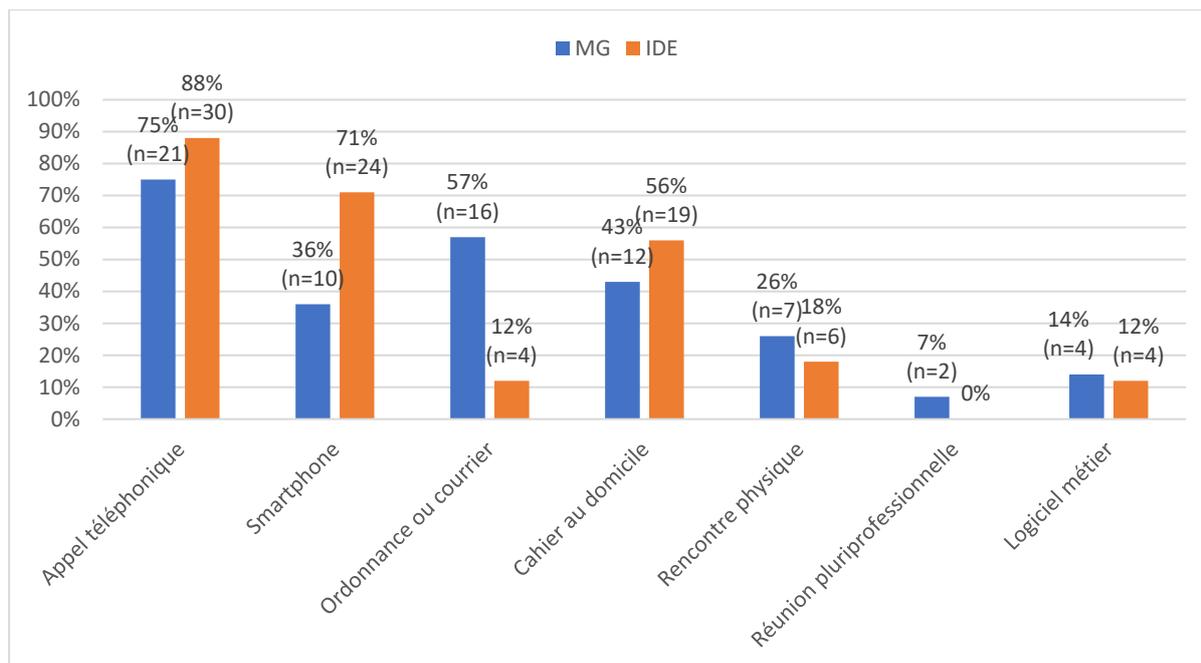


Figure 10 : Outils de communication des MG et IDE

75% des MG utilisant le LM exercent en MSP, avec une association statistiquement significative ($p=0.030$).

Nous ne mettons pas en évidence de lien significatif entre les autres modes de communication et les différentes modalités d'installation, que ce soit pour les MG ou les IDE.

Tableau 3 : Mode de communication utilisé par les MG en fonction de leur mode d'installation

	MSP	Mixte	Salarié	Seul	Groupe	Valeur p^*
Logiciel métier	75% (n=3)	25% (n=1)	0%	0%	0%	0,03
Cahier laissé au domicile	33% (n=4)	8% (n=1)	0%	26% (n=3)	33% (n=4)	0,795
Ordonnance ou courrier	25% (n=4)	6% (n=1)	6% (n=1)	38% (n=6)	25% (n=4)	0,01
Smartphone	40% (n=4)	10% (n=1)	0%	40% (n=4)	10% (n=1)	0,383
Appel téléphonique	24% (n=5)	5% (n=1)	5% (n=1)	28% (n=6)	38% (n=8)	0,22
Rencontre occasionnelle	14% (n=1)	0%	0%	43% (n=3)	43% (n=3)	0,672
RPP	100% (n=2)	0%	0%	0%	0%	0,333

* Valeur p du test de Fischer

Tableau 4 : Mode de communication utilisé par les IDE en fonction de leur mode d'installation

	MSP	Groupe	Seul	Valeur p*
Logiciel métier	25% (n=1)	25% (n=1)	50% (n=2)	0,413
Cahier laissé au domicile	16% (n=3)	58% (n=11)	26% (n=5)	0,545
Ordonnance ou courrier	0%	100% (n=4)	0%	0,155
Smartphone	17% (n=4)	58% (n=14)	25% (n=6)	0,147
Appel téléphonique	13% (n=4)	54% (n=16)	33% (n=10)	1
Rencontre occasionnelle	50% (n=3)	0%	50% (n=3)	0,07
RPP	0%	0%	0%	NA**

* Valeur p du test de Fischer ; NA** : Non Applicable

3.6. Temps hebdomadaire de coordination

Plus de 60% des MG et IDE passent en moyenne moins de 5 heures par semaine à des pratiques de coordination de soins.

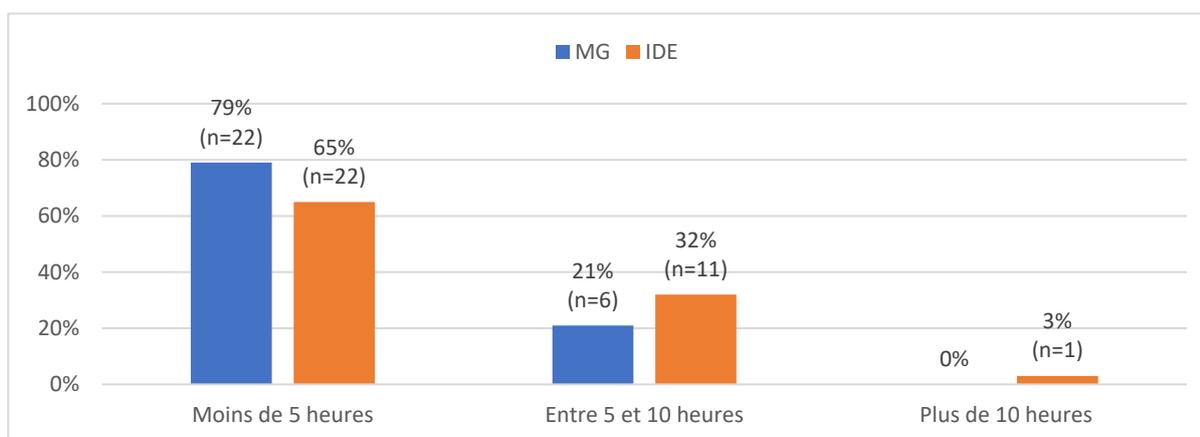


Figure 11 : Temps moyen hebdomadaire à des pratiques de coordination

Selon les MG, le temps de travail de coordination aurait tendance à augmenter en raison de différents facteurs, et principalement en raison de l'évolution du rôle de médecin généraliste (68%), de la demande des patients (57%), ou de la diminution du nombre de médecins généralistes (53%).

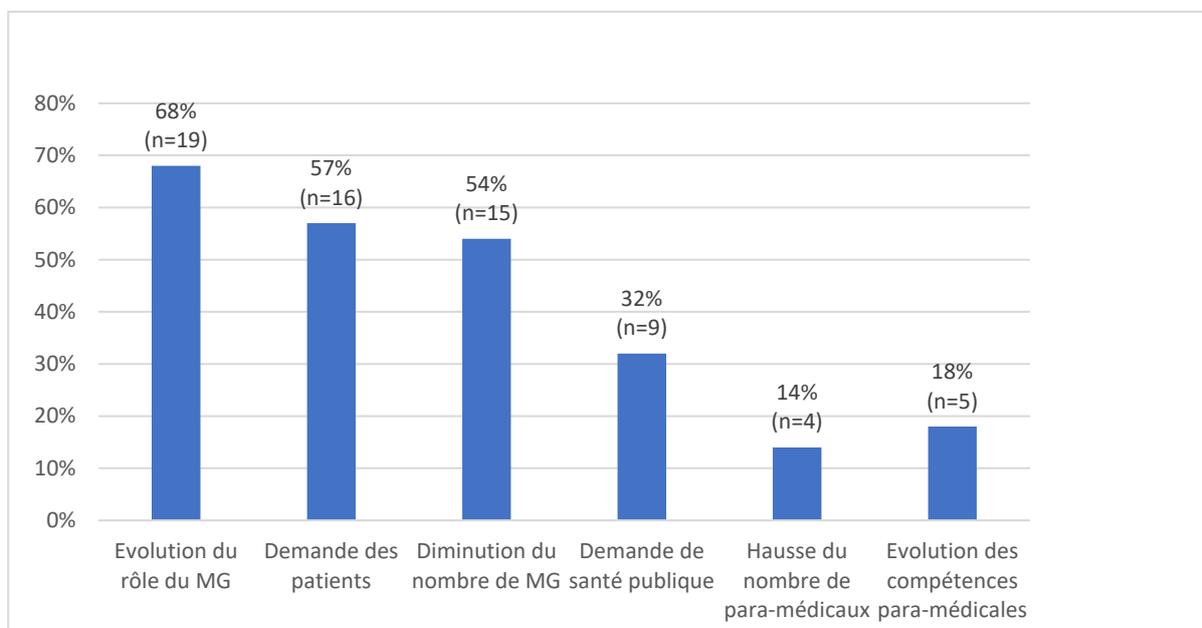


Figure 12 : Facteurs participant à une augmentation du temps de travail de coordination selon les MG

3.7. Pratique spécifique de coordination

Globalement, ils sont 89% de MG et 97% d'IDE à être d'accord pour dire qu'un travail spécifique de coordination permet d'éviter des ruptures du parcours de soins.

3.7.1. Protocoles de soins

36% des MG déclarent utiliser des protocoles de soins à destination des intervenants paramédicaux.

Les principaux freins à l'utilisation des protocoles de soins selon les médecins qui n'en utilisent pas (soit 64% des MG) sont le manque de temps (67% d'entre eux) et le manque de connaissance des compétences paramédicales (61%).

Le manque de tarification est cité par 22%, et le manque de bénéfice constaté par 17%.

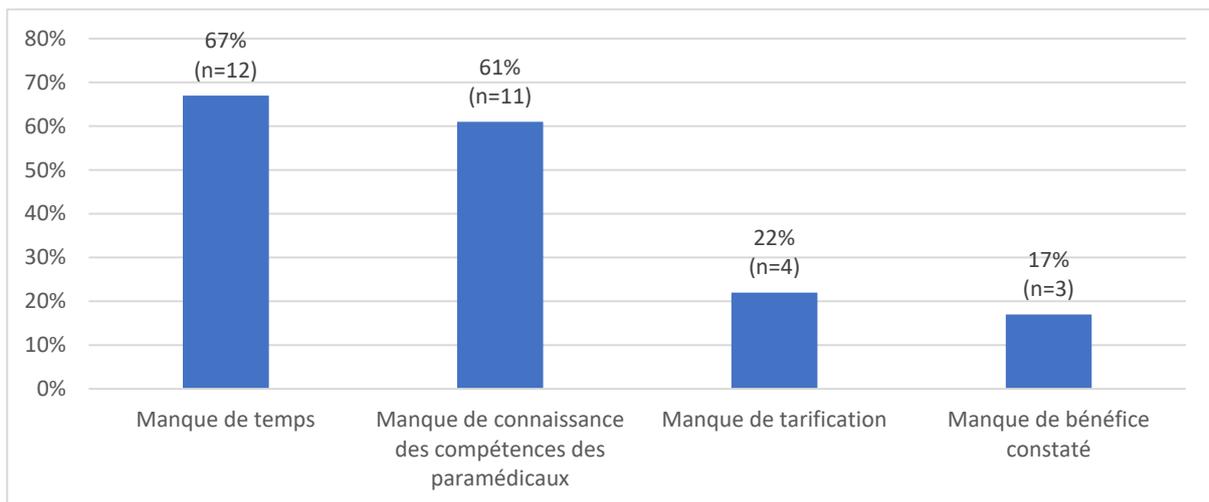


Figure 13 : Freins à la rédaction de protocole de soins par les MG (N=18)

74% des IDE considèrent que les protocoles de soins permettent de diminuer le recours au médecin.

Les IDE sont 65% à suivre des protocoles de soins dont 64% à considérer que ces protocoles permettent une autonomisation de leurs pratiques.

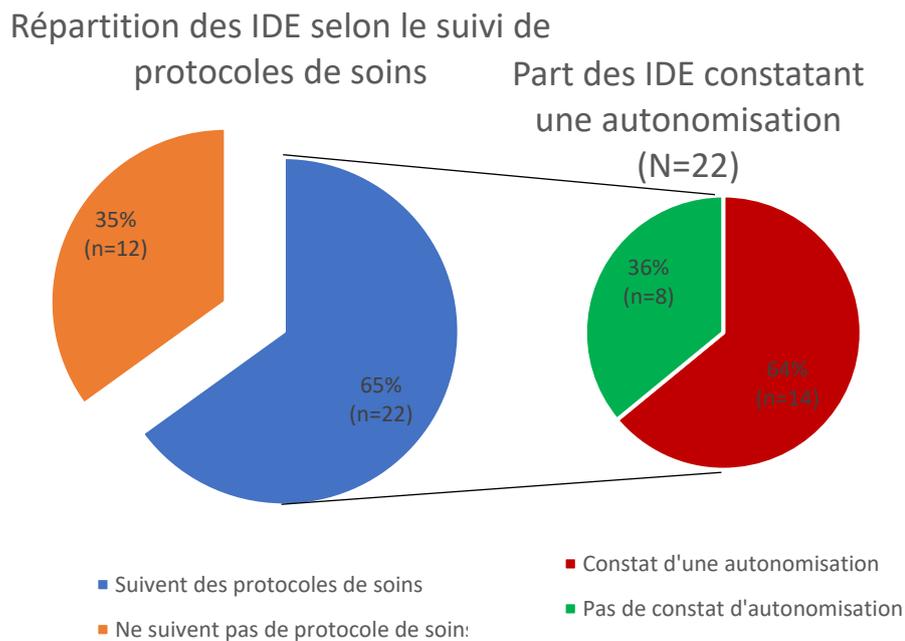


Figure 14 : Suivi de protocoles de soins par les IDE et bénéfice constaté (parmi ceux qui en suivent)

3.7.2. Autonomisation des IDE

65% des IDE constatent une majoration de soins de leur part pratiqués sans ordonnance.

Les raisons principales de cette majoration sont la difficulté à joindre le médecin (55%), la nécessité de soins urgents (55%), ou la pratique de soins dans le domaine de compétences du soignant (59%).

38% estiment avoir l'accord tacite du médecin, et 18% pensent que la loi a facilité les soins sans ordonnance.

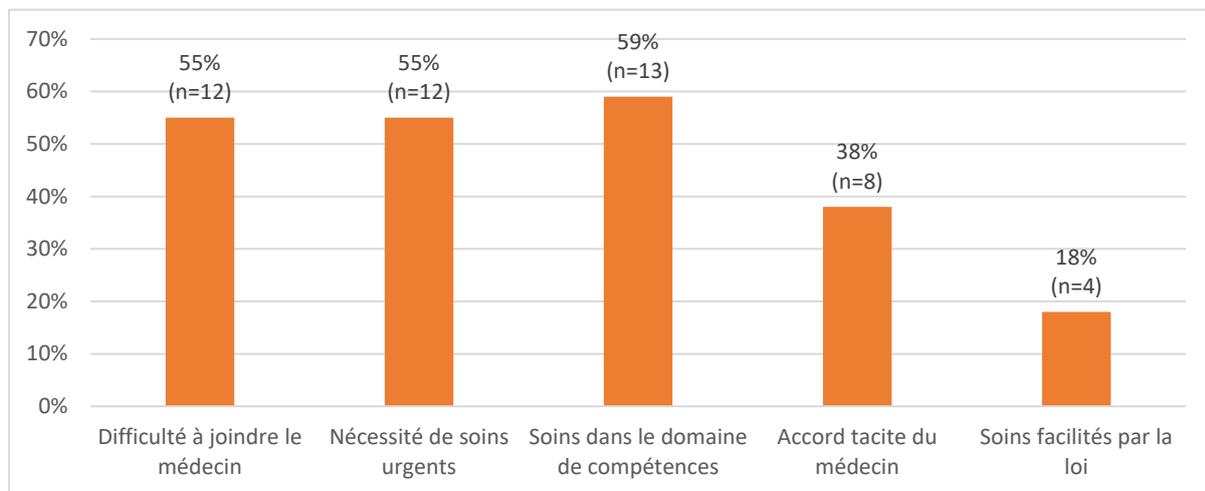


Figure 15 : Raisons favorisant l'augmentation des soins sans ordonnance, selon les IDE qui l'ont constaté (N=22)

41% (n=14) des IDE déclarent avoir déjà orienté un patient vers un médecin spécialiste sans en avoir informé le médecin traitant.

3.7.3. Formation aux pratiques de coordination

57% des MG et 65% des IDE interrogés se disent favorables à une formation spécifique aux pratiques de coordination.

4. DISCUSSION

4.1. Synthèse des résultats

Notre étude permet de réaffirmer l'intérêt des MG et IDE du Douaisis pour le travail de coordination, grâce auquel plus de 90% d'entre eux reconnaissent une diminution des ruptures du parcours de soins de leurs patients.

Néanmoins, plus de 70% des MG et IDE interrogés déclarent des difficultés dans l'organisation de ce parcours de soins, et environ la moitié d'entre eux présentent des difficultés dans le suivi du parcours de soins.

Environ 90% d'entre eux présentent des difficultés de communication entre professionnels de santé en général, et la moitié trouve difficile la récupération des comptes rendus médicaux. La plupart des MG et IDE (plus de 50%) soulignent des difficultés à joindre un professionnel de l'hôpital. D'ailleurs, 95% des MG ayant des difficultés d'organisation du parcours de soins présentent une difficulté à joindre un professionnel de l'hôpital, de manière statistiquement significative ($p=0.003$).

L'appel téléphonique est le mode de communication privilégié de plus de 75% des professionnels interrogés, dépassant les supports papier, le logiciel métier et les rencontres physiques (avec très peu de RPP). Le logiciel métier est significativement plus utilisé pour les MG installés en MSP (75% de ceux l'utilisant exercent en MSP, $p=0.03$). Il n'y a pas de lien significatif entre les autres modes de communication et les modes d'installation.

Peu de protocoles de soins sont utilisés par les MG (36%), par manque de connaissance ou de temps, comparativement à 65% des IDE qui déclarent en suivre, dont 65% considèrent que cela autonomise leur pratique.

Enfin, leur temps de pratique hebdomadaire est relativement faible comparativement au travail que cela peut demander. Plus de la moitié d'entre eux seraient favorables à une formation spécifique.

4.2. Analyse des résultats

4.2.1. Comparaison de l'échantillon à la population nationale

4.2.1.1. Population de médecins généralistes

Dans notre étude, la population de médecins généralistes (n=28) est en majorité constituée d'hommes (68%), exerçant en milieu semi-urbain (57%). 50% des répondants exercent depuis moins de 20 ans, et 25% depuis plus de 40 ans. Notre échantillon est caractérisé par une hétérogénéité du mode d'exercice puisque 36% exercent seuls, 29% en groupe, et 25% en MSP.

En France, au 1^{er} Janvier 2022, on dénombrait 84 133 médecins généralistes en activité régulière dont 52.5% sont des femmes. Leur âge moyen est de 50 ans (16). Dans le Douaisis, 61,3% des MG ont plus de 55 ans.

4.2.1.2. Population d'infirmiers libéraux

Notre population d'IDE (n=34) est globalement représentative de la population d'IDE nationale. En effet, notre échantillon est majoritairement composé de femmes (94%), exerçant principalement depuis moins de 30 ans (plus de 80% d'IDE), et à près de 50% en milieu rural.

En France au premier Janvier 2022, la population d'IDE est à 87% composée de femmes, et l'âge moyen est de 42 ans (17).

4.2.2. Organisation et suivi du parcours de soins

Les deux populations de MG et IDE déclarent en grande proportion (plus de 70% d'entre eux) des difficultés dans l'organisation du parcours de soins du patient âgé.

Dans notre questionnaire, l'organisation du parcours de soins implique une démarche active et centralisatrice, puisqu'elle comprend l'orientation des patients vers les différents interlocuteurs selon leurs besoins (MG, IDE, spécialiste, laboratoire, pharmacie, assistante sociale...), la récupération puis la diffusion des informations à ces interlocuteurs, l'anticipation des événements à venir (consultation spécialiste, hospitalisation, transports, renouvellement de traitement...), la vérification de la bonne application des traitements...

Cette organisation est d'autant plus compliquée chez le patient âgé, touché par des problématiques de troubles cognitifs, d'isolement, de dépendance, de chutes à répétition qui sont déjà sources de difficultés dans le parcours de soins (13).

Le suivi du parcours de soins tel que nous l'avons décrit, à savoir la réception des informations et la prise de connaissance des prochains rendez-vous, dans lequel les professionnels sont receveurs de l'information des autres intervenants et non plus acteurs, est source de difficultés pour moins de 50% des MG et IDE.

4.2.3. Communication entre les différents intervenants

Environ 90% des MG et IDE interrogés soulignent des difficultés de communication avec les autres professionnels lors de la prise en charge de patients âgés.

Plus spécifiquement, MG et IDE ont des difficultés à joindre les professionnels de l'hôpital (80% et 50% respectivement), à savoir dans notre territoire principalement le CH Douai et le CH Somain, composant le GHT et disposant de l'ensemble de la filière gériatrique.

De plus dans notre étude, 95% des MG ayant des difficultés d'organisation ont également des difficultés à joindre les professionnels de l'hôpital, ce qui représente une association statistiquement significative ($p=0.003$)

Le lien ville-hôpital est un enjeu depuis de nombreuses années. De précédents travaux montraient une volonté des MG de transmettre aux médecins hospitaliers leur connaissance de leurs patients, mais déploraient une communication souvent indirecte, passant par des standards téléphoniques et une difficulté à créer des contacts privilégiés (18).

Pour faciliter ces contacts, le CH Douai a mis en place une ligne téléphonique gériatrique directe dédiée, une équipe mobile extrahospitalière (19) et plus récemment une consultation d'urgence gériatrique permettant une expertise spécialisée rapide pour des situations difficiles en ville.

Les professionnels interrogés sont moins de 50% à déclarer des difficultés à récupérer les comptes-rendus et résultats médicaux.

Une thèse qualitative en 2018 évaluait les attentes des MG du Douaisis concernant le compte rendu d'hospitalisation (CRH) et citait le délai d'obtention du CRH comme axe principal d'amélioration (20).

L'utilisation des messageries de santé sécurisées (MSS), de plus en plus développée sur le territoire national (21,22), est une solution fréquemment évoquée par les professionnels (23,24).

Le déploiement global des MSS à tous les professionnels de santé permettrait de réduire encore ces délais.

Les IDE, contrairement aux MG, sont nombreux (53% des IDE pour 21% de MG) à signaler une difficulté à joindre les professionnels de ville.

MG et IDE contactent tous deux une grande variété de professionnels, mais quelques différences liées à l'exercice de la profession peuvent s'observer. Ainsi dans notre étude les MG auront plus de contacts avec les médecins spécialistes que les IDE (96% des MG et 59% des IDE), et les IDE sont plus en contact avec les aides-soignants ou les assistantes sociales que les MG (respectivement 88% des IDE pour 57% des MG, et 65% des IDE pour 41% des MG).

Dans une thèse parue en 2014 à Rouen, les MG interrogés déclaraient avoir plus de facilités à joindre un médecin spécialiste libéral plutôt qu'hospitalier (25).

Une autre thèse étudiant le ressenti des kinésithérapeutes et des IDE sur leur communication avec le MG retrouve cette difficulté de communication. Les professionnels paramédicaux se sentent alors limités à un simple rôle d'exécutant, et non inclus dans le parcours du patient. Ils citent alors les RPP et l'exercice de groupe comme une solution à ces difficultés (26).

D'autre part, aucun IDE ou MG ne déclare contacter les services d'aide à domicile (SSIAD). Ces services sont essentiels dans le maintien à domicile des personnes âgées dépendantes et sont pourtant écartés de la coordination au sein du parcours de soins. Ce manque de communication peut être un axe d'amélioration dans la prise en charge des personnes âgées dépendantes, dont le maintien à domicile dépend de la qualité de soins distribués par ces structures.

Ceci semble contradictoire avec une enquête de la DREES en 2014, qui montrait que dans plus de 90% des cas, l'intervention d'un SSIAD au domicile était motivée par une demande des MG, souvent satisfaits de la prise en charge coordonnée. Cependant dans cette même étude, cette demande était à l'initiative de la famille dans plus de 50% des cas (27). Une étude en Auvergne en 2015 cite également la famille comme à l'origine de la demande de prise en charge dans plus de 50% des cas (28).

4.2.4. Les outils de communication

Pour les professionnels interrogés, le mode de communication principal est l'appel téléphonique, utilisé par plus de 70% d'entre eux.

Il est un mode de communication simple et instantané, permettant une réponse quasi immédiate (contrairement aux mails ou SMS), adapté aux situations d'urgences. Cependant il nécessite au préalable l'échange de coordonnées, peut vite devenir chronophage et un handicap dans la pratique quotidienne, empêchant les professionnels de se consacrer à leurs autres tâches. Il peut aussi poser le problème de confidentialité des informations échangées, les professionnels étant parfois en présence d'autres patients lors de l'appel téléphonique (29).

L'appel téléphonique reste le mode de communication préféré des professionnels, mais ses limites nécessitent d'autres méthodes à utiliser en complémentarité.

Dans notre étude, seuls un peu plus de 10% des MG et IDE utilisent le logiciel métier à des fins de communication entre professionnels. Une association significative est retrouvée avec l'installation en MSP (75% des MG utilisant le LM sont installés en MSP, $p=0.03$), avec toutefois un effectif très faible ($n=3$). Le fonctionnement même de la MSP explique ce résultat, un des prérequis à sa création étant l'utilisation d'un logiciel commun partagé.

Ce dernier facilite la rédaction d'ordonnances et de courriers par les MG, en reprenant les informations du patient de façon plus détaillée (29), mais MG et IDE ne sont souvent pas équipés des mêmes logiciels car leurs besoins sont différents (30). De plus, le LM n'est pas facilement accessible lors de la visite au domicile du patient, mode de consultation privilégié pour les patients âgés (31).

Il serait nécessaire d'améliorer l'accessibilité des LM, notamment par l'usage d'une application ou d'une tablette, que les professionnels pourraient emporter au domicile du patient. Il serait également intéressant d'uniformiser les LM, afin qu'ils couvrent les besoins de l'ensemble des professionnels (32).

L'évolution rapide des nouvelles technologies et des outils numériques de santé solutionnera peut-être les difficultés actuelles. Cependant, la formation des professionnels à ces nouvelles technologies est un enjeu crucial à leur bon développement et leur bonne utilisation (33).

Les supports papier sont utilisés à la fois par les MG et les IDE, mais sous des formes différentes : l'ordonnance ou courrier pour 57% des MG, et le cahier de transmission laissé au domicile pour 56% des IDE.

Les supports papiers pallient le défaut de portabilité des supports informatiques (LM) au domicile. Ils ont pour but de centraliser les informations et d'être accessibles à l'ensemble des professionnels, mais aussi à l'entourage non soignant du patient. Ils requièrent toutefois un investissement de chacun des intervenants, avec exhaustivité et régularité (34). Dans notre étude comme dans d'autres études préalables, les MG semblent moins utiliser ce dossier papier au domicile que les IDE (35), et privilégient l'ordonnance, qui a le défaut d'être unidirectionnelle.

Les rencontres physiques sont utilisées par seulement 26% des MG et 18% des IDE. Pourtant, MG et IDE reconnaissent qu'un travail en équipe favorise la qualité des soins apportés (36). Les réunions pluriprofessionnelles (RPP) sont une bonne solution pour favoriser la rencontre des professionnels. Elles sont un lieu de partage des connaissances et d'apprentissage, dans un but d'amélioration des pratiques professionnelles (37). Elles nécessitent de travailler dans des locaux communs. Les MSP sont l'endroit idéal pour ces rencontres, mais seuls 2 MG sur 7 travaillant en MSP dans notre étude y participent.

Finalement, le smartphone au sens large pourrait être un mode de communication alternatif à développer.

L'avantage du smartphone est de regrouper plusieurs technologies de communication. En effet, en plus des SMS, mails et appels téléphoniques, les IDE utilisent par exemple

le smartphone pour le suivi des plaies chroniques par photographie, et pour les transmissions entre collègues (38). Les IDE de notre étude semblent déjà l'utiliser plus que les MG, puisque plus de 70% d'entre eux communiquent via SMS, mails, ou applications de messagerie instantanée. Il est probablement le mode de communication privilégié entre les IDE.

Plus récemment, l'Assurance Maladie propose un nouveau service appelé « Mon Espace Santé ». Il s'agit d'une plateforme accessible sur ordinateur ou smartphone, comportant le dossier médical du patient, ses traitements, ses ordonnances et résultats médicaux (biologie, imagerie), ainsi qu'une ligne de messagerie permettant aux professionnels de communiquer avec le patient (à sens unique). Cet espace est à remplir par le patient (ou un proche) et s'articule avec les autres outils numériques préexistants, comme le Dossier Médical Partagé (DMP) (39).

Cependant afin d'éviter de reproduire l'échec du DMP, les professionnels de santé doivent être accompagnés dans le développement de ces nouvelles technologies. De nombreuses études ont montré qu'un défaut de connaissance était la principale raison du faible taux de création de DMP, malgré un intérêt des professionnels (40,41).

4.2.5. Interlocuteur privilégié du parcours de soins et binôme MG-IDE

En France et selon les textes de loi, le médecin généraliste ou médecin « traitant » est désigné comme l'interlocuteur privilégié du parcours de soins. C'est donc lui qui doit idéalement essayer de rassembler les informations, les diffuser, et accompagner le patient au long de son parcours (42).

Notre étude confirme ce rôle, puisque plus de 80% des MG et IDE considèrent le médecin généraliste comme l'interlocuteur privilégié coordinateur du parcours de soins.

Les IDE interrogés se considèrent également à près de 70% comme interlocuteur privilégié. Un peu plus de 40% des MG leur reconnaissent ce statut. Une étude belge en 2011 constatait également la volonté des infirmiers eux-mêmes à assurer des fonctions de coordination. Selon cette même étude, les patients préfèrent l'IDE dans ce rôle, car il les guide au quotidien dans le parcours de soins (gestion des rendez-vous, des transports...) (43).

De plus, nous avons constaté des difficultés des IDE à joindre les professionnels de ville et notamment les MG, dont le manque de disponibilité motive 55% d'entre eux à réaliser des soins sans ordonnance. Ces résultats concordent avec une thèse étudiant la communication entre MG et IDE autour du suivi des plaies chroniques qui montrait une difficulté de la part des IDE à joindre le MG, déplorant un « sentiment de solitude » (35).

En effet, 65% des IDE de notre échantillon constatent une augmentation des soins pratiqués sans ordonnance. Majoritairement, ces soins sont réalisés car ils sont dans le domaine de compétence de l'IDE (pour environ 60% des répondants). Ils répondent également à la nécessité de soins urgents. 41% des IDE interrogés ont déjà orienté un patient vers un médecin spécialiste sans en avoir informé le médecin traitant.

Ainsi, les IDE semblent enclins, pour certaines pratiques jugées dans leur domaine de compétence, à travailler en plus grande autonomie.

Dernièrement la création de la formation d'Infirmier en Pratiques Avancées (IPA), propose une extension des compétences des IDE à la frontière de l'exercice médical

et paramédical, travaillant de concert avec un médecin. Le but est d'améliorer la qualité du parcours de soins des patients en optimisant la répartition des tâches, et notamment en réduisant la charge de travail des médecins sur des problématiques spécifiques (44).

Aussi, en France, il existe dans les structures de soins (réseaux de soins, EHPAD, maisons de santé...) un poste d'IDE coordinateur. Son rôle est d'accueillir les patients mais également de veiller à la bonne organisation des différents professionnels intervenant auprès des patients (45).

Si les compétences des IDE évoluent, ils travaillent toujours avec un médecin, et le binôme MG-IDE semble être un relais important dans l'organisation du parcours de soins du patient âgé.

En effet, dans notre étude, MG et IDE sont toujours en contact l'un avec l'autre (100% des MG contactent les IDE et inversement).

Le rapport MG-IDE au sein de ce binôme apparaît déséquilibré quant aux difficultés de communication. Dans notre étude, les IDE semblent isolés, ayant des difficultés à joindre à la fois les professionnels de ville et de l'hôpital, contrairement aux MG, qui semblent avoir plus de facilité à travailler avec les professionnels de ville.

Renforcer leur lien et leurs modes de communication pourrait participer à l'amélioration de la qualité des soins. Les rencontres physiques sont une des solutions fréquemment citées par les professionnels de santé pour faciliter la communication (35,46,18). Mais les rencontres occasionnelles au domicile du patient sont rares et sont soit liées au hasard, soit dépendantes d'une organisation préalable des agendas des deux professionnels (38,47).

Les réunions pluriprofessionnelles sont une bonne solution pour favoriser la rencontre des professionnels et le travail en équipe, à condition qu'elles soient réalisées dans l'objectif d'une concertation entre professionnels, et non une centralisation de l'information par les médecins (30).

4.2.6. Protocoles de soins

De nombreux IDE interrogés (plus de 60%) suivent des protocoles de soins, et parmi eux plus de 60% constatent une autonomisation de leur pratique grâce à ces protocoles. Ils sont environ 75% à considérer que les protocoles de soins permettent de diminuer le recours à un médecin.

Cependant, seulement un tiers des MG interrogés réalisent des protocoles de soins. Ils déplorent souvent un manque de temps pour leur réalisation (pour deux tiers d'entre eux), mais aussi un manque de connaissance des compétences de leurs interlocuteurs paramédicaux (pour plus de 60%). Le manque de tarification n'est cité que par 22% des MG.

Les protocoles de soins sont des outils qui permettraient de favoriser l'autonomie des IDE, en facilitant le travail en équipe et réduisant la nécessité d'intervention des MG (48).

4.2.7. Temps de coordination

Dans notre étude, la majorité des MG et des IDE (80% et 65% respectivement) déclarent dédier moins de 5 heures par semaine à la coordination et 32% des IDE entre 5 et 10 heures hebdomadaires.

Les MG et IDE du territoire sont peu nombreux, et effectuent plus de consultations que la moyenne française (49), leur laissant peu de disponibilité. Les MG de notre étude sont d'ailleurs plus de 50% à penser que la diminution du nombre de médecins favorise l'augmentation du temps de travail de coordination.

Une étude grenobloise interrogeait les MG sur les difficultés rencontrées lors de la prise en charge de patients âgés. La principale cause de ces difficultés était le manque de temps (13).

Selon les MG de notre étude, en dehors de la diminution du nombre de médecins, différents facteurs participent à une augmentation du temps de travail de coordination. En effet, une majorité de MG (environ 70%) constate une évolution de leur rôle, et près de 60% citent une évolution de la demande des patients.

En réponse à l'accroissement progressif des besoins en coordination, certaines universités (Lille, Paris, Marseille, Toulouse) ont créé des *Master Coordinateur du Parcours de Soins* dont le but est de former des professionnels issus principalement du secteur paramédical à la coordination des trajectoires de santé afin qu'ils puissent apporter leur expertise au sein de réseaux de santé, de centres hospitaliers, mais également de maisons de santé pluriprofessionnelles (50,51).

Cet interlocuteur unique, expert en coordination des parcours de soins complexes, pourrait décharger ou aider les professionnels de santé en difficulté.

Néanmoins, ces diplômes sont d'apparition récente (2015), et encore peu répandus sur le territoire. Il faudrait attendre quelques années avant de pouvoir constater leur impact.

4.2.8. Formation aux pratiques de coordination

Plus de la moitié des professionnels interrogés se disent favorables à une formation spécifique aux pratiques de coordination.

Le développement de notions en lien avec les difficultés soulevées par notre étude pourrait aider les professionnels à améliorer leurs pratiques :

- Présentation des différents outils numériques de travail et comment communiquer grâce à eux (33) ;
- Rencontre et familiarisation avec les compétences des autres professionnels (30) ;
- Développement d'outils dédiés à optimiser la répartition des tâches du binôme MG-IDE (protocoles de soins par exemple).

4.3. Limites et forces de l'étude

Notre étude est une thématique d'actualité puisque la coordination et le parcours de soins sont au cœur des dernières directives de santé publique.

Elle est également originale puisque peu d'études se sont intéressées à la vision de la coordination par les professionnels de santé, à leurs difficultés et à leur pratique quotidienne. De plus, nous avons choisi d'aborder ce thème sous un angle différent puisque le point de vue des IDE est peu développé dans la littérature.

Nos questionnaires sont remplis en totalité, permettant de n'avoir aucune donnée manquante. Notre taux de réponse global de 32% reste relativement important pour un questionnaire en ligne.

Notre étude comporte quelques limites. L'effectif étudié est relativement faible, entraînant un manque de puissance. L'étude reste monocentrique, cela peut entraîner un biais de sélection.

On peut également supposer que les professionnels ayant répondu à l'enquête ont un intérêt pour les pratiques de coordination, entraînant un biais de recrutement. De même, le mode de contact des IDE par SMS a limité le recrutement aux IDE possédant un téléphone portable dont les coordonnées sont disponibles en ligne.

Les IDE de notre étude suivent peu de patients âgés, en comparaison avec les MG (64% d'IDE en suivent moins de 20, alors que 71% de MG en suivent plus de 20). Les données concernant la patientèle des IDE à l'échelon national ou régional sont rares, et il nous était difficile d'anticiper ce résultat.

Nous avons créé nos questionnaires en nous inspirant d'études qualitatives (30,52,53), néanmoins ils restent perfectibles.

CONCLUSION

Notre étude aborde le thème des pratiques de coordination en interrogeant à la fois les MG et les IDE. Ce binôme est central pour l'accompagnement du patient âgé le long de son parcours de soins. Les principales difficultés des MG et IDE concernent l'organisation du parcours de soins et la communication entre les différents professionnels de santé intervenant auprès des patients.

De plus, les besoins croissants en coordination ont amené les rôles de ces professionnels à se redéfinir. Les MG constatent ainsi une évolution de leurs pratiques, et les IDE se voient offrir des formations supplémentaires, comme la formation d'infirmier en pratiques avancées ou d'infirmier coordinateur.

Pour améliorer l'accompagnement du patient sur son parcours de soins, les professionnels de santé disposent d'une variété d'outils facilitant leur coopération comme les logiciels métiers, le smartphone, les protocoles de soins, les réunions pluriprofessionnelles... Ces outils souffrent cependant d'une utilisation inégale, dépendante à la fois de l'outil lui-même et du professionnel.

Si les professionnels sont amenés à adapter leur rôle afin de répondre aux problématiques de santé publique actuelles, leurs outils de travail et leurs utilisations doivent également se perfectionner.

Il serait intéressant d'étudier la place de ces outils, et les attentes des professionnels à leur égard, afin d'en améliorer leur utilisation.

BIBLIOGRAPHIE

1. Services de santé de qualité [Internet]. [cité 19 août 2022]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/quality-health-services>
2. Ministère du travail, de l'emploi et de la santé. Présentation loi HPST Grand Public [Internet]. 2009 [cité 19 août 2022]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plaquette_HPST_grand_public-2.pdf
3. Ségur de la santé : Les conclusions – SFGG [Internet]. Société Française de Gériatrie et Gérontologie (SFGG). 2020 [cité 19 août 2022]. Disponible sur: <https://sfgg.org/espace-presse/communiqués-de-presse/segur-de-la-sante-les-conclusions-dossier-de-presse/>
4. Ma santé 2022 : un engagement collectif - Ministère de la Santé et de la Prévention [Internet]. [cité 19 août 2022]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/masante2022/>
5. Parcours de santé, de soins et de vie - Ministère de la Santé et de la Prévention [Internet]. [cité 19 août 2022]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/article/parcours-de-sante-de-soins-et-de-vie>
6. Loi de modernisation de notre système de santé - Ministère de la Santé et de la Prévention [Internet]. [cité 20 août 2022]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/archives/loi-de-modernisation-de-notre-systeme-de-sante-503/>
7. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (1). 2016-41 janv 26, 2016.
8. Légifrance - Droit national en vigueur - Circulaires et instructions - INSTRUCTION N° DGOS/PF4/2016/382 du 9 décembre 2016 relative aux programmes de recherche sur les soins et l'offre de soins pour l'année 2017. [Internet]. [cité 20 août 2022]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf/circ?id=41600>
9. Attribution des fonctions du médecin traitant aux seuls généralistes - Sénat [Internet]. [cité 20 août 2022]. Disponible sur: <https://www.senat.fr/questions/base/2005/qSEQ050919337.html>
10. Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie (1).
11. Prendre en charge une personne âgée polypathologique en soins primaires [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 23 nov 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2028194/fr/prendre-en-charge-une-personne-agee-polypathologique-en-soins-primaires
12. HAS. Note méthodologique et de synthèse documentaire Prendre en charge une personne âgée polypathologique en soins primaires [Internet]. 2015 mars [cité 23

nov 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-04/note_methodologique_polypathologie_de_la_personne_agee.pdf

13. Bosson L, Lanièce I, Moheb B, Lapouge-Bard V, Jean Luc B, Couturier P. Difficulties encountered by the general practitioner in the management of the elderly people in complex medical and psycho-social condition: Role of mobile teams. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil*. 1 mars 2016;14:23-30.

14. Dumas M, Douguet F, Fahmi Y. Le bon fonctionnement des services de soins : ce qui fait équipe ? *RIMHE Rev Interdiscip Manag Homme Entrep*. 2016;20, 5(1):45-67.

15. Territoire du Syndicat Mixte [Internet]. Syndicat Mixte du SCoT Grand Douaisis. [cité 23 août 2022]. Disponible sur: <https://grand-douaisis.com/syndicat-mixte-territoire/>

16. Arnault DF. Atlas de la démographie médicale en France. 2022 1erJanvier p. 141.

17. Staff Santé. Infirmier : chiffres clés [Internet]. STAFFSANTÉ. 2022 [cité 11 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.staffsante.fr/contenu/infirmier-chiffres-cles/>

18. Lemaire N. Évaluation qualitative de la relation ville-hôpital du point de vue des généralistes: données explicatives et ressenti face aux difficultés de communication. :70.

19. Schalon J. La gériatrie hors les murs : étude descriptive d'une cohorte de patients ayant bénéficié d'une évaluation gériatrique extra-hospitalière sur le territoire du Douaisis. [Internet] [Thèse d'exercice]. 2018 [cité 29 nov 2022]. Disponible sur: https://pepите-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th_Medecine/2018/2018LILUM410.pdf

20. Masselin C. Attentes des médecins généralistes du Douaisis sur les courriers de sortie d'hospitalisation du centre hospitalier de Douai. [Internet] [Thèse d'exercice]. Lille; 2018 [cité 29 nov 2022]. Disponible sur: https://pepите-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th_Medecine/2018/2018LILUM435.pdf

21. Apicrypt. Apicrypt - Chiffres clés [Internet]. 2022 [cité 3 déc 2022]. Disponible sur: https://www.apicrypt.org/files/communication/CN_COM_Bilan_APICRYPT_2021_PUB.pdf

22. Webinaire - Les messageries sécurisées de santé MSSanté [Internet]. esante.gouv.fr. 2022 [cité 3 déc 2022]. Disponible sur: <https://esante.gouv.fr/webinaires/mssante-la-messagerie-securisee-de-sante>

23. Ternisien G. État des lieux de l'utilisation d'une messagerie de santé sécurisée par les médecins généralistes libéraux de la Somme [Thèse d'exercice].

24. Arriuberge P. Messageries Sécurisées de Santé et échanges d'informations médicales: enquête de pratique auprès de médecins généralistes libéraux du département des Landes [Thèse d'exercice]. 2022.

25. de Vienne HM. Communication avec les médecins spécialistes: quel ressenti des médecins traitants? [Thèse d'exercice].
26. Le Métayer C. Etude des relations entre les professionnels de santé du territoire de Gennevilliers/Villeneuve-Lagarennee : Analyse du ressenti des masseurs-kinésithérapeutes et des infirmiers sur leur communication avec le médecin généraliste lors de l'adressage d'un patient. [Internet] [Thèse d'exercice]. Paris 7; 2016 [cité 30 nov 2022]. Disponible sur: http://www.bichat-larib.com/publications.documents/5111_LEMETAYER_these.pdf
27. La prise en charge en médecine générale des personnes âgées dépendantes vivant à domicile | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 30 nov 2022]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/la-prise-en-charge-en-medecine-generale-des-personnes-agees>
28. Barbat-Bruissière S, Boige C, Roisin T, Fradet MR, Maquinghen S. Analyse de la répartition et du fonctionnement des SSIAD en Auvergne en vue d'une meilleure adéquation territoriale de ces services. [Internet]. ARS Auvergne et Observatoire régional de la santé d'Auvergne; 2015 sept [cité 30 nov 2022]. Disponible sur: http://www.maia93.org/sites/default/files/analyse_de_la_repartition_et_du_fonctionnement_des_ssiad_auvergnesept2015.pdf
29. Binart Ecale H. Recensement des difficultés et possibilités d'amélioration de la communication d'informations médicales entre médecins généralistes et autres professionnels de santé du secteur libéral [Internet] [Thèse d'exercice]. Paris Nord; 2012 [cité 30 nov 2022]. Disponible sur: http://www.sfm.org/data/generateur/generateur_fiche/767/fichier_hbinard_these109be.pdf
30. Moyal A. L'exercice pluriprofessionnel en MSP : une division du travail sous contrôle médical. Rev Fr Aff Soc. 2020;(1):103-23.
31. Brindel L. L'informatisation du dossier médical chez les médecins généralistes [Thèse d'exercice]. [Tulle, Corrèze]; 2015.
32. Recobre K. La e-santé: de nouvelles perspectives d'avenir [Thèse d'exercice en pharmacie]. Marseille; 2022.
33. Les médecins à l'ère du numérique [Internet]. Ipsos. [cité 30 nov 2022]. Disponible sur: <https://www.ipsos.com/fr-fr/les-medecins-lere-du-numerique>
34. Baudier F, Schmitt B. Le dossier de liaison du patient dépendant à domicile : complément ou alternative au dossier électronique ? Santé Publique. 2005;17(2):227-32.
35. Lepretre B. Communiquer pour mieux soigner : étude de la collaboration entre médecin traitant et infirmier libéral dans la prise en charge des plaies chroniques en soins primaires. [Internet] [Thèse d'exercice]. Lille; 2020 [cité 29 nov 2022]. Disponible sur: https://pepите-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th_Medecine/2020/2020LILUM119.pdf

36. Doh S. Interdisciplinarité, collaboration médecin infirmier dans la prise en charge des plaies chroniques en Ardèche [Thèse d'exercice]. [Lyon, France]: Université Claude Bernard; 2016.
37. Ramond-Roquin A, Allory E, Fiquet L. La concertation pluriprofessionnelle au sein des maisons de santé pluriprofessionnelles : pratiques hétérogènes et stratégies locales. Rev Fr Aff Soc. 2020;(1):125-41.
38. De Poorter S. La place du Smartphone en soins primaires Avis de l'infirmier libéral sur l'utilisation et l'intérêt du Smartphone dans le suivi des plaies chroniques [Internet] [Thèse d'exercice]. 2014 [cité 30 nov 2022]. Disponible sur: https://pepitedepot.univ-lille.fr/LIBRE/Th_Medecine/2014/2014LIL2M115.pdf
39. Mon espace santé : le nouvel espace numérique personnel et sécurisé de vos patients [Internet]. [cité 30 nov 2022]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/professionnel-de-la-lpp/exercice-professionnel/mon-espace-sante-espace-numerique-patients>
40. Renault PO. Freins et leviers à l'utilisation du Dossier Médical Partagé: enquête qualitative auprès de 16 médecins généralistes des Pyrénées-Atlantiques en 2018. :91.
41. Beaupré T. Baromètre de notoriété et d'image [Internet]. 2012 [cité 30 nov 2022]. Disponible sur: <https://docplayer.fr/13506336-Barometre-de-notoriete-et-d-image.html>
42. Médecin traitant et parcours de soins coordonnés [Internet]. [cité 13 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F163>
43. De Munck P, Paligot F, Barbosa V, Heymans I, Somasse E, SAINT AMAND F, et al. Les métiers de demain de la première ligne de soins. Belgique: Fédération des maisons médicales; 2011.
44. L'infirmier en pratique avancée - Ministère de la Santé et de la Prévention [Internet]. [cité 29 nov 2022]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/acces-territorial-aux-soins/article/l-infirmier-en-pratique-avancee>
45. Décret n° 2005-1135 du 7 septembre 2005 portant codification de certaines dispositions relatives à l'action sociale et médico-sociale et modifiant le code de l'action sociale et des familles (deuxième partie : dispositions réglementaires) - Légifrance [Internet]. [cité 29 nov 2022]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000812841/>
46. Chabot J. Communication entre médecins généralistes et professions paramédicales en secteur libéral. Qu'en pensent les infirmiers et les masseurs-kinésithérapeutes et quelles sont leurs attentes envers les médecins généralistes libéraux de la région rouennaise? [Thèse d'exercice].
47. Seigle G. Etude de la communication entre médecins généralistes et infirmiers diplômés d'état sur le territoire de Maubeuge [Internet] [Thèse d'exercice]. Lille; 2018

[cité 29 nov 2022]. Disponible sur: https://pepите-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th_Medecine/2018/2018LILUM120.pdf

48. Élaboration des protocoles pluriprofessionnels de soins de premier recours [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 1 déc 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2680226/fr/elaboration-des-protocoles-pluriprofessionnels-de-soins-de-premier-recours

49. diagnostic-sante-rapport-vf-2019.pdf [Internet]. [cité 29 nov 2022]. Disponible sur: <https://grand-douais.com/wp-content/uploads/2020/01/diagnostic-sante-rapport-vf-2019.pdf>

50. M1, M2 Parcours Coordination des Trajectoires de Santé (CTS) - ILIS - Faculté d'Ingénierie et Management de la Santé [Internet]. [cité 3 déc 2022]. Disponible sur: <https://ilis.univ-lille.fr/toutes-nos-formations/master-ingenierie-de-la-sante/m1-m2-parcours-coordination-des-trajectoires-de-sante-cts>

51. K-Sup A. Master parcours Coordonnateur de Parcours de Soins du patient atteint de maladie chronique et/ou dégénérative (CPS) [Internet]. Université Toulouse III - Paul Sabatier. Administrateur K-Sup; [cité 3 déc 2022]. Disponible sur: <https://www.univ-tlse3.fr/master-coordonnateur-de-parcours-de-soins-du-patient-atteint-de-maladie-chronique-et-ou-degenerative>

52. Robelet M, Serré M, Bourgueil Y. La coordination dans les réseaux de santé : entre logiques gestionnaires et dynamiques professionnelles. *Rev Fr Aff Soc.* 2005;(1):231-60.

53. Pedrot F, Fernandez G, Le Borgne-Uguen F. Les maisons de santé pluriprofessionnelles : des espaces de coordination du soin entre professionnels de santé, patients et proches-soutiens. *J Gest Déconomie Santé.* 2019;1(1):110-26.

ANNEXES

Annexe n°1 : Carte du Grand Douaisis



Annexe n°2 : Questionnaire pour les MG

1. Depuis combien d'années exercez-vous ? (Cocher la case correspondante)

Moins de 10 ans	
Entre 11 et 20 ans	
Entre 21 et 30 ans	
Entre 31 et 40 ans	
Plus de 40 ans	

2. Vous êtes ?

Un homme	
Une femme	

3. Quel est votre lieu d'exercice ?

Rural	
Semi-rural	
Urbain	

4. Sous quel mode d'exercice ?

Libéral	
Libéral associé	
Libéral en Maison de santé pluridisciplinaire	
Salarié	
Mixte	

5. Avez-vous dans votre patientèle des **patients âgés** que vous considérez comme « **complexes** », polyopathologiques, qui nécessitent un **parcours coordonné** ?

Moins de 20	
Entre 20 et 40	
Entre 40 et 60	
Plus de 60	

	Oui	Non
6. Avez-vous déjà rencontré des difficultés de communication entre professionnels de santé lors de leur prise en charge ?		
7. Avez-vous des difficultés d'organisation du parcours pour ces patients ? (Telles que joindre un professionnel, diffuser les informations, anticiper les évènements à venir, veiller à la bonne application des traitements...)		

8. Pensez-vous que le travail de coordination permet d'éviter des ruptures du parcours de soin ?		

9. Qui est pour vous **l'interlocuteur privilégié** coordinateur du parcours de soins ? *(Une ou plusieurs réponses possibles)*

Médecin généraliste	
IDE	
Médecin spécialiste	
Réseau d'aide sociale	
Kinésithérapeute	
Aide-soignant	
Famille	

Autres.....

10. Quelles problématiques vous semblent concerner **le suivi** de ces patients dits « complexes » ? *(Plusieurs réponses possibles)*

Difficulté à joindre un professionnel de l'hôpital	
Difficulté à joindre un professionnel de ville (médecin généraliste, infirmier, ou autre...)	
Difficulté à récupérer les comptes-rendus et résultats médicaux (perte d'information)	
Difficulté à suivre le parcours de soin du patient âgé (réceptionner les informations, connaître les prochains rendez-vous...)	

- Réponse libre

11. Dans la majorité des cas, comment **communiquez-vous avec les différents professionnels de santé** intervenant auprès du patient ? (*Plusieurs réponses possibles*)

Logiciel métier, commun aux autres professionnels	
Cahier ou feuilles de transmission au domicile	
Ordonnance ou courrier	
Smartphone (mail, SMS, applications de messagerie instantanée)	
Appels téléphoniques	
Rencontre physique occasionnelle	
Réunion de concertation pluriprofessionnelle	

- Autre :

12. Quels **professionnels** êtes-vous amenés à **contacter** ? (*Plusieurs réponses possibles*)

	Oui	Non
IDE		
Kinésithérapeute		
Médecin spécialiste		
Assistante sociale		
Service d'aide à domicile		
Pharmacien		
Auxiliaire de vie/Aide-soignant		
Laboratoire		
Pédicure-Podologue		

- Autre :

Concernant votre pratique auprès des patients âgés :

13. Dans votre pratique quotidienne, utilisez-vous des protocoles de soins à destination des **intervenants paramédicaux** ? (Protocole AVK, protocole déshydratation, protocole pansement...)

Oui	
Non	

14. Si non, Pourquoi ?

Manque de temps pour leur réalisation		
Pas de bénéfice constaté		
Manque de connaissance du domaine de compétence des intervenants paramédicaux		
Pas de tarification		

- Autre

15. En moyenne, combien de temps par semaine estimez-vous passer à **des pratiques de coordination de soins** ?

Moins de 5 heures		
Entre 5 et 10 heures		
Entre 10 et 20 heures		
Plus de 20 heures		

16. A votre avis, quels facteurs participent à **une augmentation de votre temps de travail de coordination** ? (*plusieurs réponses possibles*)

Demande des patients	
Demande de santé publique	
Diminution du nombre de médecins généralistes	
Evolution du rôle du médecin généraliste	
Augmentation du nombre de paramédicaux	
Evolution des compétences des paramédicaux	

- Autre :

17. Aimeriez-vous bénéficier d'une formation spécifique aux pratiques de coordination ?

Oui	
Non	

Annexe n°3 : Questionnaire pour les IDE

1. Depuis combien d'années exercez-vous ? (Cocher la case correspondante)

Moins de 10 ans	
Entre 11 et 20 ans	
Entre 21 et 30 ans	
Entre 31 et 40 ans	
Plus de 40 ans	

2. Vous êtes ?

Une homme	
Une femme	

3. Quel est votre lieu d'exercice ?

Rural	
Semi-rural	
Urbain	

4. Sous quel mode d'exercice ?

Libéral	
Libéral associé	
Libéral en Maison de santé pluridisciplinaire	
Salarié	
Mixte	

5. Quelle fonction avez-vous ?

Infirmier(-ère) libéral(e) diplômé(e) d'état	
Infirmier(-ère) coordinateur(-trice)	
Infirmier(-ère) de pratiques avancées	

6. Avez-vous dans votre patientèle **des patients âgés** que vous considérez comme « **complexes** », polyopathologiques, qui nécessitent un **parcours coordonné** ?

Moins de 40	
Entre 40 et 70	
Entre 70 et 100	
Plus de 100	

	Oui	Non
7. Avez-vous déjà rencontré des difficultés de communication entre professionnels de santé lors de leur prise en charge ?		
8. Avez-vous des difficultés d'organisation du parcours pour ces patients ? (Telles que joindre un professionnel, diffuser les informations, anticiper les évènements à venir, veiller à la bonne application des traitements...)		
9. Pensez-vous que le travail de coordination permet d'éviter des ruptures du parcours de soins ?		

10. Qui est pour vous **l'interlocuteur privilégié** coordinateur du parcours de soins ? (*Une ou plusieurs réponses possibles*)

Médecin généraliste	
IDE	
Médecin spécialiste	
Réseau d'aide sociale	
Kinésithérapeute	
Aide-soignant	
Famille	

Autres.....

11. Quelles problématiques vous semblent concerner **le suivi** de ces patients dits « complexes » ? (*Plusieurs réponses possibles*)

Difficulté à joindre un professionnel de l'hôpital	
Difficulté à joindre un professionnel de ville (médecin généraliste, infirmier, ou autre...)	
Difficulté à récupérer les comptes-rendus et résultats médicaux (perte d'information)	
Difficulté à suivre le parcours de soin du patient âgé (réceptionner les informations, connaître les prochains rendez-vous...)	

- Réponse libre

12. Dans la majorité des cas, comment **communiquez-vous avec les différents professionnels** de santé intervenant auprès du patient ? *(Plusieurs réponses possibles)*

Logiciel métier, commun aux autres professionnels	
Cahier ou feuilles de transmission au domicile	
Ordonnance ou courrier	
Smartphone (mail, SMS, applications de messagerie instantanée)	
Appels téléphoniques	
Rencontre physique occasionnelle	
Réunion de concertation pluriprofessionnelle	

- Autre :

13. Êtes-vous amené à contacter ces professionnels ? *(Plusieurs réponses possibles)*

	Oui	Non
Médecin généraliste		
Kinésithérapeute		
Médecin spécialiste		
Assistante sociale		
Service d'aide à domicile		
Pharmacien		
Auxiliaire de vie/Aide-soignant		
Laboratoire		
Pédicure-Podologue		

- Autre :

Concernant votre pratique auprès des patients âgés :

14. Avez-vous constaté **une majoration des soins pratiqués sans ordonnance** ?

Oui	
Non	

15. Si oui, selon votre pratique habituelle, **pourquoi** ? (*plusieurs réponses possibles*)

Médecin généraliste injoignable	
Accord tacite du médecin généraliste	
Soins dans votre domaine de compétence	
Soins dans l'urgence	
Soins autorisés par la loi depuis peu	

	Oui	Non
16. Suivez-vous des protocoles de soins rédigés par les médecins généralistes ? (Exemples : protocole AVK et surdosage INR, protocole déshydratation, protocole pansement...)		
17. Si oui, considérez-vous que ces protocoles permettent une autonomisation de votre pratique ?		
18. Si non, pensez-vous que la rédaction de protocoles de soins permettrait une diminution du recours à un avis médical ?		
19. Avez-vous déjà sollicité un avis spécialisé, ou orienté le patient vers un médecin spécialiste, sans en informer le médecin traitant ?		

20. En moyenne, **combien de temps par semaine** estimez-vous passer à des pratiques de coordination de soins ?

Moins de 5 heures		
Entre 5 et 10 heures		
Entre 10 et 20 heures		
Plus de 20 heures		

21. Aimerez-vous bénéficier d'une formation spécifique aux pratiques de coordination ?

Oui	
Non	

Annexe n°4 : Note d'information

Bonjour, je suis interne de Médecine Générale et effectue mon travail de thèse sur **la pratique quotidienne des infirmiers et des médecins généralistes en coordination de soins**.

Le but de ce court questionnaire (moins de 20 questions) est de réaliser un **descriptif des pratiques quotidiennes de coordination** afin de préciser le rôle de chacun.

Nous réalisons un focus sur la prise en charge de **la personne âgée de plus de 75 ans**, polypathologique, que nous considérons comme **complexe** en raison de la **multiplicité** des intervenants.

Votre participation est volontaire. Les réponses à ce questionnaire sont entièrement anonymes.

Je vous remercie pour votre participation.

Annexe n°5 : Protocole de recherche



« Étude des pratiques de coordination des médecins généralistes et des infirmiers libéraux autour du patient âgé dans le Grand Douaisis »

PROTOCOLE DE RECHERCHE N'IMPLIQUANT PAS LA PERSONNE HUMAINE

Version N°01 du 10/10/2022
Code projet CHD : **005 -2022T- HLJ**

Responsable de la mise en œuvre de l'étude :

Dr Florie TAVERNIER
Service de Gériatrie
Centre Hospitalier de Douai
Route de Cambrai BP 10740
59507 DOUAI Cedex
@ : florie.tavernier@ch-douai.fr

Responsable scientifique :

Guillaume ROOSE
Service de Gériatrie
Centre Hospitalier de Douai
Route de Cambrai BP 10740
@ : groose93@gmail.com

**Responsable de l'établissement où
a lieu le traitement des données:**

Mr Renaud DOGIMONT
Centre hospitalier de Douai
Route de Cambrai BP 10740
59507 DOUAI Cedex

