



<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale  
- Pas de Modification 4.0 France (CC BY-NC-ND 4.0)



<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.fr>

ANNEE 2024 - N° 012

QUELS SONT LES DETERMINANTS D'ACCUEIL D'UN(E)  
COORDINATRICE(EUR) DE SOINS AU SEIN DE LA CPTS DE L'OUEST  
RHODANIEN ?

THESE D'EXERCICE EN MEDECINE

Présentée à l'Université Claude Bernard Lyon 1  
Et soutenue publiquement le mardi 06 février 2024  
En vue d'obtenir le titre de Docteur en Médecine

Par

BERTHOLON Théo  
Né le 07 janvier 1993

Sous la direction du Docteur VAILLANT Francis



**Faculté de médecine Lyon-Est**  
**Liste des enseignants 2022/2023**

**Professeurs des Universités – Praticiens hospitaliers**

**Classe Exceptionnelle – Échelon 2**

|               |                  |   |
|---------------|------------------|---|
| BLAY          | JEAN-YVES        | Cancérologie - Radiothérapie  |
| BORSON-CHAZOT | FRANCOISE        | Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques –<br>Gynécologie médicale. |
| CHASSARD      | DOMINIQUE        | Anesthésie-réanimation – Médecine d'urgence                                 |
| CLARIS        | OLIVIER          | Pédiatrie   |
| COLIN         | CYRILLE          | Épidémiologie, économie de la santé et prévention                           |
| D'AMATO       | THIERRY          | Psychiatrie d'adulte – Addictologie   |
| DOUEK         | CHARLES PHILIPPE | Radiologie et imagerie médicale   |
| DUCERF        | CHRISTIAN        | Chirurgie viscérale et digestive  |
| FINET         | GERARD           | Cardiologie   |
| GAUCHERAND    | PASCAL           | Gynécologie-obstétrique – Gynécologie médicale                              |
| HONNORAT      | JEROME           | Neurologie  |
| LACHAUX       | ALAIN            | Pédiatrie   |
| LINA          | BRUNO            | Bactériologie-virologie – Hygiène hospitalière                              |
| MIOSSEC       | PIERRE           | Immunologie   |
| MORNEX        | JEAN-FRANÇOIS    | Pneumologie - Addictologie  |
| MOULIN        | PHILIPPE         | Nutrition   |
| NIGHOGHOSSIAN | NORBERT          | Neurologie  |
| OBADIA        | JEAN-FRANÇOIS    | Chirurgie thoracique et cardiovasculaire                                    |
| PONCHON       | THIERRY          | Gastroentérologie – Hépatologie - Addictologie                              |
| REVEL         | DIDIER           | Radiologie et imagerie médicale   |
| RIVOIRE       | MICHEL           | Cancérologie - Radiothérapie  |
| VANDENESCH    | FRANCOIS         | Bactériologie-virologie – Hygiène hospitalière                              |
| ZOULIM        | FABIEN           | Gastroentérologie – Hépatologie - Addictologie                              |

**Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers**

**Classe Exceptionnelle – Échelon 1**

|            |          |                                  |
|------------|----------|----------------------------------|
| ARGAUD     | LAURENT  | Réanimation – Médecine intensive |
| BADET      | LIONEL   | Urologie                         |
| BERTRAND   | YVES     | Pédiatrie                        |
| CHEVALIER  | PHILIPPE | Cardiologie                      |
| COTTIN     | VINCENT  | Pneumologie - Addictologie       |
| DELAHAYE   | FRANCOIS | Cardiologie                      |
| DENIS      | PHILIPPE | Ophthalmologie                   |
| DI FILIPPO | SYLVIE   | Cardiologie                      |
| DUMONTET   | CHARLES  | Hématologie - Transfusion        |

|                 |                    |   |
|-----------------|--------------------|---|
| DURIEU GUEDON   | ISABELLE           | Médecine interne – Gériatrie et biologie du vieillissement – Médecine générale – Addictologie |
| EDERY           | CHARLES<br>PATRICK | Génétique   |
| FAUVEL          | JEAN-PIERRE        | Thérapeutique – Médecine de la douleur - Addictologie   |
| FROMENT         | CAROLINE           | Physiologie   |
| GUEYFFIER       | FRANCOIS           | Pharmacologie fondamentale – Pharmacologie clinique – Addictologie.                           |
| JULLIEN         | DENIS              | Dermatologie - Vénérologie  |
| KODJIKIAN       | LAURENT            | Ophthalmologie  |
| MABRUT          | JEAN-YVES          | Chirurgie générale  |
| MERTENS         | PATRICK            | Anatomie  |
| MORELON         | EMMANUEL           | Néphrologie   |
| RODE            | GILLES             | Médecine physique et de réadaptation  |
| SCHAEFFER       | LAURENT            | Biologie cellulaire   |
| SCHOTT PETHELAZ | ANNE-MARIE         | Épidémiologie, économie de la santé et prévention   |
| TRUY            | ERIC               | Oto-rhino-laryngologie  |
| TURJMAN         | FRANCIS            | Radiologie et imagerie médicale   |
| VUKUSIC         | SANDRA             | Neurologie  |

### **Professeur des universités – Praticiens Hospitaliers**

#### **Première classe**

|                       |               |   |
|-----------------------|---------------|---|
| ADER                  | FLORENCE      | Maladies infectieuses – Maladies tropicales       |
| AUBRUN                | FREDERIC      | Anesthésiologie -réanimation – Médecine d'urgence |
| BERTHEZENE            | YVES          | Radiologie et imagerie médicale                   |
| BESSEREAU             | JEAN-LOUIS    | Biologie cellulaire                               |
| BOUSSEL               | LOIC          | Radiologie et imagerie médicale                   |
| BUZLUCA DARGAUD       | GAMZE YESIM   | Hématologie - Transfusion                         |
| CALENDER              | ALAIN         | Génétique   |
| CHAPURLAT             | ROLAND        | Rhumatologie                                      |
| CHARBOTEL COING-BOYAT | BARBARA       | Médecine et santé au travail                      |
| COLOMBEL              | MARC          | Urologie  |
| COTTON                | FRANCOIS      | Radiologie et imagerie médicale                   |
| DAVID                 | JEAN-STEPHANE | Anesthésiologie -réanimation – Médecine d'urgence |
| DEVOUASSOUX           | MOJGAN        | Anatomie et cytologie pathologiques               |
| DUBERNARD             | GIL           | Gynécologie-obstétrique - Gynécologie médicale    |
| DUBOURG               | LAURENCE      | Physiologie                                       |
| DUCLOS                | ANTOINE       | Épidémiologie, économie de la santé et prévention |
| DUMORTIER             | JEROME        | Gastroentérologie - Hépatologie - Addictologie    |
| FANTON                | LAURENT       | Médecine légale                                   |
| FELLAHI               | JEAN-LUC      | Anesthésiologie-réanimation – Médecine d'urgence  |
| FERRY                 | TRISTAN       | Maladies infectieuses – Maladies tropicales       |
| FOURNERET             | PIERRE        | Pédopsychiatrie ; addictologie                    |
| GUENOT                | MARC          | Neurochirurgie                                    |
| GUIBAUD               | LAURENT       | Radiologie et imagerie médicale                   |
| HOT                   | ARNAUD        | Médecine interne                                  |
| HUISSOUD              | CYRIL         | Gynécologie-obstétrique - Gynécologie médicale    |
| JACQUIN COURTOIS      | SOPHIE        | Médecine physique et de réadaptation              |
| JARRAUD               | SOPHIE        | Bactériologie-virologie - Hygiène hospitalière    |
| JAVOUHEY              | ETIENNE       | Pédiatrie   |

|               |                 |  |
|---------------|-----------------|--|
| JUILLARD      | LAURENT         | Néphrologie  |
| KROLAK-SALMON | PIERRE          | Médecine interne – Gériatrie et biologie du vieillissement<br>– Médecine générale - Addictologie |
| LEJEUNE       | HERVE           | Biologie et médecine du développement et de la reproduction                                      |
| LEVRERO       | MASSIMO         | Gastroentérologie - Hépatologie - Addictologie   |
| MERLE         | PHILIPPE        | Gastroentérologie - Hépatologie - Addictologie   |
| MICHEL        | PHILIPPE        | Épidémiologie, économie de la santé et prévention  |
| MURE          | PIERRE-YVES     | Chirurgie infantile  |
| NICOLINO      | MARC            | Pédiatrie  |
| PERETTI       | NOËL            | Nutrition  |
| PICOT         | STEPHANE        | Parasitologie et mycologie   |
| PONCET        | GILLES          | Chirurgie viscérale et digestive   |
| POULET        | EMMANUEL        | Psychiatrie d'adultes - Addictologie   |
| RAVEROT       | GERALD          | Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques -<br>Gynécologie médicale                       |
| RAY-COQUARD   | ISABELLE        | Cancérologie - Radiothérapie   |
| RICHARD       | JEAN-CHRISTOPHE | Réanimation – Médecine d'urgence   |
| ROBERT        | MAUD            | Chirurgie viscérale et digestive   |
| ROMAN         | SABINE          | Physiologie  |
| ROSSETTI      | YVES            | Physiologie  |
| ROUVIERE      | OLIVIER         | Radiologie et imagerie médicale  |
| ROY           | PASCAL          | Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication                          |
| SAOUD         | MOHAMED         | Psychiatrie d'adultes - Addictologie   |
| THAUNAT       | OLIVIER         | Néphrologie  |
| VANHEMS       | PHILIPPE        | Épidémiologie, économie de la santé et prévention  |
| WATTEL        | ERIC            | Hématologie - Transfusion  |

### **Professeur des universités – Praticiens Hospitaliers**

#### **Seconde classe**

|                    |           |  |
|--------------------|-----------|--|
| BACCHETTA          | JUSTINE   | Pédiatrie  |
| BOUVET             | LIONEL    | Anesthésiologie-réanimation - Médecine péri opératoire               |
| BUTIN              | MARINE    | Pédiatrie  |
| CHARRIERE          | SYBIL     | Nutrition  |
| CHENE              | GAUTIER   | Gynécologie-obstétrique - Gynécologie médicale                       |
| COLLARDEAU FRACHON | SOPHIE    | Anatomie et cytologie pathologiques                                  |
| CONFAVREUX         | CYRILLE   | Rhumatologie   |
| COUR               | MARTIN    | Médecine intensive de réanimation                                    |
| CROUZET            | SEBASTIEN | Urologie   |
| CUCHERAT           | MICHEL    | Pharmacologie fondamentale - Pharmacologie Clinique<br>-Addictologie |
| DI ROCCO           | FEDERICO  | Neurochirurgie   |
| DUCRAY             | FRANCOIS  | Neurologie   |
| DURUISSEAUX        | MICHAEL   | Pneumologie - Addictologie   |
| EKER               | OMER      | Radiologie et imagerie médicale                                      |
| GILLET             | YVES      | Pédiatrie  |
| GLEIZAL            | ARNAUD    | Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie                            |
| GUEBRE-EGZIABHER   | FITSUM    | Néphrologie  |
| HARBAOUI           | BRAHIM    | Cardiologie  |
| HENAINE            | ROLAND    | Chirurgie thoracique et cardiovasculaire                             |

|                |          |  |
|----------------|----------|--|
| JANIER         | MARC     | Biophysique et médecine nucléaire                |
| LEMOINE        | SANDRINE | Physiologie                                      |
| LESCA          | GAETAN   | Génétique  |
| LOPEZ          | JONATHAN | Biochimie et biologie moléculaire                |
| LUKASZEWICZ-   | ANNE-    | Anesthésiologie-réanimation - Médecine d'urgence |
| NOGRETTE       | CLAIRE   |  |
| MEWTON         | NATHAN   | Cardiologie                                      |
| MEYRONET       | DAVID    | Anatomie et cytologie pathologiques              |
| MILLON         | ANTOINE  | Chirurgie vasculaire - Médecine vasculaire       |
| MOHKAM         | KAYVAN   | Chirurgie viscérale et digestive                 |
| MONNEUSE       | OLIVIER  | Chirurgie viscérale et digestive                 |
| NATAF          | SERGE    | Histologie - Embryologie - Cytogénétique         |
| PIOCHE         | MATHIEU  | Gastroentérologie                                |
| RHEIMS         | SYLVAIN  | Neurologie                                       |
| RIMMELE        | THOMAS   | Anesthésiologie-réanimation - Médecine d'urgence |
| SAINTIGNY      | PIERRE   | Cancérologie - Radiothérapie                     |
| THIBAUT        | HELENE   | Cardiologie                                      |
| VENET          | FABIENNE | Immunologie                                      |
| VOLPE-HAEGELEN | CLAIRE   | Neurochirurgie                                   |

### **Professeur des universités**

#### **Classe exceptionnelle 1**

PERRU                      OLIVIER                      Épistémologie Histoire des Sciences et techniques

### **Professeur des universités – Médecine Générale**

#### **Classe exceptionnelle 1**

LETRILLIART                      LAURENT

### **Professeurs associés de Médecine Générale**

|         |            |
|---------|------------|
| FARGE   | THIERRY    |
| LAINÉ   | XAVIER     |
| PIGACHE | CHRISTOPHE |

### **Professeurs associés d'autres disciplines**

|           |           |                        |
|-----------|-----------|------------------------|
| GAZARIAN  | ARAM      | Chirurgie orthopédique |
| CHVETZOFF | GISELE    | Médecine palliative    |
| LOMBARD-  | CATHERINE | Cancérologie           |

### **Maîtres de conférences – Praticiens hospitaliers**

#### **Hors Classe**

|              |          |  |
|--------------|----------|--|
| BENCHAIB     | MEHDI    | Biologie et médecine du développement et de la reproduction – Gynécologie médicale |
| CHALABREYSSE | LARA     | Anatomie et cytologie pathologiques  |
| COZON        | GREGOIRE | Immunologie  |
| HERVIEU      | VALERIE  | Anatomie et cytologie pathologiques  |
| KOLOPP SARDA | MARIE-   |  |
|              | NATHALIE | Immunologie  |

|                          |        |   |
|--------------------------|--------|---|
| MENOTTI                  | JEAN   | Parasitologie et mycologie  |
| PLOTTON                  | INGRID | Biologie et médecine du développement et de la reproduction             |
| RABILLOUD-FERRAND        | MURIEL | Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication |
| STREICHENBERGERNATHALIE  |        | Anatomie et cytologie pathologiques                                     |
| TARDY GUIDOLLETVERONIQUE |        | Biochimie et biologie moléculaire                                       |
| TRISTAN                  | ANNE   | Bactériologie-virologie - Hygiène hospitalière                          |

**Maîtres de conférences – Praticiens hospitaliers**

**Hors Classe – Échelon Exceptionnel**

|           |           |                                   |
|-----------|-----------|-----------------------------------|
| BRINGUIER | PIERRE    | Cytologie et histologie           |
| PERSAT    | FLORENCE  | Parasitologie et mycologie        |
| PIATON    | ERIC      | Cytologie et histologie           |
| SAPPEY-   | DOMINIQUE | Biophysique et médecine nucléaire |

**Maîtres de conférences – Praticiens hospitaliers**

**Première classe**

|                |                |   |
|----------------|----------------|---|
| BONTEMPS       | LAURENCE       | Biophysique et médecine nucléaire                 |
| CASALEGNO      | JEAN-SEBASTIEN | Bactériologie-virologie - Hygiène hospitalière    |
| COUTANT        | FREDERIC       | Immunologie                                       |
| CURIE          | AUORE          | Pédiatrie   |
| ESCURET PONCIN | VANESSA        | Bactériologie-virologie - Hygiène hospitalière    |
| HAESEBAERT     | JULIE          | Épidémiologie, économie de la santé et prévention |
| JACQUESSON     | TIMOTHEE       | Anatomie  |
| JOSSET         | LAURENCE       | Bactériologie-virologie - Hygiène hospitalière    |
| VASILJEVIC     | ALEXANDRE      | Anatomie et cytologie pathologiques               |
| VLAEMINCK      | VIRGINIE       | Biochimie et biologie moléculaire                 |

**Maîtres de conférences – Praticiens hospitaliers**

**Seconde classe**

|                    |             |  |
|--------------------|-------------|--|
| BAUDIN             | FLORENT     | Pédiatrie                                      |
| BITKER (stagiaire) | LAURENT     | Médecine intensive de réanimation              |
| BOUCHIAT           | CORALIE     | Bactériologie-virologie - Hygiène hospitalière |
| BOUTY-LECAT        | AUORE       | Chirurgie infantile                            |
| CORTET             | MARION      | Gynécologie-obstétrique - Gynécologie médicale |
| COUTIER-MARIE      | LAURIANNE   | Pédiatrie                                      |
| DOREY              | JEAN-MICHEL | Psychiatrie d'adultes - Addictologie           |
| DUPONT             | DAMIEN      | Parasitologie et mycologie                     |
| HAESEBAERT         | FREDERIC    | Psychiatrie d'adultes - Addictologie           |
| KOENIG             | ALICE       | Immunologie                                    |
| LACON              | QUITTERIE   | Médecine interne - Gériatrie - Addictologie    |

|            |          |  |
|------------|----------|--|
| LILOT      | MARC     | Anesthésiologie-réanimation - Médecine d'urgence |
| NGUYEN CHU | HUU KIM  | Pédiatrie  |
| PASQUER    | ARNAUD   | Chirurgie viscérale et digestive                 |
| ROUCHER    | FLORENCE | Biochimie et biologie moléculaire                |
| SIMONET    | THOMAS   | Biologie cellulaire                              |
| VILLANI    | AXEL     | Dermatologie - Vénérologie                       |

**Maîtres de conférences**

**Hors classe**

|          |        |   |
|----------|--------|---|
| GOFFETTE | JEROME | Épistémologie Histoire des Sciences et techniques |
| VIGNERON | ARNAUD | Biochimie, biologie                               |

**Maîtres de conférences**

**Classe normale**

|           |            |   |
|-----------|------------|---|
| DALIBERT  | LUCIE      | Épistémologie Histoire des Sciences et techniques   |
| LASSERRE  | EVELYNE    | Ethnologie, préhistoire et anthropologie biologique |
| LECHOPIER | NICOLAS    | Épistémologie Histoire des Sciences et techniques   |
| NAZARE    | JULIE-ANNE | Physiologie   |
| PANTHU    | BAPTISTE   | Biologie cellulaire                                 |
| VINDRIEUX | DAVID      | Physiologie   |

**Maîtres de conférences de Médecine Générale**

|               |        |
|---------------|--------|
| CHANELIERE    | MARC   |
| LAMORT-BOUCHE | MARION |

**Maîtres de conférences associées de Médecine Générale**

|                           |           |
|---------------------------|-----------|
| BREST                     | ALEXANDRE |
| DE LA POIX DE FREMINVILLE | HUMBERT   |
| PERROTIN                  | SOFIA     |
| ZORZI                     | FREDERIC  |

**Maîtres de conférences associés Autres disciplines**

|            |        |                                      |
|------------|--------|--------------------------------------|
| TOURNEBISE | HUBERT | Médecine physique et de réadaptation |
|------------|--------|--------------------------------------|

**Professeurs émérites**

|        |          |   |
|--------|----------|---|
| BEZIAT | JEAN-LUC | Chirurgie maxillo-faciale et Stomatologie |
| COCHAT | PIERRE   | Pédiatrie                                 |

BERTHOLON Théo



|            |               |   |
|------------|---------------|---|
| DALIGAND   | LILIANE       | Médecine légale et Droit de la santé  |
| DROZ       | JEAN-PIERRE   | Cancérologie - Radiothérapie  |
| ETIENNE    | JEROME        | Bactériologie-Virologie - Hygiène hospitalière  |
| FLORET     | DANIEL        | Pédiatrie   |
| GHARIB     | CLAUDE        | Physiologie   |
| GUERIN     | CLAUDE        | Médecine intensive de réanimation   |
| GUERIN     | JEAN-FRANCOIS | Biologie et Médecine du développement et de la<br>reproduction – Gynécologie médicale |
| LEHOT      | JEAN-JACQUES  | Anesthésiologie-réanimation – Médecine d'urgence                                      |
| LERMUSIAUX | PATRICK       | Chirurgie vasculaire  |
| MAUGUIERE  | FRANCOIS      | Neurologie  |
| MELLIER    | GEORGES       | Gynécologie - Obstétrique   |
| MICHALLET  | MAURICETTE    | Hématologie - Transfusion   |
| MOREAU     | ALAIN         | Médecine générale   |
| NEGRIER    | CLAUDE        | Hématologie - Transfusion   |
| NEGRIER    | MARIE-SYLVIE  | Cancérologie - Radiothérapie  |
| PUGEAT     | MICHEL        | Endocrinologie et maladies métaboliques   |
| RUDIGOZ    | RENE-CHARLES  | Gynécologie - Obstétrique   |
| SINDOU     | MARC          | Neurochirurgie  |
| TOURAINÉ   | JEAN-LOUIS    | Néphrologie   |
| TREPO      | CHRISTIAN     | Gastroentérologie – Hépatologie - Addictologie  |
| TROUILLAS  | JACQUELINE    | Cytologie et Histologie   |



## UNIVERSITE CLAUDE BERNARD LYON I

|   |                      |
|---|----------------------|
| Président de l'université                                     | Frédéric FLEURY      |
| Président du Conseil Académique et de la Commission Recherche | Hamda BEN HADID      |
| Vice-Président du Conseil d'Administration                    | Didier REVEL         |
| Vice-Président de la commission Formation                     | Céline BROCHIER      |
| Vice-Président Relations Hospitalo-Universitaires             | Jean François MORNEX |
| Directeur général des services                                | Pierre ROLLAND       |

### SECTEUR SANTE

|  |                        |
|--|------------------------|
| Doyen de l'UFR de Médecine Lyon-Est                                      | Gilles RODE            |
| Doyen de l'UFR de Médecine et de Maïeutique Lyon Sud - Charles Mérieux   | Philippe PAPAREL       |
| Doyen de l'Institut des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques (ISPB)   | Claude DUSSART         |
| Doyen de l'UFR d'Odontologie   | Jean-Christophe MAURIN |
| Directeur de l'Institut des Sciences & Techniques de Réadaptation (ISTR) | Jacques LUAUTÉ         |
| Présidente du Comité de Coordination des Études Médicales                | Carole BURILLON        |

### SECTEUR SCIENCES ET TECHNOLOGIE

|   |                   |
|---|-------------------|
| Directrice de l'UFR Biosciences   | Kathrin GIESELER  |
| Directeur de l'UFR Faculté des Sciences   | Bruno ANDRIOLETTI |
| Directeur de l'UFR Sciences & Techniques des Activités Physiques et Sportives (STAPS) | Guillaume BODET   |
| Directeur de Polytech Lyon  | Emmanuel PERRIN   |
| Directeur de l'Institut Universitaire de Technologie Lyon 1 (IUT)                     | Michel MASSENZIO  |
| Directeur de l'Institut des Science Financière & Assurances (ISFA)                    | Nicolas LEBOISNE  |
| Directeur de l'Observatoire de Lyon   | Bruno GUIDERDONI  |
| Directeur de l'Institut National Supérieur du Professorat & de l'Éducation (INSPÉ)    | Pierre CHAREYRON  |

|  |                          |
|--|--------------------------|
| Directrice du Département-composante Génie Électrique & des Procédés (GEP) | Rosaria FERRIGNO         |
| Directrice du Département-composante Informatique                          | Saida BOUAZAK<br>BRONDEL |
| Directeur du Département-composante Mécanique                              | Marc BUFFAT              |

## LE SERMENT D'HIPPOCRATE

---

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans discrimination.

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

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance.

Je donnerai mes soins à l'indigent et je n'exigerai pas un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

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

Je préserverai l'indépendance nécessaire et je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je perfectionnerai mes connaissances pour assurer au mieux ma mission.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé si j'y manque.

## REMERCIEMENTS

---

### **A la présidente du Jury, Madame la Professeure ERPELDINGER**

Je ne pourrais jamais vous remercier assez pour ce que vous avez fait pour moi. Vous m'avez permis d'entrer dans ce monde de l'internat il y a trois ans et aujourd'hui, vous me permettez d'en sortir. Et pour cela, encore une fois, merci.

### **Aux membres du jury,**

#### **Monsieur le Professeur PIGACHE**

Merci de me faire l'honneur de participer à ce jury de thèse et j'espère que mon travail pourra être d'une quelconque aide dans votre pratique professionnelle.

#### **Monsieur le Professeur FARGE**

Merci de me faire l'honneur de participer à ce jury de thèse. Vous aurez finalement été présent lors des deux moments de clôture de ces études et pour cela je vous remercie.

### **A mon directeur de thèse, le Dr VAILLANT,**

Encore merci pour tout Francis, que ce soit pour ton accompagnement en stage et lors de la rédaction de cette thèse. Nous allons bientôt devenir officiellement des confrères sur le même territoire et j'ai hâte de collaborer avec toi.

### **A tous les participants de cette étude,**

Merci de votre participation et du temps que vous m'avez consacré. J'ai hâte de partager avec vous les résultats de cette étude et que l'on collabore tous ensemble pour améliorer les soins sur notre territoire.

Merci à toi Claire pour le co-codage !

### **A toutes les personnes avec qui j'ai travaillé durant mes études.**

Si j'en suis arrivé là aujourd'hui, c'est en partie grâce à vous et à ce que vous m'avez apporté durant ces années.

**A ma famille,**

Tout ce que je pourrais écrire ne sera jamais suffisant pour vous exprimer tout mon amour et ma gratitude. Je n'aurais jamais pu surmonter toutes les difficultés que j'ai rencontré sans votre soutien. Je vous dois qui je suis aujourd'hui et j'espère pouvoir vous rendre fier.

Vous m'avez permis de réaliser ce qui est important dans la vie et que quoi qu'il arrive nous serons là les uns pour les autres.

*Merci Maman, Merci Papa, Merci Thomas, Merci Simon, Merci Antoine.*

*Merci Noémie, Merci Sonia*

*Merci à tout le monde*

Je vous aime, même si on ne se le dit pas souvent, je vous aime.

**A mes amis, ma deuxième famille,**

Pareil, qu'est-ce que je peux dire ? Encore Merci à tous, sans vous, je n'y serais jamais arrivé. On a eu plusieurs fois cette discussion mais je vous le redis encore une fois, je vous aime tous comme une deuxième famille et qu'on sera toujours là les uns et pour les autres. Je chéri chacun de moments que je passe avec vous et ce pour toujours.

*Merci Bapt, Geoffrey, Mathias, Léana, Jeza, Jules, Nassym, Djivan, Seb, Blandine, Max, Ducky, Léa, Coco, Mathilde, Valentine, Pau'. Merci d'être là depuis si longtemps et de me supporter depuis toutes ces années. Je vous aime.*

Merci à mes EX-copains, *Thomas et Thib*, toujours prêt pour la BA-GARRE. Je vous aime.

Merci à toi *Paupau' !*

Merci à mes amis et plus généralement pour toutes ces belles rencontres faites durant mes études.

Merci à la *Zumba...* pour tout.

Enfin, merci à tous les professionnels de santé qui m'ont permis de traverser les différentes épreuves rencontrées durant cette aventure.

*« Everything will be okay in the end.*

*If it's not okay,*

*It's not the end"»*

---

**TABLE DES MATIERES**


---

|   |           |
|---|-----------|
| <b>LISTE DES ABREVIATIONS</b>   | <b>16</b> |
| <b>INTRODUCTION</b>   | <b>17</b> |
| I. Définitions  | 18        |
| A. Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS)                  | 18        |
| B. Coordinatrice(eur) de soins  | 20        |
| II. Présentation du territoire et de ses acteurs                            | 21        |
| A. Territoire et population   | 21        |
| B. Acteurs de soins   | 22        |
| III. Enjeux   | 22        |
| A. Une population vieillissante et une augmentation des maladies chroniques | 22        |
| B. Une désertification des effecteurs de soins                              | 23        |
| C. Un besoin de structuration et coordination des soins libéraux            | 24        |
| IV. Objectif de travail   | 25        |
| <b>MATERIEL ET METHODE</b>  | <b>26</b> |
| I. Présentation de la méthode   | 26        |
| A. Choix de la méthode  | 26        |
| B. La recherche qualitative en médecine générale                            | 26        |
| C. Le <i>focus group</i> : définition                                       | 27        |
| II. Caractéristiques des <i>focus group</i>                                 | 28        |
| A. Participants des différents <i>focus groups</i>                          | 28        |
| 1. 1 <sup>er</sup> <i>focus group</i> : Groupe « médical »                  | 28        |
| 2. 2 <sup>ème</sup> <i>focus group</i> : Groupe « paramédical »             | 29        |
| 3. 3 <sup>ème</sup> <i>focus group</i> : Groupe « social »                  | 29        |
| 4. Modérateur   | 29        |
| 5. Observateur  | 29        |
| B. Guide d'entretien  | 30        |
| C. Aspects organisationnels   | 30        |
| 1. Recrutement  | 30        |
| 2. Lieu et horaire des entretiens   | 31        |
| 3. Déroulement de la séance   | 31        |
| III. Exploitation des entretiens  | 32        |
| A. Transcription des données  | 32        |
| B. Analyse des données  | 32        |
| C. Co-codage  | 33        |
| D. Saturation des données   | 33        |
| <b>RESULTATS</b>  | <b>34</b> |
| I. Caractéristiques de la population des <i>focus group</i>                 | 34        |
| A. Présentation générale de la population                                   | 34        |
| 1. <i>Focus group</i> « médical »   | 34        |
| 2. <i>Focus group</i> « paramédical »                                       | 35        |
| 3. <i>Focus group</i> « social »  | 35        |
| B. Caractéristiques démographiques détaillées de la population              | 36        |
| 1. Tranches d'âges  | 36        |
| 2. Sexe   | 36        |
| 3. Statut   | 37        |
| 4. Métier   | 37        |
| II. Analyse des résultats   | 38        |
| A. Missions du poste  | 38        |
| 1. Centralisation des informations  | 38        |
| 2. Être un pivot organisationnel pour l'ensemble des acteurs                | 41        |
| 3. Avoir une activité d'équipe de soins                                     | 44        |
| 4. Gestion du lien ville-hôpital  | 46        |
| 5. Rôle de représentation de l'équipe de soins                              | 48        |

|   |            |
|---|------------|
| 6. Jouer un rôle de prévention                          | 50         |
| B. Organisation du poste                                | 51         |
| 1. Moyens de communication                              | 51         |
| a. Aspect législatif                                    | 51         |
| b. Aspect humain  | 53         |
| 2. Définir les situations d'action                      | 56         |
| 3. Modalités de recrutement                             | 59         |
| 4. Partage du temps de travail                          | 62         |
| 5. Répartition des tâches                               | 62         |
| 6. Salaire  | 63         |
| C. Profils du poste                                     | 63         |
| 1. Profils professionnels recherchés                    | 63         |
| 2. Qualités intrinsèques recherchées                    | 66         |
| 3. Compétences globales recherchées                     | 69         |
| D. Limites du poste                                     | 71         |
| 1. Volume de travail trop important                     | 71         |
| 2. Limites indépendantes au rôle de coordination        | 73         |
| 3. Manque de temps                                      | 76         |
| 4. Manque d'effecteurs de soins                         | 77         |
| 5. Perte de liens entre les professionnels              | 79         |
| 6. Divergence entre les dispositifs existants           | 80         |
| E. Attentes envers le poste                             | 81         |
| 1. Pallier le manque de communication                   | 81         |
| 2. Apporter une aide humaine                            | 83         |
| 3. Pouvoir répondre à un besoin de liens / cohésion     | 85         |
| 4. Apporter de l'attractivité au territoire             | 86         |
| F. Perspectives d'évolutions                            | 87         |
| 1. Perspectives générales                               | 87         |
| 2. Une augmentation d'effectif                          | 88         |
| 3. Évolution des missions confiées                      | 89         |
| <b>DISCUSSION</b>                                       | <b>91</b>  |
| I. Discussion sur les résultats, analyse interprétative | 91         |
| A. Profils recherchés                                   | 91         |
| B. Les missions qui lui seront confiés                  | 92         |
| C. L'organisation générale du poste                     | 94         |
| D. Les difficultés attendues                            | 95         |
| II. Discussion sur la méthode                           | 96         |
| A. Forces de l'étude                                    | 96         |
| B. Limites de l'étude                                   | 97         |
| III. Comparaison avec la littérature                    | 99         |
| IV. Perspectives post thèse                             | 100        |
| A. Création d'une fiche de poste et suivi d'évolution   | 100        |
| B. Mesure de l'impact de la mise en place du poste      | 101        |
| <b>CONCLUSIONS</b>                                      | <b>102</b> |
| <b>BIBLIOGRAPHIE</b>                                    | <b>104</b> |
| <b>ANNEXES</b>  | <b>110</b> |
| A. Évolution du guide d'entretien                       | 110        |
| B. Mail de recrutement                                  | 112        |
| C. Document d'information et de consentement            | 114        |
| D. QR code pour accès au VERBATIM complet               | 116        |
| E. QR code pour l'accès à la <i>Mind Map</i>            | 116        |
| F. Modèle fiche de poste                                | 117        |



## **LISTE DES ABREVIATIONS**

---

ESP : Équipe de Soins Primaires

MSP : Maison de Santé Pluridisciplinaire

CH : Centre Hospitalier

CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé

EHPAD : Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

ARS : Agence Régionale de Santé

UNCAM : Union nationale des caisses d'assurance maladie

ACI : Accord Conventionnel Interprofessionnel

EHESP : École des Hautes Études en Santé Publique

HNO : Hôpital Nord-Ouest

ALD : Affection de Longue Durée

ZIP : Zone d'Intervention Prioritaire

MKDE : Masseur Kinésithérapeute Diplômé d'État

GTM: Grounded Theory Method

HNOT: Hôpital Nord-Ouest, site de Tarare

IPA : Infirmières de Pratique Avancée

EAPA : Enseignante en Activité Physique Adaptée

SSIAD : Service de Soins Infirmiers à Domicile

GHT : Groupement Hospitalier de Territoire

## INTRODUCTION

---

### PREAMBULE

Le soin est semblable à son sujet qu'est l'humain, il évolue. Notre société se modifie selon l'époque et notre système de soins doit également suivre cette évolution. Les progrès de la médecine permettent de vivre plus longtemps et en meilleure santé<sup>1</sup>. Cependant, cela a également entraîné une complexification des parcours de soins. La demande en santé n'a pas cessé d'augmenter depuis des années à la suite d'une offre de soins qui s'est multipliée en parallèle d'un vieillissement de la population qui devient également de plus en plus polypathologique.

Nous faisons face en France depuis des années à une désertification du territoire en matière d'effecteurs de soins | Des décisions politiques sur fond économique<sup>2</sup> ainsi que des disparités territoriales font, qu'aujourd'hui, il est nécessaire de réorganiser le paysage de santé français pour s'adapter aux besoins et aux contraintes actuelles. L'image d'Épinal du médecin exerçant seul dans son cabinet, l'absence de communication entre les différents professionnels est révolue et n'a plus sa place dans un changement organisationnel nécessaire qui va vers la coordination et l'entraide entre les professionnels de santé d'un territoire donné.

Ce changement se matérialise par la mise en place de différentes strates organisationnelles de professionnels à travers la création des équipes de soins primaires (ESP), des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS), etc. s'articulant les unes avec les autres et avec les instances supérieures (ARS, etc.) dans un but commun d'amélioration du soin pour le patient qui en bénéficie et pour le professionnel qui en est à l'origine.

De cette nouvelle organisation territoriale du soin émane de nouveaux enjeux et problématiques qui nécessitent des réflexions. Un besoin fondamental qui découle de ces changements est un besoin d'organisation et de coordination de ces différentes entités afin de fluidifier les communications et la mise en place des différentes actions prévues en amont dans un objectif de rationalisation du soin.

C'est ainsi que naît la notion du rôle de coordinateur de soins pour apporter une aide à ces entités en permettant un soutien humain et technique pour centraliser les communications et aider les différents professionnels à aller dans la même direction.

Ce rôle a été défini dans des textes de lois et il existe des fiches de poste complètes éditées par plusieurs institutions dans lesquelles les profils, missions et qualités requises sont définies de manière claire et généraliste<sup>3</sup>.

La nouvelle organisation du soin se faisant de manière territoriale, et chaque territoire étant différent, il est logique que l'organisation de ceux-ci soit également différente.

Le coordinateur de soins devra répondre à des demandes et travailler avec des profils de professionnels qui seront propres au territoire.

J'ai donc décidé en partenariat avec mon directeur de thèse, qui est également vice-président de la CPTS de l'Ouest Rhodanien, d'accompagner la mise en place du poste du coordinateur de soins au sein de cette organisation territoriale que je vais intégrer à la suite de mon installation prévue durant l'année 2025. Le projet à long terme est de suivre l'évolution de ce poste et son impact sur mon futur territoire d'installation.

## **I. Définitions**

### **A. Communauté Professionnelle Territoriale de Santé**

La notion de Communauté Professionnelle Territoriale de Santé est évoquée pour la première fois dans la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé<sup>4</sup>. Elle est présentée comme un regroupement de plusieurs Équipes de Soins Primaires (ESP), d'acteurs de soins de second recours, des EHPAD, établissements de santé, structures médico-sociales et sociales d'un territoire dans un but de réponse à des besoins de santé identifiés d'un territoire<sup>5</sup>.

Une ESP est un regroupement de professionnels libéraux, autour des médecins généralistes, de premier recours qui élaborent ensemble un projet de santé qui vise « *la prévention, l'amélioration et la protection de l'état de santé de la population, ainsi que la réduction des inégalités sociale et territoriales de santé.* »<sup>6</sup>. Celle-ci peut s'organiser par exemple, en Maison de Santé Pluridisciplinaire (MSP).

Pour une coordination territoriale, plusieurs équipes de soins primaires peuvent se mutualiser en CPTS et s'associer à d'autres acteurs de soins de premier et deuxième recours ainsi que des acteurs médico-sociaux et sociaux.

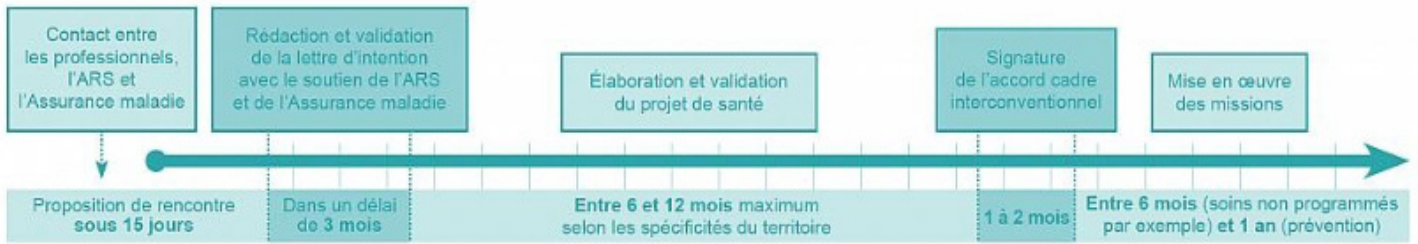
L'ensemble des participants de cette organisation travaille à la réalisation d'objectifs d'un projet régional de santé à visée populationnelle et plus simplement au niveau de leur propre patientèle.

La nature même d'une CPTS est d'émaner d'un projet venant des professionnels eux même d'un territoire afin de créer un projet de santé pouvant répondre aux besoins spécifiques du dit territoire. Ce projet s'articule autour de six axes de missions reconnues de service public depuis 2019 et calqué sur la stratégie nationale de santé, comportant « *une facilitation de l'accès aux soins, la mise en place de parcours de soins complexes, l'initiation d'action de dépistage/prévention/promotion de la santé, le développement de la qualité et de la pertinence des soins, l'accompagnement des professionnels de santé et la participation à la réponse aux crises sanitaires* »<sup>7</sup>.

Dans le processus de création d'une CPTS, à la suite de la création du projet de santé constitué par les acteurs de celle-ci, il est envoyé à l'ARS pour établir un contrat<sup>8</sup>. Ce projet, définit les objectifs, le périmètre géographique, les engagements et la désignation des différentes parties. Il va permettre aux ARS d'accompagner la création des CPTS, de convenir d'un financement et de différentes aides à la réalisation de ce projet de santé territorial.

Suite à la validation du projet de santé territorial, un contrat individualisé est formulé et signé par la CPTS, l'ARS correspondante ainsi que par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) représentée par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) du département de rattachement. Ce contrat va donner lieu à un accord conventionnel interprofessionnel mis en place depuis 2017 (ACI)<sup>9</sup> qui permet de débloquer les fonds nécessaires à la réalisation des différentes missions du projet.

L'ensemble des différentes étapes de création d'une CPTS sont décrites dans le schéma ci-dessous. Cette frise chronologique propose une temporalité prévisionnelle des différentes étapes. Dans la réalité, ces durées sont très variables selon le territoire et la création d'une CPTS peut prendre plus d'une année comme c'était le cas pour la CPTS de l'Ouest Rhodanien.



Ces ACI sont établies en fonction des caractéristiques de la CPTS et des objectifs définis avec la mise en place du projet. Il est également décidé d'indicateurs pour évaluer l'impact positif de la mise en place de la CPTS et des différents projets, sur le territoire. Des rencontres pluriannuelles sont faites entre les représentants de la CPTS et ceux de la CPAM autour de ces indicateurs et une renégociation des aides financières<sup>10</sup> est faite pour pérenniser des projets entamés et/ou en mettre en place de nouveaux.

## **B. Coordinatrice(eur) de soins**

« Action de coordonner ; harmonisation d'activités diverses dans un souci d'efficacité. »<sup>11</sup>

L'objectif de structurer et d'organiser les soins ambulatoires est décrit dans la loi de modernisation de la santé, dite loi Touraine. Elle décrit un besoin de coordination afin de tendre vers de nouveaux objectifs de rationalisation des soins. Cette notion est reprise en 2021 par le Haut Conseil de la Santé Publique dans son rapport sur le « Virage ambulatoire »<sup>12</sup>. Le rapport décrit un objectif de « *passage d'un système centré sur l'hôpital à un système qui fait des médecins et des ESP constitués autour d'eux, à la fois des pivots et les coordinateurs des parcours* ».

Ce rôle central de coordination, est déjà connu dans le domaine de la santé à travers les infirmières de coordination en EHPAD ou dans le domaine de la cancérologie. Il s'agit de permettre de faire le lien entre les différents acteurs d'un parcours de soins et avec le patient. Il a été élargi au monde ambulatoire dans ce texte du *virage ambulatoire* pour un but d'appréhension de la gestion de projets, des ressources humaines et pour une meilleure organisation des parcours de soins.

Ce rôle est décrit de manière très générale par le ministère de la santé à travers les actions qu'on peut lui confier, le savoir-faire et les connaissances requises, les profils professionnels et le niveau de formation requis au sein d'une fiche métier explicative<sup>13</sup>.

Pour résumé, le rôle nécessite des compétences de gestion d'équipe, de bureautique, de conduite de projet avec des connaissances dans le domaine de la santé dans son ensemble : connaissances médicales, économie, droit, éthique.

Une définition généraliste de ces missions de coordination est la recherche de cohérence dans le domaine sanitaire et se traduit par une répartition des ressources et des tâches, une harmonisation des actes et l'orchestration des activités afin de tendre vers une meilleure efficacité des différentes prises en charge<sup>14</sup>.

Ce poste est accessible sur recrutement provenant du regroupement de professionnels qui souhaite le mettre en place dans son organisation et qui sera chargé de sa rémunération. Le fonctionnement de chaque organisation étant différente, le rôle, les missions et la rémunération du poste de coordinatrice(eur) de soins seront adaptés en conséquence.

Il existe une formation diplômante délivrée par l'École des Hautes Études en Santé Publique (HESP) qui l'a développé en partenariat avec la fédération des CPTS de France et plusieurs autres fédérations professionnelles<sup>15</sup> « *en réponse à des besoins d'acquisition de compétences des professionnels en charge de soutenir les équipes de terrain, d'impulser et de structurer de nouvelles pratiques et organisations professionnelles sur le terrain* ». Celle-ci étant accessible sans diplôme préalable.

## **II. Présentation du territoire et de ses acteurs**

### **A. Territoire et population**

La CPTS de l'Ouest Rhodanien a été créée en 2018 et couvre un territoire qui calque celui de la Communauté d'agglomération de l'Ouest Rhodanien. Soit un territoire de 577 km<sup>2</sup> au nord-ouest de Lyon, répartis entre 31 communes. Ce qui représente une population de 50 651 personnes en 2020<sup>16</sup>. Cette population est en augmentation chaque année depuis quelques années. La population est dans son ensemble plutôt précaire avec notamment un taux de pauvreté qui s'élève à 12,8% en 2020 sur l'ensemble du territoire.

Démographiquement, plus de la moitié de la population se concentre sur quatre communes que sont Tarare, Thizy-les-bourgs, Amplepuis et Cours-la-ville<sup>17</sup>.

## **B. Acteurs de soins**

La CPTS de l'Ouest Rhodanien regroupe un ensemble de 161 professionnels de santé lors du dernier décompte. Il s'agit de professionnels de santé du monde libéral que ce soit dans le domaine médical, paramédical ou médico-social. Dans le détail, on peut dénombrer 26 médecins sur le territoire, 81 infirmiers libéraux et 23 MKDE en 2022, pour ne citer que ces trois professions.

En termes d'établissement de soins, le territoire regroupe deux centres hospitaliers qui sont le HNO Tarare-Grandis et le CH du Beaujolais Vert (fusion de quatre établissements : deux sanitaires (Thizy et Cours) et deux médico sociaux (Bourg de Thizy et Amplepuis)), cinq maisons de santé, un centre municipal de santé et sept EHPAD<sup>18</sup>. A noter, que l'on dénombre cinq structures de soins à domicile.

Lorsque l'offre de soins du territoire est insuffisante, les centres hospitaliers de références avec qui les professionnels du territoire collaborent sont les centres hospitaliers des portes de Lyon, les HCL, le HNO Villefranche et parfois le CH de Roanne dans le département de la Loire.

## **III. Enjeux**

### **A. Une population vieillissante et augmentation des maladies chroniques**

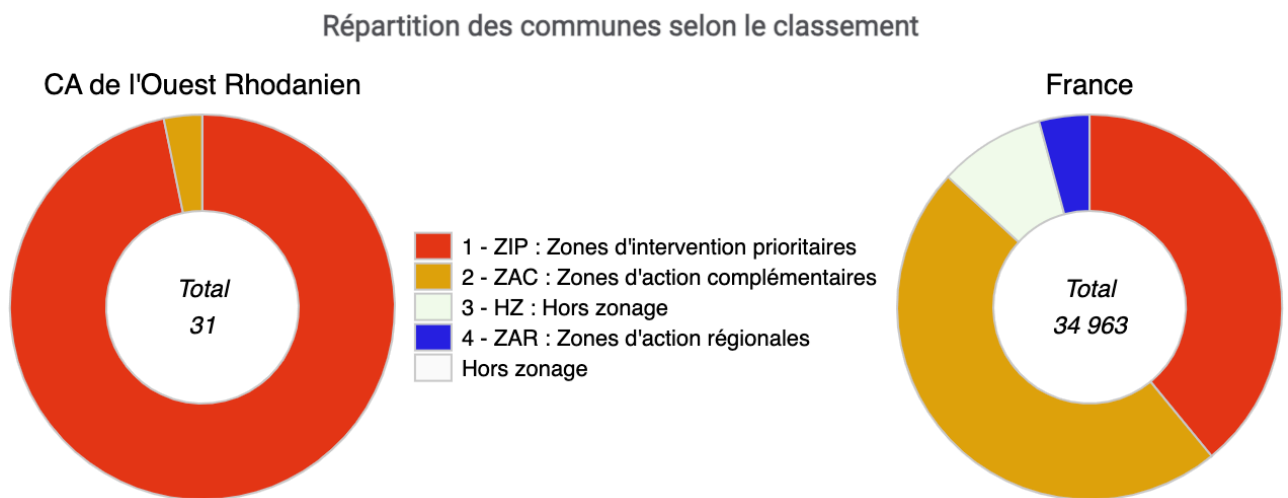
A l'image des données démographique nationales, il existe un vieillissement de la population et le territoire de l'Ouest Rhodanien n'y échappe pas avec en 2022, une population qui comportait 29% de plus de 60 ans versus 26,6% en 2011.

A cela s'ajoute une augmentation du nombre de patients atteints de maladie chronique nécessitant un suivi, à travers 17% de patients en ALD en 2022 contre une moyenne nationale de 16,2% versus 13,5 % en 2013 face à une moyenne nationale de 13,2 %.

La demande de soins est en constante augmentation sur le territoire avec une complexification d'une part non négligeable des prises en charge sur le volume total.

### **B. Une désertification des effecteurs de soins**

Un autre versant du problème est l'existence d'une désertification importante des effecteurs de soins qui complexifie l'accès aux soins primaires.



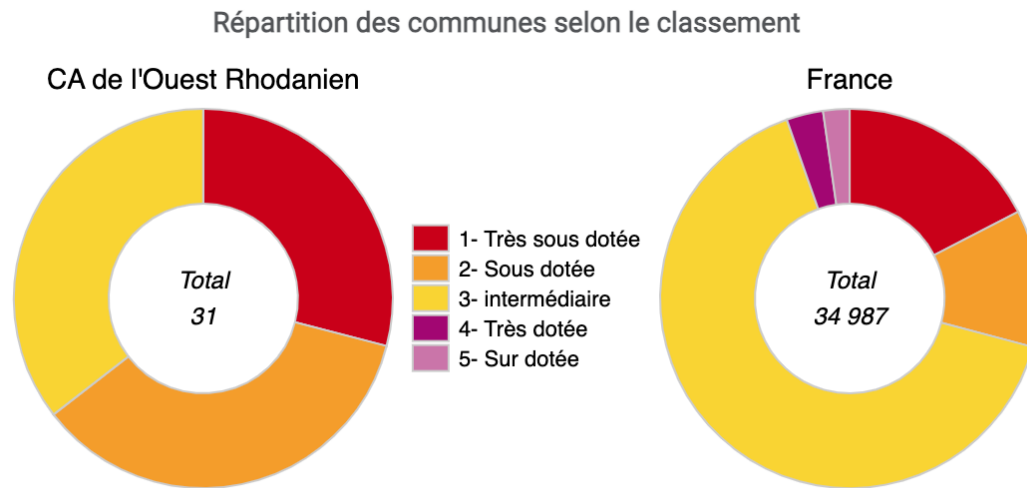
Source : ARS

Sur le plan médical, la densité des professionnels de santé est nettement en dessous des moyennes régionales avec près de 14% des patients de plus de 17 ans sans médecins traitant (Vs 11.4% dans le Rhône)<sup>17</sup>. En comparant à l'échelle nationale, on dénombre seulement 5,1 médecins généralistes pour 10 000 habitants sur le territoire versus 8,4 pour 10 000, pour la moyenne nationale.

Le territoire est en zone d'intervention prioritaire (ZIP) sur 96,8% de son territoire contre 39,1% à l'échelle nationale et 20,29 % à l'échelle régionale selon le dernier zonage de 2022, édité par les ARS<sup>18</sup>.

Un autre exemple est celui des masseurs-kinésithérapeutes (MKDE) avec 29% du territoire qui est considéré comme très sous doté contre 17,4% en moyenne sur le territoire nationale<sup>19</sup>.





Source : CNAMTS - ARS

Cela entraîne une importante inéquation entre la demande de soins de la population et les capacités d'offres de soins du territoire. Inéquation qui rend également de plus en plus difficile la pratique du soin par les différents professionnels avec des problématiques de surmenage de plus en plus présentes<sup>20</sup>.

### **C. Un besoin de structuration et coordination des soins libéraux**

Il est nécessaire d'aller vers une meilleure structuration et coordination des soins libéraux en suivant les changements opérés à l'échelle nationale. Un des buts de cette réorganisation de l'offre de soins est de pouvoir optimiser les ressources et les moyens humains pour répondre à une demande de soins qui dépasse actuellement l'offre de soins.

Ceci passe par la création des MSP, des CPTS, etc. La pluralité des structures à intégrer dans une organisation globale fait apparaître un besoin de centralisation pour favoriser la communication, la transmission d'informations et la coordination des actions sur un territoire.

Un autre aspect positif va se retrouver dans l'entraide des différents professionnels en travaillant de manière plus collégiale et en étant des soutiens les uns pour les autres que ce soit au niveau des connaissances mais également au niveau humain.

#### **IV. Objectif du travail**

Ce travail de thèse s'inscrit dans ce constat de besoin de réorganisation du système de santé territoriale. Afin de pallier une inéquation entre la demande de soins qui va en augmentant et qui se complexifie et une capacité d'offre de soins qui n'est pas à la hauteur de la demande. Cette réorganisation a été mise en place depuis maintenant quelques années avec la création de regroupement de professionnels à travers des MSP, des ESP et des CPTS à plus grande échelle. Afin d'être plus efficient grâce à ces différentes entités, il est nécessaire de développer la coordination entre tous.

Ce développement passe en partie par un travail de centralisation et de redistribution des informations afin de favoriser les communications entre tous. L'objectif étant d'améliorer les actions mises en place et les parcours de soins complexes autour d'un patient nécessitant plusieurs professionnels de santé différent. C'est alors que rentre en jeu le poste de coordinatrice(eur) de soins.

Ce poste possède une description détaillée généraliste, avec des pré requis en termes de diplôme, de qualités recherchées, de domaines de compétences à maîtriser, etc. Il est également possible de suivre une formation diplômante, délivrée par l'EHESP.

La question posée pour ce travail de thèse est la suivante : est-il possible, en se basant sur les différentes définitions généralistes de ce poste, de le personnaliser à un territoire en interrogeant ses acteurs afin de faciliter son intégration au sein de l'organisation existante ?

En découle la problématique soulevée par ces réflexions :

***« Quels sont les déterminants d'accueil d'un(e) coordinatrice(eur) de soins au sein de la CPTS de l'Ouest Rhodanien ? »***

L'objectif de ce travail de thèse était d'interroger les professionnels du territoire à propos de leurs attentes quant à la création d'un tel poste et comment il pourrait s'intégrer dans l'organisation existante de la CPTS. L'objectif secondaire était de servir de base pour la création d'une fiche de poste personnalisée au territoire dans un objectif d'aide au recrutement de candidats pour le poste.

## MATERIEL ET METHODE

---

### I. Présentation de la méthode

#### A. Choix de la méthode

Le choix de la méthode découle de la problématique de ces travaux. La question de recherche relevant d'interactions humaines sans notion de quantification, la méthode qualitative est apparue indiquée pour ces travaux de thèse.

Selon la littérature spécialisée, il est apparu que ces travaux de thèse s'inspirent de la méthode par théorisation ancrée (GTM)<sup>21</sup>.

Le choix de réaliser des *focus groups* s'est fait suite à l'analyse des apports théoriques de cette méthode d'entretien semi-dirigé. La réalisation de cette méthode d'entretien permet de créer une dynamique de groupe qui se traduit par un apport d'avis et de positions plus riches et tranchées que lors d'entretiens individuels<sup>22</sup>. Cette dynamique de groupe permet également un processus de comparaison constante des avis en temps réel. Ces apports théoriques s'inscrivent dans le cadre de la GTM.

L'intérêt du choix des *focus group* est de permettre l'interactivité et le *brainstorming*. Cette technique permet d'évaluer entre autres des besoins et/ou des attentes pour aider à soutenir la prise de décision, en facilitant l'acquisition d'idées plus précises sur un sujet. Elle sert également à faire émerger de nouvelles idées inattendues pour le chercheur. En les réalisant avant la mise en place du poste de coordinateur de soins, l'objectif est de recueillir des besoins, du capital (*asset analysis*) ainsi que d'évaluer le climat social (*social climate survey*)<sup>23</sup>.

#### B. La recherche qualitative en médecine générale

La méthode qualitative a été décrite par *Mays et Pope* en 1995 comme ayant pour but de nous aider à comprendre un phénomène social dans un cadre réel et non expérimental en se basant notamment, sur le point de vue et les expériences des participants<sup>24</sup>.

Cette méthode permet d'explorer les émotions, sentiments ainsi que le comportement des participants pour apporter une compréhension des interactions entre eux notamment.

La recherche qualitative est particulièrement appropriée pour des facteurs observés subjectifs et donc, difficilement mesurables. Elle permet d'interroger le lien entre la « *vraie vie* » du clinicien et la « *science dure* » avec une approche compréhensive<sup>25</sup>.

Une des applications de cette méthode dans le domaine de la santé réside dans le processus de compréhension d'usagers et d'acteurs d'un système de soins afin de formuler des recommandations destinées aux organisateurs de ce système<sup>26</sup>.

### **C. Le focus group : définition**

Par définition, le *focus group* est une forme d'entretien semi-structuré. Il consiste en une série de discussions au sein d'un groupe de différents participants partageant certaines caractéristiques et est facilité par un chercheur qui anime ces discussions autour d'un sujet défini à l'avance et pour lequel est rédigé un canevas de questions.

Cette technique est utilisée dans le domaine de la recherche universitaire depuis les années 1980 dans les pays anglo-saxons dans les travaux de recherche en soins primaires dans une optique qualitative<sup>27</sup>.

Le *focus group* va différer d'un entretien de groupe, au niveau du recrutement. Les participants d'un même *focus group* doivent présenter une certaine homogénéité, tout en étant hétérogène entre les différents *focus group* d'une même étude afin de panacher les différents points de vue concernant un même thème<sup>28</sup>.

Il se déroule autour d'une table, par groupe de six à huit personnes en moyenne, dans un environnement, neutre, calme et propice au débat. Les discussions sont animées par un modérateur qui peut relancer celles-ci si nécessaire à l'aide d'un canevas de questions ouvertes qui a été établi en amont, huit questions dans le cas de cette étude. A noter la présence de l'observateur, qui s'occupera de l'enregistrement et de la prise de notes d'éléments non verbaux par exemple. Ce rôle est en retrait par rapport à celui du modérateur et ne participera pas aux débats pour se concentrer sur la prise de notes globales et en prenant un certain recul pour avoir une vue d'ensemble.

Dans un deuxième temps, la retranscription intégrale ou *verbatim* sera analysée et *codée* pour faire ressortir des thèmes en fonction de la répétition de ces codes afin de produire une synthèse narrative pour permettre une analyse qualitative de l'ensemble de ces données collectées.

## **II. Caractéristiques des *focus groups* :**

### **A. Participants des différents *focus groups***

Pour l'ensemble des différents *focus groups*, le recrutement s'est fait sur la base d'un échantillonnage raisonné théorique dans un but inductif<sup>29</sup>, afin de recueillir les avis de différents types de professionnels de santé qui vont s'articuler autour du coordinateur de soins au sein de la globalité du système sans représentativité réelle de la population.

L'appartenance à la CPTS de l'Ouest Rhodanien, à une structure hospitalière appartenant au territoire et/ou à une structure de soins/services intervenant sur le territoire étudié a été le seul critère d'inclusion retenu pour la réalisation de cette étude afin de créer une homogénéité globale et que les différents participants soient concernés par la finalité de cette étude.

#### **1. 1<sup>er</sup> *focus group* : Groupe « médical »**

Ce premier groupe est composé de médecins libéraux adhérant à la CPTS de l'Ouest Rhodanien et de médecins hospitaliers exerçant au sein de l'Hôpital Nord-Ouest du site de Tarare (HNOT). L'ensemble des médecins libéraux exercent dans des MSP sur le territoire de la CPTS. Je n'ai pas eu de réponse de la part de médecins du centre hospitalier du Beaujolais Vert qui est le deuxième centre hospitalier du territoire.

Par souci de nombre de participants, les sages-femmes n'ont pas été conviées malgré leur appartenance à une profession médicale et à la CPTS. L'ensemble des intervenants de ce groupe sont désignés par les termes ML (Médecins Libéraux) 1,2,3... Et MH (Médecins Hospitaliers) 1,2,3... au sein du VERBATIM.

2. 2<sup>ème</sup> focus group : Groupe « paramédical »

Ce deuxième groupe est composé de professionnels paramédicaux. Du côté hospitalier, j'ai contacté plusieurs professions différentes notamment des infirmières (de service et de pratique avancée) et une enseignante en activité physique adaptée (EAPA) pour prendre part au *focus group*. Toutes travaillaient au sein du HNOT. Pour ce *focus group*, malheureusement, le monde libéral est sous représenté avec la participation d'une seule infirmière libérale. Sur les cinq réponses positives que j'ai reçues, quatre professionnels n'ont finalement pas participé. L'ensemble des intervenants de ce groupe sont désignés par les termes PL (Paramédicaux Libéraux) 1,2,3 ... Et PH (Paramédicaux Hospitaliers) 1,2,3 ... au sein du VERBATIM.

3. 3<sup>ème</sup> focus group : Groupe « social »

Ce troisième groupe se compose de professionnels sociaux et d'acteurs bénévoles. Concernant le côté hospitalier, j'ai convié les assistantes sociales de l'hôpital de Tarare ainsi que des membres de différents SSIAD du territoire. Pour la partie libérale, sont présentes des représentantes d'associations d'aide à la personne intervenant sur le territoire de la CPTS ; L'ensembles des intervenants de ce groupe sont désignés par les termes SL (Sociaux libéraux) 1,2,3 ... et SH (Sociaux Hospitaliers) 1,2,3 ... au sein du VERBATIM.

4. Modérateur

Le rôle de modérateur a été tenu par le docteur Francis VAILLANT, qui dirige cette thèse et est également le vice-président de la CPTS de l'Ouest Rhodanien. Ce dernier ayant déjà organisé et animé un *focus group* durant sa formation et le son rôle au sein de la CPTS de l'Ouest Rhodanien lui confère une expérience bénéfique à la réalisation et l'animation de ces *focus groups*.

5. Observateur

Ce rôle a été assuré par moi-même. J'ai été responsable de l'enregistrement audio à travers trois enregistreurs audio, disposés à différents endroits de la pièce pour anticiper d'éventuelles pannes techniques. Je ne suis pas intervenu durant les différents *focus groups* pour me concentrer sur le recueil des attitudes et du langage non verbal des différents actrices/acteurs des différents groupes.

## **B. Guide d'entretien**

Le guide d'entretien a été réalisé en plusieurs temps. Les idées de bases sont tirées de la littérature<sup>30</sup>, mais également de données de terrain provenant de structures (CPTS, service hospitalier) ayant déjà engagé un coordinateur de soins ou en recherchant un<sup>31</sup>. Les thèmes abordés ont été modifiés par la suite grâce à des échanges avec mes maîtres de stage ambulatoire et mon directeur de thèse.

L'ordre des questions a été modifié en collaboration avec mon directeur de thèse peu de temps avant la réalisation du premier *focus group* avec une volonté de cohérence dans l'ordre d'abord des différents thèmes. L'évolution du guide d'entretien et sa version finale sont visibles en annexe A.

## **C. Aspects organisationnels**

### **1. Recrutement**

Le recrutement s'est fait tout d'abord avec une invitation générale par mail, envoyé en date du 3 juillet 2022 avec une courte présentation de mes travaux de thèse et de moi-même (visible en Annexe B). Les différentes personnes ont été prévenues en amont, de la réalisation d'un enregistrement audio de la séance, ainsi que de la retranscription du VERBATIM, de manière anonyme.

Par la suite, une relance d'invitation avec le lieu, la date et l'horaire a été envoyée, toujours par mail environ un mois avant la réalisation de chaque *focus group*.

Le recrutement du côté hospitalier s'est fait par le biais de l'annuaire hospitalier du HNOT ainsi que par demandes orales. Lors de la période de recrutement, j'étais en stage au sein du service de médecine polyvalente du HNOT et j'ai ainsi pu partager mon projet de travaux de thèse avec les équipes et leur demander leur participation par la même occasion.

Du côté des libéraux, mon directeur de thèse, qui est également un membre du bureau de la CPTS de l'Ouest Rhodanien, a transmis les différents mails à travers l'annuaire des professionnels de santé de celle-ci.

## 2. Lieu et horaire des entretiens

Les *focus groups* ont été organisés au sein de l'hôpital de Tarare, du fait de sa position plutôt centrale sur le territoire de la CPTS. L'hôpital est un endroit facile d'accès, avec des solutions de stationnement facile et connu de la plupart des professionnels. Ce choix s'inscrit également dans une volonté de renforcer le lien entre ville et hôpital au moins de manière symbolique dans un premier temps.

Les différents *focus groups* se sont tenus dans la même salle de réunion, un endroit calme, assez spacieux, confortable et sans écho.

En termes de date et horaire, les différentes réunions ont eu lieu le jeudi à partir de 20h. Historiquement au sein du territoire, les réunions entre hospitaliers et libéraux, se font toujours le jeudi en soirée ; ainsi en choisissant cet horaire, la probabilité d'avoir le plus grand nombre de participants était maximale.

## 3. Déroulement de la séance

Les différentes séances se sont déroulées de la même manière avec une durée moyenne de 1 heure et 30 minutes de débat et discussions, selon le schéma suivant : accueil, discussion informelle et signature des autorisations, explication du principe de l'entretien, tour de table de présentation puis enchaînement sur les questions du canevas, remerciements et nouvelle discussion informelle et débriefing. Le nombre de personnes a varié au sein des différents groupes.

L'ambiance était détendue durant les entretiens. De plus, l'ensemble des professionnels concernés travaillant sur le même territoire, les participants se connaissent plus ou moins bien. Lors de leur arrivée et avant le début des entretiens, j'ai fait signer à chaque participant une autorisation d'enregistrement audio sous couvert d'anonymat pour la réalisation de mes travaux (Visible en annexe C).

La disposition en carré des tables permettait à chaque participant de se placer où il le souhaitait. Techniquement, il a été utilisé trois dictaphones disposés dans différents endroits de la pièce par sécurité et pour l'amélioration de la qualité du VERBATIM.

Un buffet a été mis à disposition des participants durant les entretiens pour ajouter un côté convivial et améliorer le confort d'une réunion aussi tardive. Celui-ci ne comportait pas d'emballage bruyant qui aurait pu parasiter l'enregistrement audio.



Les échanges ont été variés et animés mais toujours dans le respect de la parole de chacun grâce notamment au modérateur.

### **III. Exploitation des entretiens**

#### **A. Transcription des données**

La transcription intégrale des données a été réalisée sur une durée d'environ 13h de travail. Pour cela, il a été utilisé différents enregistrements audios pour plus de clarté d'écoute et le logiciel Word®, pour la retranscription mot à mot, en respectant les hésitations, les silences, les onomatopées et les éléments de langage oral. Les silences sont traduits par des points de suspension, le non verbal est retranscrit par des « ... ».

Les VERBATIMS ne sont pas joints à la thèse dans l'objectif de ne pas surcharger celle-ci, car ils représentent 103 pages de transcrits. Néanmoins, l'intégralité du verbatim est disponible en utilisant le QR code présent en Annexe D. L'anonymat a été garanti par une utilisation de formules pour désigner chaque personne (ML, MH, PL, PH, SL, SH) : les formules sont en fonction du groupe et de la position de chacun lors des entretiens ; ML10 désigne le modérateur sur les trois VERBATIMS.

#### **B. Analyse des données**

À la suite de la retranscription complète du VERBATIM, plusieurs lectures ont été nécessaires afin de s'approprier les différentes notions abordées. Par la suite, le logiciel NVIVO 14<sup>©</sup> a été utilisé pour organiser les verbatims en sous-thèmes ou nœuds par codage axial, puis regroupés en thèmes à la suite d'une arborescence pour mettre en lumière les propositions phares de ces entretiens. Cette arborescence est visible à la suite de l'élaboration d'une *mind map* qui apporte une illustration du cheminement de pensées utilisé durant cette analyse (Annexe E).

Les thèmes et sous thèmes sont présentés en fonction du nombre d'occurrence qu'ils contiennent au sein des différents VERBATIMS afin de hiérarchiser les forces des différents thèmes à la suite de l'ensemble des *focus group*.

### **C. Co-codage**

Une étape de co-codage a été faite suite à une double analyse sur les données obtenues par Mme DUVEAUX Claire, interne de médecine générale et doctorante au sein de la faculté de Bordeaux. Ces analyses ont retrouvé des résultats similaires aux premières analyses. Le codage des données est donc considéré comme satisfaisant.

### **D. Saturation des données**

À la suite des trois *focus groups*, le nombre d'occurrences différentes a diminué de façon notable, et une tendance à la saturation des données a été obtenue.

---

## RESULTATS

---

### I. Caractéristiques de la population des *focus group*

Au total, 19 personnes ont été interrogées lors des trois différents *focus groups*.

#### A. Présentation générale de la population

##### 1. *Focus group* « médical »

|             | <b>Sexe</b> | <b>Tranche d'âge</b> | <b>Métier</b>       | <b>Statut</b> | <b>Mode d'exercice</b> |
|-------------|-------------|----------------------|---------------------|---------------|------------------------|
| <b>ML1</b>  | Femme       | 30-35 ans            | Médecin généraliste | Libéral       | MSP                    |
| <b>ML2</b>  | Homme       | 45-50 ans            | Médecin généraliste | Libéral       | MSP                    |
| <b>MH3</b>  | Femme       | 55-60 ans            | Médecin généraliste | Hospitalier   | Service de médecine    |
| <b>MH4</b>  | Homme       | 45-50 ans            | Médecin généraliste | Hospitalier   | Service de médecine    |
| <b>MH5</b>  | Femme       | 40-45 ans            | Médecin généraliste | Hospitalier   | Service de médecine    |
| <b>ML6</b>  | Femme       | 35-40 ans            | Médecin généraliste | Libéral       | Cabinet                |
| <b>ML7</b>  | Femme       | 45-50 ans            | Médecin généraliste | Libéral       | Cabinet                |
| <b>ML8</b>  | Homme       | 30-35 ans            | Médecin généraliste | Libéral       | MSP                    |
| <b>ML9</b>  | Homme       | 55-60 ans            | Médecin généraliste | Libéral       | MSP                    |
| <b>ML10</b> | Homme       | 35-40 ans            | Médecin généraliste | Libéral       | MSP                    |

2. *Focus group* « paramédical »

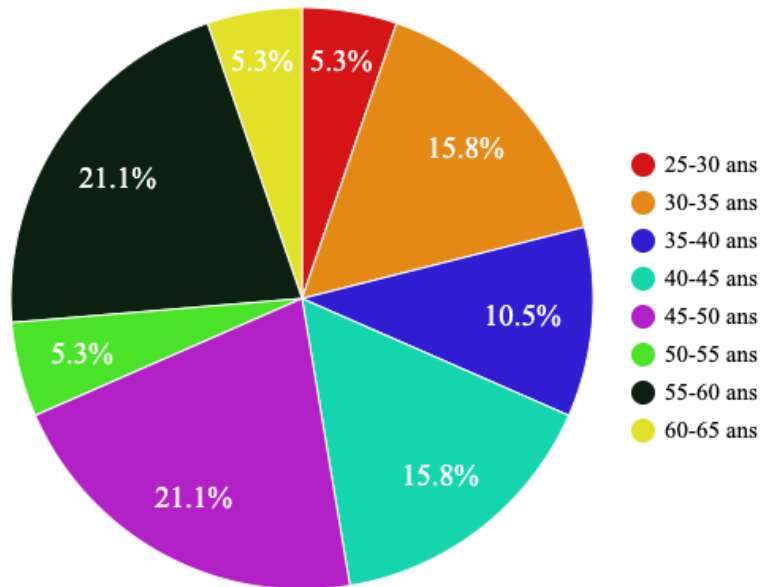
|            | Sexe  | Tranche d'âge | Métier                                 | Statut      | Mode d'exercice                                      |
|------------|-------|---------------|--|-------------|--|
| <b>PH1</b> | Femme | 40-45 ans     | Éducatrice d'activité physique adaptée | Hospitalier | Service de médecine                                  |
| <b>PH2</b> | Femme | 25-30 ans     | Infirmière de pratique avancée         | Hospitalier | Consultations diabétologie et insuffisance cardiaque |
| <b>PH3</b> | Femme | 30-35 ans     | Infirmière diplômée d'état             | Hospitalier | Service de médecine                                  |
| <b>PL1</b> | Femme | 50-55 ans     | Infirmière diplômée d'état             | Libéral     | MSP  |

3. *Focus group* « social »

|            | Sexe  | Tranche d'âge | Métier                                    | Statut      | Mode d'exercice     |
|------------|-------|---------------|---|-------------|---------------------|
| <b>SH1</b> | Femme | 40-45 ans     | Infirmière coordinatrice                  | Hospitalier | SSIAD               |
| <b>SL1</b> | Homme | 60-65 ans     | Président d'association                   | Libéral     | Association         |
| <b>SH2</b> | Femme | 55-60 ans     | Infirmière coordinatrice                  | Hospitalier | SSIAD               |
| <b>SL2</b> | Femme | 45-50 ans     | Directrice d'un service d'aide à domicile | Libéral     | SAAD                |
| <b>SH3</b> | Femme | 55-60 ans     | Assistante sociale                        | Hospitalier | Service de médecine |

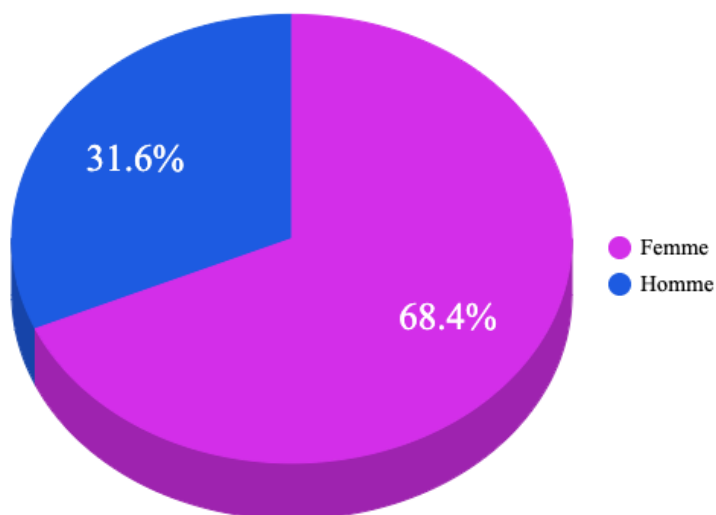
## **B. Caractéristiques démographiques détaillées de la population**

### 1. Tranches d'âges



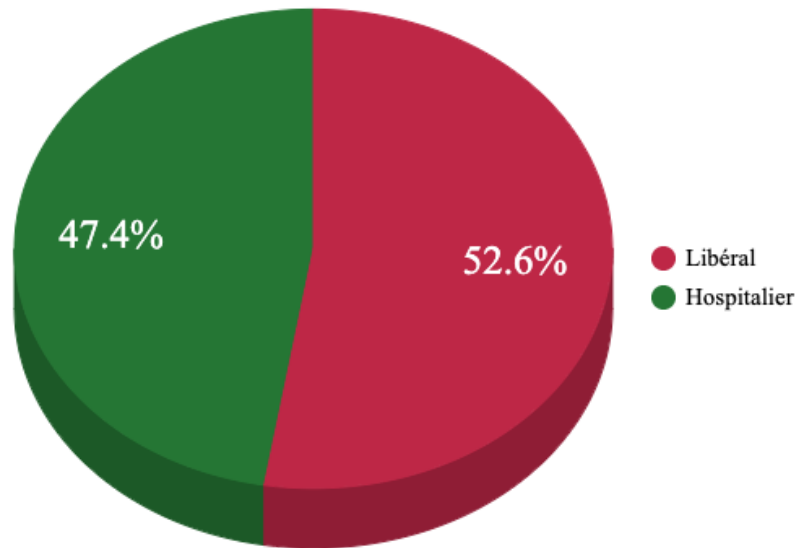
La majorité de la population interrogée se trouve dans la tranche d'âge entre 40 et 60 ans avec plus de 25% de la population ayant plus de 55 ans.

### 2. Sexe



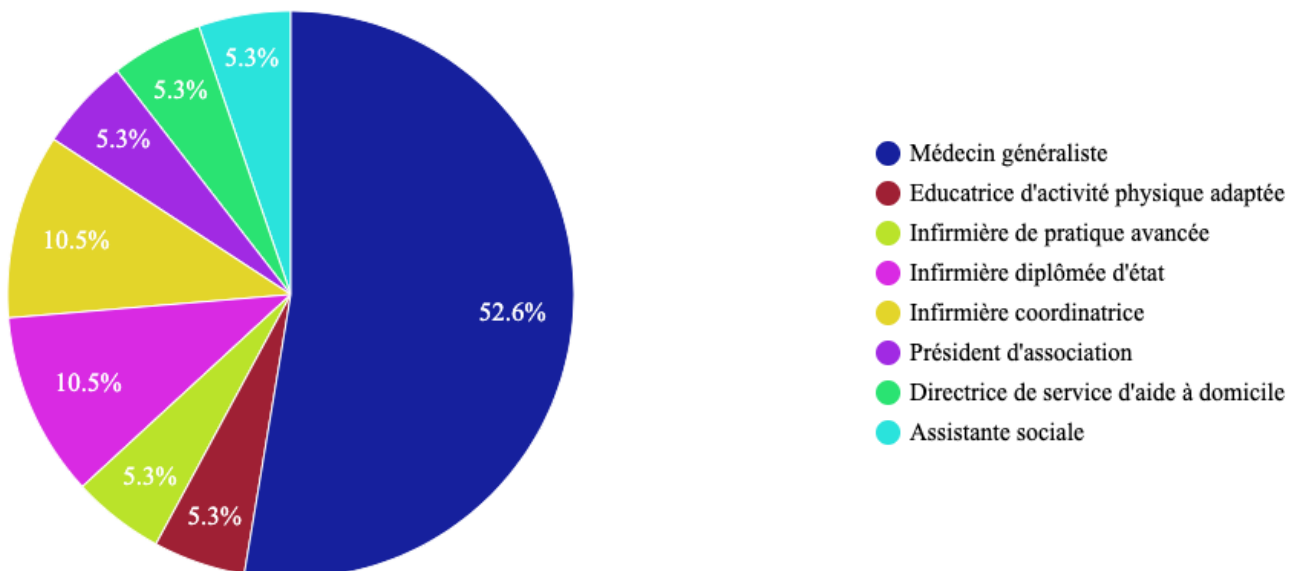
La majorité des personnes interrogées sont de sexe féminin à près de 70%.

### 3. Statut



Les deux versants du territoire sont représentés de façon quasi égale entre le monde libéral et l'hospitalier.

### 4. Métier



Il existe une surreprésentation de la profession médicale par rapport aux autres corps de métier. A noter également l'absence de professions comme les MKDE ou les Sage femmes qui n'ont pas participé aux *focus groups*.

## II. Analyse des résultats

### A. Missions du poste

#### 1. Centralisation des informations

La mission qui est revenue le plus souvent en termes d'occurrence est une mission de recueil des informations de l'ensemble des intervenants du parcours de soin. Le fait de pouvoir centraliser les informations permettrait selon les professionnels de santé d'éviter les pertes d'informations et d'identifier les différents acteurs du territoire afin de fluidifier les communications entre eux et améliorer la prise en charge globale du patient.

|   |  |
|---|--|
| <p><b>En recueillant, l'ensemble des informations venant de différentes sources</b></p> | <p>« SH2 : Pour mettre en lien les différents professionnels, il y a ça aussi, ce qu'on peut remarquer parfois, c'est que quand un patient arrive à un endroit pour consulter, que ce soit un spécialiste ou l'hôpital, on a l'impression qu'il n'y a rien eu avant, rien eu autour. On ne sait pas s'il y a eu déjà des examens prescrits, on ne sait pas... Du coup, le praticien le voit à ce moment-là et se dit tiens, il y a eu ça, ça, ça... On va faire ça, ça, ça... Et peut-être qu'il y a d'autres démarches en cours, peut-être il y a une histoire... Et ça c'est quelque chose qui peut manquer aussi... »</p> <p>« SH2 : Nous on a ce problème avec Villefranche aussi. Nous on collabore extrêmement bien avec l'hôpital de Tarare et je ne dis pas ça parce qu'il y a SH3 ici parce qu'on a des liens pluri hebdomadaires avec les assistantes sociales. Le patient qui sort de Villefranche ou de Lyon sud... C'est souvent l'infirmière libérale qui appelle pour dire : au fait, il faudra faire un truc là parce que tout seul à domicile, c'est pas possible. Et effectivement, il n'y a pas de relation »</p> |
|---|--|

« PL1 : Oui ça c'est sûr. « Silence » Puis moi je reste persuadée que certains patients qui nous échappent un peu au niveau d'une bonne prise en charge en fait, parce qu'on n'est pas assez coordonnés...

PH3 : Oui, si on n'a pas quelqu'un derrière qui est un peu acteur, c'est sûr que c'est compliqué...

PL1 : On n'a pas une vision peut être d'ensemble. Tout ça parce que quand on reçoit un coup de fil, on ne voit pas l'ensemble. Voilà, je pense que la coordination peut permettre de mieux prendre en charge ces patients qui nous échappe un petit peu. »

« SH1 : Et ça c'est d'autant plus vrai maintenant, qu'il y est beaucoup de gens isolés et très âgés et du coup on ressent hein... Parce que s'il n'y a personne autour avec tout le dossier qui trimballe et qui explique, et bah... C'est des petits morceaux par ci par là quoi... »

« PH2 : (...) C'est peut-être que pour ce poste-là, c'est de mettre en relation ou faire... De coordonner le lien et faire le lien entre tous ces interlocuteurs pour optimiser la prise en charge du patient et qu'il n'y ai pas de retard d'information pour le bénéfice du patient... Voilà... »

« PL1 : Après c'est, le coordinateur, c'est vraiment quelqu'un qui est là pour justement récupérer des demandes... hein... des interrogations, et les transmettre aussi au médecin, à la personne concernée... Faire en sorte que heu... le médecin sache que cette personne est venue te voir, ce patient est venu te voir ; qu'il a déjà un parcours ; C'est identifier en fait... »



|  |  |
|--|--|
| <p><b>En identifiant l'ensemble de l'équipe de soins</b></p> | <p><i>« PL1 : Oui justement, j'allais rebondir là-dessus, ce qui serait important aussi, c'est que cette coordination permette d'identifier tous les professionnels qui interviennent autour du patient aussi. Ça c'est vraiment important parce qu'il me semble que parfois, en fait, par exemple les infirmières libérales ne sont pas forcément identifiées sur l'hôpital. Après je pense que le médecin traitant l'est mais l'infirmier libéral n'est pas identifié et donc ne reçoit pas non plus les courriers et du coup voilà... »</i></p> <p><i>« ML9 : Est-ce qu'il ne serait pas intéressant, que dans l'ensemble des infirmières ; est ce que ce ne serait pas intéressant qu'il y est de petites spécialisations. Qu'il y est une infirmière qui kiffe plus les pansements, et ben est ce qu'elle n'aimerait pas faire plus des pansements. Peut-être une infirmière qui ferait plus les insulines et qui serait presque plus compétente en diabéto qui serait plus réglée parce qu'elles font un peu de tout »</i></p> <p><i>« ML7 : Après normalement, dans le projet de la CPTS, j'ai fait partie d'un groupe... Où normalement, un annuaire devra sortir et justement l'annuaire est fait pour regrouper et les professionnels de santé tout venant du territoire et en marquant un peu leur spécificité. Donc ça serait à mon avis d'une utilité grandissante pour la coordinatrice de soins, justement pour pouvoir aiguiller avec des assistantes sociales de l'hôpital, les patients d'un endroit quoi... »</i></p> <p><i>« ML2 : (...) Il n'y a pas de visibilité sur le territoire, on s'aperçoit que les cabinets infirmiers vont prendre plus facilement des patients en urgence pour des soins non programmés infirmiers, on va dire et d'autres qui vont dire que ça les saoule, qu'ils ne veulent pas en faire. Ça c'est un des rôles, en amont, du coordinateur ; c'est d'arriver à donner, en face de l'hôpital, une visibilité de dire, ce n'est pas la peine d'appeler 10 cabinets par ce qu'il y en a peut-être 5 qui disent non à chaque fois... »</i></p> |
|--|--|

|  |  |
|--|--|
|  | <p><i>« ML2 : Faut que ce soit un annuaire dynamique, il ne faut pas que ce soit un nom, il faut qu'on ait d'abord un questionnaire d'amont : le professionnel, sur ce qu'il attend de ça, qu'on le mette dans l'annuaire. C'est de dire : on sait qu'il a cette compétence et qu'il est apte à le faire pour être sûr que quand on appelle, qu'on n'appelle pas juste un nom parce qu'il est infirmier et qu'il est sur l'annuaire. »</i></p> <p><i>« ML2 : Dans l'idéal... (...) créer le lien ville hôpital, d'information, de diffusion de cette information, des contacts de bien dire à chaque médecin, à chaque infirmier, il y a tel problème ; C'est tel référent à l'hôpital pour une transfusion, c'est tel référent pour une hospitalisation... ça je pense que ça manque vraiment. Et idem dans l'autre sens, c'est-à-dire de dire, de faire descendre l'information à l'assistante sociale, ou au cadre de santé... à la secrétaire de flux... »</i></p> |
|--|--|

## **2. Être un pivot organisationnel pour l'ensemble des acteurs**

Après le recueil et la centralisation des informations, apparaît un rôle d'articulation entre les différents acteurs : un rôle de pivot organisationnel afin de pouvoir redistribuer les différentes informations à chacun pour la suite de la prise en charge. Également, la(le) coordinatrice(eur) pourrait servir de ressource en cas de questionnement d'un professionnel du territoire à propos d'un patient avec une facilité de contact car interlocuteur unique. En complément, la question d'un éventuel rôle d'initiateur de parcours de soins à la suite d'une alerte provenant d'un professionnel du territoire a été évoquée.

|   |  |
|---|--|
| <p><b>En permettant d'articuler les actions des différents professionnels entre eux</b></p> | <p>« SH1 : Bon bah c'est une personne qui met en relation plusieurs professionnels de santé hospitaliers, non hospitaliers ou paramédicaux, assistantes sociales. Enfin tout le panel qui s'articule autour d'un bénéficiaire ou d'un patient. »</p> <p>« ML7 : Et du coup ce serait la coordinatrice de soins, si elle était au courant que justement que le patient sort de l'hôpital et qui pouvait prévenir le médecin traitant pour justement prévoir le rendez-vous post hospitalisation</p> <p>ML1 : Même les informer aussi...</p> <p>ML7 : Ça pourrait qu'elle coordonne tout quoi. Les infirmiers, les kinés, les médicaments qu'il faut tout ça quoi... »</p> <p>« ML7 : Non mais notamment pour les personnes âgées quand on a parfois besoin de mettre en place de l'activité physique adaptée ; ou a besoin de kiné, ou a besoin de soins infirmiers. Au lieu que ce soit à la place des familles qui finalement, se retrouve perdus au milieu de tout ça même au niveau de tout ce qui gravite autour de la médecine... Celui-là il amène l'oxygène, celui-là il amène les perfs, ce lui là il amène machin... C'est hyper compliqué, même moi, franchement quand ils me disent c'est machin, qui m'amène ci... Le lit médicalisé, tout ça. Ça pourrait peut-être utile, pour nous, parce que en fait au final, c'est parfois nous qui le faisons... »</p> <p>« SH3 : Avoir un interlocuteur, voilà, qui est repéré, reconnu par les partenaires et...</p> <p>SL1... qui est sollicité et après qui redispatche et qui retéléphone en fonction du secteur, du canton, des aides qui sont à disposition quoi...</p> <p>SH3 : Puis une personne ressource quoi. »</p> |
|---|--|

|  |  |
|--|--|
|  | <p>« MH5 : Oui c'est ça, d'arriver, de ne pas avoir à découvrir les structures du territoire quoi. De dire j'ai tel besoin et en fait, on répond ... Un seul interlocuteur pour avoir une réponse »</p> <p>« SH3 : C'est aussi organiser un parcours de soins... »</p> <p>« SH2 : Ou est ce qu'il ferait un premier bilan de cette situation pour que ça rebascule sur le médecin traitant du patient ? Ce sont des situations qui nous, nous alerte mais peut-être que médicalement, ce n'est pas si alertant que ça et de pouvoir dire... Ce pouvoir de soit nous calmer, soit nous dire oui, c'est hyper inquiétant, vous avez raison de vous inquiéter. »</p> <p>« ML2 : (...) sa mission : c'est d'organiser le soin, donc un coordinateur de soins est poste clé pour l'organisation »</p>   |
| <p><b>En étant initiateur d'un projet de soins</b></p> | <p>« SH3 : Il y a des patients qui sont en rupture de soins, qui arrivent chez le médecin et en fait, il y a tout qui arrive, y'a rien qui va. Ils n'ont pas eu de suivi pendant des années pour certains, il faut bien prendre la situation par un bout je pense. Et un coordinateur, ça peut permettre de prendre des rendez-vous, d'orienter vers tel endroit. Peut-être aussi de présenter ce patient, peut-être qu'il n'est pas commun, qu'il n'est pas comme n'importe quel patient... »</p> <p>« PL1 : On s'adapte mais voilà, il y a quand même des situations qui sont complexes pour certaines personnes et du coup... »</p> <p>PH3 : Bah si elles étaient anticipées, on est d'accord que ce serait plus facile...</p> <p>PL1 : ...Voilà et donc peut être que la coordination permettrait d'avoir...</p> <p>PH3 : ...Un premier contact avant que le patient rentre à domicile...</p> <p>PL1 : ...Oui, d'avoir... En tout cas ce retour plus serein... »</p> |

|  |   |
|--|---|
|  | <p>« PH1 : Bien sûr... Mais peut être que ça pourrait être sa mission de se rendre compte qu'il y a une dégradation pour à nouveau alerter un médecin de l'hôpital pour dire qu'il faut programmer une hospitalisation parce que la personne a de nouveau perdu en autonomie, il est plus capable de se lever de son fauteuil et passe sa journée alitée, des choses comme ça quoi. »</p> |
|--|---|

### 3. Avoir une activité d'animation d'équipe de soins

Une mission qui a suscité un grand intérêt, de la part de tous les corps de métiers représentés, est une mission d'animation de l'équipe de soins qui consisterait à l'organisation de rencontres physiques avec différents buts et objectifs. Allant de la connaissance physique des professionnels entre eux, jusqu'à des tables rondes thématiques en passant par des événements de cohésion.

|   |   |
|---|---|
| <p><b>En étant moteur d'une cohésion à travers des rencontres physiques</b></p> | <p>« ML10 : Il y a déjà au moins deux missions qu'on pourra ajouter sur le poste : C'est créer du lien mais surtout être moteur dans la création de ce lien pour la coordinatrice, c'est à dire peut-être relancer des rencontres... »</p> <p>« ML9 : Je crois que c'est important ce que tu dis, la connaissance. Du coup, peut être qu'un des rôles de cette personne là, ce pourrait être justement de faire en sorte qu'on se connaisse tous après je ne sais pas quels moyens, par quel biais. Mais tu as raison, la connaissance. »</p> <p>« ML9 : Et tout l'importance... Il faut oui, organiser des fêtes... Il faut probablement qu'on organise des trucs, des rencontres... Mais à chaque fois, tout le monde se félicite. Nous on se connaît par ce que ça fait des années qu'on se réunit, les hospitaliers, les libéraux et heureusement qu'on a des trucs un peu ponctuels... »</p> |
|---|---|

|  |   |
|--|---|
|  | <p>« PH3 : De toute façon pour l'échange avec les infirmières libérales, je trouve que c'est intéressant. Ça permet de se rencontrer, juste pour ça déjà. Pour suivre l'évolution, voir comment ça fonctionne après en sortie d'hospitalisation, oui ça paraît intéressant... Enfin je trouve</p> <p>« Acquiescement général »</p> <p>... Et puis tous être autour d'une table, ça a quand même une autre valeur que de s'appeler au téléphone quoi.</p> <p>PL1 : Oui, c'est clair...</p> <p>PH1 : Voir ce qui fonctionne, ce qui ne fonctionne pas...</p> <p>PH3 : Voir ce qu'on peut mettre en place pour que ça s'améliore...</p> <p>PH1 : Oui complètement... »</p> <p>« SH3 : Non mais après par mail, on dépersonnalise. On envoie un mail mais on ne sait pas la personne qui est... Comment elle est déjà, physiquement, c'est important... Si on doit travailler ensemble il faut des visages, il faut qu'on se connaisse un peu.</p> <p>SL2 : En tout cas des temps comme ça, de rencontre... D'ailleurs merci, je trouve ça chouette. »</p> <p>« PL1 : En tout cas moi, je suis contente de vous rencontrer, par ce que en fait, on parle souvent de vous et...</p> <p>ML10 : Et on se rencontre jamais</p> <p>PL1 : Et on se rencontre...</p> <p>ML10 : Et ce genre de projet permet complètement de rencontrer la ville et l'hôpital et ça manque... »</p> <p>« ML10 : A-t-il besoin d'un rôle en présentiel ?</p> <p>MH5 : Quand même rencontrer...</p> <p>ML1 : Oui je suis d'accord mais une fois que tu as rencontré tout le monde...</p> <p>MH3 : Oui mais il faut entretenir ça...</p> |
|--|---|

|  |   |
|--|---|
|  | <p><i>ML2 : Régulièrement, il doit aller dans les cabinets, au moins paramédicaux tout ça... Pour faire un peu le point, se montrer, être connu pour savoir après au téléphone à qui on parle »</i></p> <p><i>« ML6 : Est-ce que dans les missions, on peut imaginer une partie animation et amélioration des liens entre les praticiens hospitaliers et les libéraux pour par exemple, qu'il y ait des rencontres sur des thèmes particuliers, pour qu'on se familiarise les uns les autres ; peut-être pour mettre à jour l'annuaire. »</i></p> |
|--|---|

#### **4. Gestion du lien ville-hôpital**

L'amélioration du lien entre ville et hôpital passerait par la création d'un poste facilitant la communication entre ces deux entités selon les professionnels interrogés. En plaçant un intermédiaire unique, il pourrait ensuite transmettre les informations pertinentes aux professionnels concernés et permettre de fournir une vision globale d'une entité vers l'autre et vice versa. A noter, que ce lien serait à cultiver dans le temps pour suivre les changements organisationnels afin de les prendre en compte pour ne pas rompre les liens créés.

|   |  |
|---|--|
| <p><b>En facilitant les communications entre ville et hôpital grâce à un interlocuteur unique</b></p> | <p><i>« PH2 : (...) j'ai un exemple tout récent d'un patient qui fait un hôpital de jour au mois de septembre, de diabète et donc il est diabétique, il a une maladie rénale chronique également et on modifie les traitements lors de cet hôpital de jour, vraiment on revoit l'ordonnance par ce que à ce moment-là, la fonction rénale s'est dégradée, etc... Et ensuite le patient voit son médecin traitant au mois de novembre et l'ordonnance est de nouveau modifiée, mais à l'antérieure (...); Et moi, j'ai reçu ce patient cette semaine et je me suis dit « ouh ouh » Enfin, est ce qu'il y a eu un problème de communication, de lien ? Est-ce le compte rendu de l'hôpital de jour</i></p> |
|---|--|

*n'a pas forcément été réceptionné par le médecin traitant ? Est-ce que le patient n'a pas penser à montrer sa nouvelle ordonnance ? ou est ce qu'il y a eu défaut de communication (...)*

*« ML2 : L'idée, c'est qu'il y a déjà beaucoup de travail qui est fait au niveau de l'hôpital, de coordination. Par ce qu'il y a déjà beaucoup de soins, qu'ils organisent déjà beaucoup de choses. Mais par contre, moi ce que je vois, c'est qu'il n'y a personne en face, une fois dans le monde libéral, d'interlocuteur pour l'hôpital, pour l'assistante sociale par exemple puisque c'est elle qui gère ça maintenant a priori. Je pense que l'hôpital y aurait à gagner si l'assistante déjà, bah tiens, j'appelle cette personne et ensuite c'est à cette personne qui gère ensuite du côté libéral ; Pour ne pas qu'elle a appelé lui ou un tel et que oui, il a changé de numéro etc... C'est pas forcément facile de nous avoir nous en direct »*

*« MH3 : Mais peut être que on peut ; une des choses qu'on pourrait modifier, nous, ici à l'hôpital ; c'est que 72h avant la sortie, peut être avertir le médecin traitant, qu'il va y avoir une sortie.*

*ML2 : La coordinatrice de soins par exemple...*

*MH3 : Bah oui c'est ça*

*ML7 : Après avertir la coordinatrice de soins, pour qu'elles nous avertissent*

*MH3 : Oui bien sûr, que vous soyez avertis que le patient va sortir, d'une façon ou d'une autre »*

*« PL1 : (...) En tout cas, pour moi au niveau infirmier et on est tout le temps en recherche d'infos et de communication je pense, que ce soit dans un sens ou dans l'autre. C'est souvent arrivé qu'il y est des appels par ce qu'on avait nous un patient qui était parti à l'hôpital sans aucune information. Donc ça ne va pas quoi... Il n'y a pas que l'hospitalier qui ne donne pas d'informations. »*



|  |  |
|--|--|
|  | <p>« MH3 : La coordinatrice de soins, c'est je pense qu'effectivement, c'est une personne qui viendrait récupérer les infos, les changements de fonctionnement, de l'hôpital et qui doit venir nous voir et nous rencontrer très régulièrement. Faut voir à l'allure où ça bouge, entre les gens qui sont malades, qui partent, qui reviennent. »</p> <p>« PH3 : Peut-être d'avoir un seul interlocuteur, je parle pour l'hôpital de Tarare, avoir un interlocuteur, ce serait peut-être plus simple ; Je ne me rends pas compte si c'est faisable mais... Je pense que ce serait plus simple. »</p> <p>« PH1 : Je pense oui, si on veut que le parcours de soin soit unique pour le patient, c'est important que l'hôpital soit dedans. »</p> <p>« PH3 : Puis nous, l'instant T de l'hospitalisation puisqu'on les a pendant 8-10 jours et puis derrière... C'est sûr que la vision globale, on ne l'a pas à l'hôpital... On essaye ! L'assistante sociale, elle essaye. Je pense qu'elle fait vraiment un travail ! Mais après ça ne remplace pas quelqu'un qui coordonne tout ça... »</p> |
|--|--|

## 5. Rôle de représentation d'une équipe de soins

Les professionnels sociaux ont suggéré que le poste ait une mission de représentativité de l'ensemble de l'équipe de soins. Ceci permettrait à travers une voix unique de communiquer les décisions prises par l'équipe de soins de manière claire pour tout interlocuteur et ainsi éviter des quiproquos qui pourrait nuire à un projet de soins.

|   |  |
|---|--|
| <p><b>En incarnant la voix unique d'une équipe de soins</b></p> | <p>« SH3 : Qu'est-ce qu'on peut dire ? Qu'est-ce qu'on ne peut pas dire ? A qui on s'adresse ? Etc... Mais le coordinateur je pense, il a ce rôle-là... De plaque un peu tournante et d'éviter que le patient s'éparpille et surtout qu'il aille peut-être sur des consultations qui ne seraient pas utiles pour lui. »</p> <p>« SH2 : Et puis je dirais, parler d'une même voix. Heu... Parce que des fois, bah voilà, nous c'est facile parce qu'on travaille très souvent ensemble (en regardant SH3) donc c'est facile de parler d'une même voix. Nous maintenant, on a aussi des liens avec le service d'aide de l'ADMR (en regardant SL1). Mais, des fois on se rend compte que ah bah oui, le médecin a dit ça à la famille ou l'infirmière libérale passe, elle dit ça et puis le kiné va dire autre chose et là du coup, c'est une faille et les familles et les patients s'engouffrent là-dedans et on sent qu'après les projets de maintien à domicile, ou pas de maintien à domicile hein... »</p> <p>« ML10 : Et donc quel serait le rôle du coordinateur dans ce... Cette problématique du discours... »</p> <p>SH2 : Bah d'informer tout le monde...</p> <p>SH1 : Qu'elle soit peut-être la personne que la famille aussi peut appeler pour avoir la réponse à...</p> <p>ML10 : Mais finalement, donc l'attente, ce serait que tout le monde ait le même discours mais finalement, comment... Si on se dit que ça pourrait être une des missions du coordinateur, comment il fait en pratique ?</p> <p>SH2 : Faire le projet de soins, projet de vie... et du coup le partager.</p> <p>« Acquiescement général »</p> <p>ML10 : Ok, donc ça veut dire, faire une réunion avec tout le monde et en disant, on fait ça, ça et ça... « acquiescement général »</p> <p>SH2 : D'être un peu le porte-parole quoi... »</p> <p>« SL2 : Sur un accompagnement, qu'on aille tous dans la même direction et qu'on ait tous la même parole oui, ça pourrait être intéressant. »</p> |
|---|--|

## 6. Jouer un rôle de prévention

La possibilité de suivi des patients, ultérieurement à la réalisation d'un premier parcours de soins effectué par ce poste a été évoqué. Ceci permettrait d'alerter les différents professionnels de manière anticipée afin de ne pas laisser une situation s'aggraver ou se ré aggraver sur le plan médical et/ou social et pouvoir mettre en place des actions de prévention primaire ou secondaire.

|   |  |
|---|--|
| <p><b>En assurant une continuité de suivi des patients pris en charge</b></p> | <p><i>« PH1 : Est-ce qu'on pourrait imaginer que cette personne fasse des visites à domicile pour voir comment évolue le patient une fois que le patient est rentré à domicile, de voir que les aides sont bien mises en place, si l'infirmière passe bien, si les pansements sont faits correctement. Et effectivement si la motricité continue à être mise en jeu »</i></p> <p><i>« SH2 : Ouais, est-ce qu'il n'y aurait pas un volet prévention aussi dans ce profil de poste, pour justement qu'on évite d'en arriver à là, que tout explose, quand on se rend compte qu'il n'y a pas de suivi médical, qu'il n'y a pas de suivi social, il n'y avait pas de plan APA... Et là, on tire la bobine et il n'y pas grand-chose... »</i></p> <p><i>« ML10 : donc qu'est-ce qu'on entend par prévention du coup ?</i></p> <p><i>SL1 : Déjà, pour éviter que la situation de maladie éclate ou... Prendre quelque chose...</i></p> <p><i>ML10 : donc, ce serait plus de la prévention du problème de santé...</i></p> <p><i>SL1 : Oui</i></p> <p><i>ML10 à SH2 : Toi, tu disais, tu parlais plutôt de la prévention plutôt de la situation sociale...</i></p> <p><i>SH2 : Oui... »</i></p> |
|---|--|

## **B. Organisation du poste**

### **1. Moyens de communication**

#### **a. Aspect législatif**

L'aspect législatif de la future communication entre les différents professionnels et ce nouveau rôle organisationnel a été largement évoqué par l'ensemble des professionnels. Deux thèmes se sont détachés avec une nécessité du respect du secret médical ainsi que le besoin d'une trace écrite des échanges mais spécifiquement en passant par l'utilisation d'une messagerie sécurisée.

|                       |  |
|-----------------------|--|
| <b>Secret médical</b> | <p><i>« ML8 : C'est pas mal que ce soit quelqu'un du soin ; Si c'est un infirmier... »</i></p> <p><i>ML1 : Quelqu'un qui est déjà soumis au secret médical.</i></p> <p><i>ML7 : De toute façon, il sera forcément soumis au secret médical, au secret professionnel... »</i></p> <p><i>« ML10 : (...) Sur cette communication, on avait un peu évoqué tout à l'heure, quid du secret médical ? Dans cette question-là, c'est quels sont vos besoins à vous, des données médicales et finalement, qu'est-ce que vous attendez de cette transmission ? »</i></p> <p><i>SH2 : En tout cas, il y a un avant nous et après nous aussi ; Donc on a besoin de connaître l'avant nous déjà pour savoir comment on va accompagner la personne et aussi en pensant à l'après nous aussi, (...) »</i></p> <p><i>ML10 : Il faut, parce que c'est quelque chose ?</i></p> <p><i>SH2 : Ça nous est demandé par les services avec lesquels on travaille</i></p> <p><i>SH1 : Moi j'ai eu à faire, enfin les aides-soignantes ont dû appeler plusieurs fois les pompiers, le SAMU... Et jusqu'à présent, il n'y avait pas de dossier médical, aucune constante, rien. Elles se sont fait pourrir par les toubibs... »</i></p> |
|-----------------------|--|

|   |  |
|---|--|
|   | <p>« SH3 : (...) Alors on parle du GHT mais on a aussi un réseau de soins ici, pour que les gens puisse communiquer... Les professionnels entre eux, alors communiquer, c'est toujours un peu compliqué... Parce qu'il y a toujours le secret... »</p>   |
| <p><b>Nécessité d'une trace écrite avec l'utilisation de messagerie sécurisée</b></p> | <p>« SH2 : Et puis, je ne sais pas si au niveau législatif, on n'est pas obligé aussi d'avoir des traces écrites. »</p> <p>« PL1 : Oui oui, on est tous pareils... Sauf que c'est pas sécurisé...<br/>PH2 : ...Oui voilà, sauf que ce n'est pas le bon moyen de communiquer pour le coup...<br/>ML10 : Des données patients...<br/>PH2 : Des données patients, oui oui... Un moyen sécurisé ; C'est un changement d'habitude j'imagine, simplement ou pas simplement... »</p> <p>« ML10 : Dans la même idée de cet outil répertoire, on va parler outils. Comment vous interfaceriez avec cette coordinatrice de soins ? Comment on communique avec ? Téléphone ? Mail ? SMS ? Whatsapp ? Mail sécurisé bien sûr ?<br/>ML8 : Le truc que vous avez lancé, la messagerie machin, Lexus ?<br/>ML10 : Plexus ?<br/>ML8 : C'est pas un truc qui sert à ça ?<br/>ML10 : Non, on peut communiquer mais ce n'est pas des échanges sécurisés, pas pour le soin »</p> <p>« ML9 : Je me posais la question de messagerie sécurisé ? C'est bête mais quand je prends mon téléphone, le coup de fil, il est sécurisé ?<br/>ML10 : Non<br/>ML9 : Et bah alors, qu'est-ce qu'on se casse la tête...<br/>ML10 : Parce que ce n'est pas traçable donc coup de téléphone, alors que ton mail sécurisé est traçable...<br/>ML2 : Ton coup de téléphone, il n'a aucune valeur »</p> |

|  |  |
|--|--|
|  | <p><i>« ML2 : Il y a un avantage et un inconvénient à SISRA ; l'avantage par rapport à l'hôpital et au libéral, c'est le même logiciel qu'on a en commun et il n'y en aura pas d'autres. »</i></p> <p><i>« ML2 : Donc nous, la discussion, c'est un filtre de chat, c'est-à-dire qu'on étiquète une équipe de soins avec un patient et comme une relève qu'on fait à l'hôpital, il va y avoir tout le dérouler de chaque personne et on voit qui a vu notre message : on sait en fait, et ça trace... Et après tu as un journal de bord sur un sujet sur un patient. Et les courriers, ce sont les courriers d'hospit... »</i></p> |
|--|--|

b. Aspect humain

Une adaptabilité est nécessaire, de la part de la(le) coordinatrice(eur) en termes de moyen de communication. Il est apparu lors des entretiens, que chaque professionnel ne souhaite pas forcément être contacté de la même manière qu'un autre professionnel. Deux moyens de communication principaux ont été évoqués : les mails et les appels téléphoniques. Les médecins vont privilégier les contacts par mail de par l'aspect de gain de temps alors que les professionnels paramédicaux et sociaux préfèrent la communication orale par appel téléphonique pour l'aspect direct même si le besoin d'une trace écrite est également évoqué.

|   |   |
|---|---|
| <p><b>Une part des professionnels préfère un contact téléphonique</b></p> | <p>« PH2 : c'est les infirmiers libéraux qui savent tout ! Ce sont nos yeux sur le terrain, à domicile. Heu... Et voilà même en retour, eux nous sollicitent.<br/>ML10 : Et comment on fait pour les joindre ?<br/>PH2 : Bah par téléphone hein...<br/>ML10 : Et c'est facile de les joindre ?<br/>PH2 : Franchement oui. Moi je me suis fait une liste des infirmiers libéraux du secteur, par commune tout ça... Après j'ai eu une difficulté la semaine dernière, bon voilà... Mais à force, on y arrive quoi »</p> <p>« ML10 : Vous communiquez comment entre médecins ? Téléphone ?<br/>MH5 : Entre moi, Tarare : soit par mails ou par téléphone<br/>MH3 : Moi je téléphone... »</p> <p>« PH3 : Le téléphone, je pense hein ; Par appel téléphonique, enfin je m'imagine dans le service.<br/>PH1 : Certainement par appel téléphonique pour les choses urgentes à mettre en route et peut être juste par mail s'il y a des petits rappels à faire, enfin j'imagine que... »</p> <p>« SH2 : En termes de communication... Je dirais que...C'est mon côté vieux jeu, mais rien ne vaut une bonne rencontre ou même un coup de fil, quelque chose qui soit... Ou on est dans l'échange. Par mail, des fois décrire des situations et mine de rien c'est un écrit et on peut s'échanger par téléphone, des choses ou des ressentis...<br/>SH3 : Il y a des choses qu'on écrira jamais... « acquiescement général »<br/>SH2 : Et du coup, un bon coup de fil des fois, une rencontre visio...<br/>SL1 : Mais dans un autre sens, on a des limites à discuter comme ça, pour s'exprimer.<br/>SH2 : Oui, parfois ça a ses avantages parce qu'on est plus posé. Mais du coup, oui, il y a des choses, du ressenti ou d'échanges avec la famille qu'on ne pourra jamais écrire et qui se transmet bien à l'oral quoi. »</p> |
|---|---|

|  |   |
|--|---|
| <p><b>Une autre part des professionnels préfère une communication par mail</b></p> | <p>« PL1 : (...) Parce que en fait, cette coordinatrice va avoir le lien direct avec le médecin. Alors, je ne sais pas par quel moyen encore, par mail... ou en tout cas, elle aura un accès rapide, hyper rapide. »</p> <p>« SL1 : C'est sûr que c'est simple un mail mais ça permet de tracer, on dit Mr sort de l'hôpital à telle date, comme ça on est au courant mais si vous avez remarqué durant l'hospitalisation telle ou telle chose de nouveau »</p> <p>« SH2 : C'est quelque chose que j'expérimente beaucoup, notamment avec l'assistante sociale du SSR qui me fait un mail récap du patient, ses antécédents, pourquoi il est là, tout ça... et quel serait son besoin. Du coup, moi je lis ce mail et après je l'appelle... Et déjà j'ai déjà en tête la situation et on gagne du temps parce qu'elle a perdue du temps pour écrire son mail mais du coup, moi j'ai vu la situation...</p> <p>SL2 : Oui, nous on arrive à projeter la situation et à construire quelque chose... C'est une préparation. »</p> <p>« ML8 : Si tu lui demandes pour un truc un peu urgent et que là, tu as besoin de prendre ton téléphone. Bah c'est vrai que je trouve ça hyper chronophage. (...) Un mail en cinq lignes à la coordinatrice ou au coordinateur... »</p> <p>« ML7 : Mais après pour les consultations non, je veux dire cardio, ... Si on n'envoie pas un mail directement au cardio c'est impossible.</p> <p>MH5 : Bah tu vois, rien que ça, ça pourrait être de la coordination</p> <p>ML1 : Mais par contre ils sont au taquet avec les mails, ça se passe bien »</p> |
|--|---|



## 2. Définir les situations d'action

Un des aspects organisationnels primordial à la création du poste va résider dans une définition précise des critères d'intervention de ce poste. La complexité des situations évoquées, existantes sur le territoire ainsi que le volume potentiel de travail met en évidence une nécessité organisationnelle de sélection des critères d'intervention pour ce professionnel.

|   |   |
|---|---|
| <p><b>Besoin de<br/>définition de<br/>critères<br/>d'intervention</b></p> | <p>« SH2 : Parce qu'une seule personne c'est suffisant ?<br/>SH1 : Oui, c'est ce que j'étais en train de réfléchir. Sur un territoire...<br/>ML10 : Ça dépendra de quoi ?<br/>SH2 : Bah du nombre de cas entre guillemets, de situations à gérer...<br/>SH1 : Oui, donc là faut définir aussi, quels cas particuliers, de quelles personnes on extirpe, les critères, il y a plein de choses... »</p> <p>« PL1 : Après il n'y a pas toutes les situations, ne demandent pas l'intervention d'un coordinateur...<br/>PH3 : ... C'est parcours de soins compliqués<br/>PL1 : Voilà, c'est surtout les personnes qui sont en effet<br/>PH3 : ...Qui ont plusieurs pathologies et...<br/>PL1 : Ouais...<br/>PH3 : ...Et qui sont en difficultés »</p> <p>« PL1 : Il n'y a aucune aide, la famille va dire qu'il y a de l'aide et il n'y a rien de mis en place et donc on se retrouve avec quelqu'un qui est limite à la maison, qui est en danger à la maison. Et on a pas prévu en fait la dégradation de cette personne, donc voilà, c'est vraiment pour ces moment-là où il va falloir actionner un peu plein de... de domaines différents à ce moment-là. Donc moi je me dis que c'est à ce moment-là que la coordination va être utile parce que sinon, je pense que pour certains patients, il n'y a pas besoin... »</p> |
|---|---|

|   |   |
|---|---|
|   | <p>« ML10 : Uniquement peut être pour les patients à problèmes<br/> ML7 : Ah bah oui<br/> ML1 : Oui bien sûr<br/> ML7 : Ceux qui nécessite des soins, des suivis<br/> ML1 : Ceux qui nécessite d'être vu, je ne sais pas...<br/> MH3 : Ah bah il y en a un paquet quand même hein... »</p> <p>« PL1 : Mais après il y a déjà des patients qui vont revenir à domicile et qui seront déjà connus des infirmiers ou des médecins... Enfin moi je parle pour les infirmiers mais donc où on n'a pas forcément besoin d'avoir une action de coordination parce qu'on les connaît et parce qu'on sait comment on va remettre tout en route... Après donc, il faut être clair par rapport à ça. S'il y a une détérioration de l'état de la personne ou en tout cas de sa capacité à être en autonomie, là il y a aura des choses à mettre mais je pense quand même que ça correspond pas à une grande population et je pense quand même que les libéraux vont aller quand même avoir ce réflexe d'appeler et d'avoir le contact... »</p> <p>« ML10 : (...) si aujourd'hui, il fallait qu'on choisisse déjà des critères, qu'est-ce qui vous viendrait à l'idée ?<br/> SH3 : Bah déjà une personne isolée, âgée, heu... Ca peut être aussi une personne avec des troubles cognitifs... »</p> |
| <p><b>Une nécessité organisationnelle</b></p> | <p>« PH2 : Faut faire un vrai arbre décisionnel, tu sais c'est comme l'IPA aux urgences... Ce qu'elle prend, ce qu'elle ne prend pas... »</p> <p>« PH2 : Après je me dis, qu'il ne faut pas non plus ; Si elle est trop facile d'accès, ça peut aussi être le piège quoi. Que justement, on le sollicite trop et pas forcément à bon escient. Qu'on ne respecte pas le fameux arbre décisionnel »</p>   |

|  |  |
|--|--|
|  | <p><i>« ML9 : Ah mais pour une radio oui oui...<br/>ML7 : C'est 3 semaines... A Tarare, c'est 3 semaines...<br/>ML9 : On est sur des délais énormes...<br/>ML8 : Après, si tu te dis que tu l'utilises vraiment...<br/>ML9 : Alors oui, je ne vais pas lui demander pour une radio... »</i></p> <p><i>« ML10 : Pour rebondir sur ce que vous disiez, comment, effectivement, ça paraît... Une personne pour déjà toutes les missions que vous avez dites aujourd'hui ; Ça paraît beaucoup pour une seule et même personne, donc quelle est la solution selon vous ?<br/>PH2 : Bah comme le disais notre collègue, déjà sélectionner...<br/>PH3 : Il faudrait des critères établis...<br/>PH2 : Il faudrait un arbre décisionnel, Théo, que tu pourrais nous faire... « rire » »</i></p> <p><i>« ML10 : Je vous retourne la question, à votre sens, quel est le plus adapté ? qui contacte... Pour qui est fait ce coordinateur ? Qu'est-ce qui vous paraît le plus juste<br/>PH1 : Bah la seule personne qui pourra adresser auprès de cette nouvelle profession, c'est quelqu'un qui connaît cette profession, donc a priori ce ne sera pas le patient »</i></p> <p><i>« ML10 : Donc l'accès aux consultations médicales ?<br/>MH5 : Bah visiblement, c'est quand même très chronophage par ce que si tu veux une consultation en urgences ou rajouter, faut justifier...<br/>ML7 : Bah là le problème, c'est si le coordinateur de soins fait ça, il va falloir en embaucher 5 ! »</i></p> |
|--|--|

### 3. Modalités de recrutement

Afin de recruter la/les personne(s) adéquate(s) pour ce poste, plusieurs critères ont été avancés concernant les modalités de recrutements. Lors des discussions, la notion d'engager deux profils différents pour le même poste a été évoqué. L'intérêt est d'ouvrir le champ des possibilités d'actions de ce poste en combinant deux profils et ensembles de compétences complémentaires. La sélection pourrait se faire par un entretien. Enfin, il apparaît pertinent que le ou les candidats suivent une formation spécifique pour ce type de rôle avant leur prise de poste.

|   |  |
|---|--|
| <p><b>Engager plusieurs profils différents pour avoir plusieurs domaines d'expertises</b></p> | <p><i>« ML10 : C'est un peu ce qu'on a dit, c'est vraiment ce rôle de coordination... »</i></p> <p><i>SH3 : Le lien ! Ce serait un médecin, doter d'une super assistante sociale et d'une super IDEC « Rires générales » »</i></p> <p><i>ML10 : Donc en gros, c'est une personne qui aurait faite toutes les formations... »</i></p> <p><i>SL2 : Ou alors trois personnes... »</i></p> <p><i>SH2 : Ou alors est ce que c'est possible que la coordination se fasse en duo ou en trio ? »</i></p> <p><i>ML10 : D'accord, donc plusieurs personnes avec des casquettes complémentaires ; et pas seulement une personne... Une personne avec un profil médical, une personne avec un profil social et une personne avec un profil infirmier »</i></p> <p><i>« Acquiescement général » »</i></p> <p><i>« PH2 : Le côté de s'il y a plusieurs coordinateurs, ils peuvent avoir plusieurs casquettes... »</i></p> <p><i>ML10 : Et on peut leur donner plus de missions. »</i></p> <p><i>PH2 : Problématique A plutôt médical... Problématique paramed ou problématique social ; Déjà ça permet déjà d'ouvrir le champ des... »</i></p> |
|---|--|

« ML10 « en s'adressant à PH1 » : Vous pensiez à quel type de profil ?

PH1 : A aucun, particulièrement mais je me dis, une infirmière, effectivement va savoir repérer qu'une plaie va pas bien alors que le protocole utilisé était le bon au départ et que ça se dégrade mais ne va pas forcément se rendre compte que la personne n'est plus en capacité de marcher. »

« PH1 : Mais oui, après, c'est une connaissance globale du patient dans ce type de métier.

PH3 : Après on parle des infirmières, mais les aides-soignantes ont aussi cette vision-là. Et d'autant plus sur tout ce qui est autonomie et retour à domicile, ce sont elles qui sont le plus souvent sollicités. »

« SH3 : Quand on parle, on peut aussi faire le pendant avec la PASS qui existe sur l'hôpital de Tarare, c'est un binôme : médecin et assistante sociale. L'assistante sociale n'assiste pas à toutes les consultations parce qu'elle n'a pas le temps. En fait, c'est vraiment un travail d'embriquement entre le médecin de la PASS et l'assistante sociale, c'est des passages de relais ; il y a une partie médicale, une partie orientation, prise en charge, prescription. Et tout le volet social et à un moment ça se rencontre. Donc c'est réalisable. »

« SH1 : Oui mais des fois, ce n'est pas la situation uniquement médicale qui alerte et donc est ce qu'un médecin pour la mise en place de tout ce qui est social, médico-social, sanitaire et autres, ça va être suffisant pour tout chapeauter et mettre tous les rouages en place parce que voilà... »

|  |  |
|--|--|
| <p><b>Disponible pour suivre une formation préalable</b></p> | <p>« PL1 : Oui il y a une formation après, de la coordination. Pour arriver à gérer...<br/> PH3 : C'est un DU ? C'est quoi ?<br/> PL1 : Non c'est juste une formation, je crois que c'est 6 mois...<br/> ML10 : Oui c'est fait par des écoles privées, l'EHESP, formation sur la coordination de soins.<br/> PH2 : Et pour avoir accès à cette formation, il y a peut-être déjà des prérequis ?<br/> PL1 : Non<br/> ML10 : Non »</p> <p>« ML2 : Si ça y est, c'est créé, ça a moins de 3 mois. C'est une formation dans le cadre d'un organisme ou il y a une formation qui existe de coordinateur de soins pour les CPTS. Les CPTS sont maintenant déployés depuis quelques années, il existe une délégation nationale qui, de par les différentes expériences des CPTS depuis quelques années maintenant. Je crois, elles ont la même problématique de devoir définir une fiche de poste mais un peu plus globale, nationale. Pas forcément adapté à un territoire donné mais pour donner une formation standard de ça avec les qualités requises, administratives, d'écoute...<br/> ML10 : D'animation...<br/> ML2 : De management... »</p> |
| <p><b>A sélectionner à la suite d'un entretien</b></p>       | <p>« ML10 : Et comment on le ou la choisit alors ? Très bonne question<br/> ML1 : Entretien... »</p>   |

#### 4. Partage du temps de travail

La possibilité d'engager deux personnes différentes sur un même poste permettrait d'instaurer une « permanence du service » qu'offrirait ce rôle.

|  |   |
|--|---|
| <b>Pouvoir assurer une continuité du service</b> | <i>« ML2 : C'est pour ça, intérêt de de deux mi-temps au lieu d'un plein temps ? Il y avait une idée qui avait émergé comme ça de prendre deux coordinateurs qui font la même chose par ce que du coup, tu sécurises quand l'un doit partir en vacances et tout ça... »</i> |
|--|---|

#### 5. Répartition des tâches

Dans la même idée, l'intérêt d'avoir deux personnes pour un même poste permettrait d'élargir les maillages entre les différents réseaux de soin du territoire qui est très étendu.

|                         |  |
|-------------------------|--|
| <b>Géographiquement</b> | <i>« ML2 : Je ne suis pas sûr des deux coordinateurs, que ça la difficulté de la géographie parce qu'il ou elle va peu se déplacer. Par contre la difficulté d'être unique, ça de gérer différents réseaux. Selon qu'on soit à Cours ou à Amplepuis, les réseaux hospitaliers, les réseaux de flux de patients ne sont pas les mêmes. Ils ont tendance à mailler plus avec l'hôpital de Roanne. Donc ça nécessite un autre réseau que celui de Tarare qui est déjà bien... Entre l'hôpital nord-ouest ou l'Ouest Lyonnais qui gravite autour de 2 ou 3 cliniques, c'est vite fait. Mais c'est juste qu'il faudrait qu'elle aille aussi mailler au niveau de l'hôpital de Roanne, un petit peu donc ça mettrait plus de travail. Plutôt ce serait ça la limite de n'en avoir qu'un... D'avoir un champ encore plus large à connaître de réseaux et de professionnels... »</i> |
|-------------------------|--|

## 6. Salaire

Le salaire du poste a été brièvement évoqué en fonction de l'enveloppe de financement reçu par la CPTS au sein de l'accord conventionnel interprofessionnel.

|                     |  |
|---------------------|--|
| <b>Budget prévu</b> | « ML9 : (...) c'est que quand même, sur un budget de 120 000 euros que nous avons. Le coordinateur de soins, représentait 45 000 de ces émoluments » |
|---------------------|--|

## C. Profils du poste

### 1. Profils professionnels recherchés

Plusieurs profils issus de métiers différents ont été avancés selon le métier des personnes interrogées. A noter que chaque corps de métier a des visions différentes sur le *background* professionnel que devrait avoir la ou les personne(s) prenant le poste. Ainsi, même si un profil issu du soin reste majoritairement recherché, il apparaît que celui-ci pourrait être complété par un profil plutôt social pour apporter un complément de compétences et d'aptitudes. Il a également été mentionné l'utilité d'un profil de médecin pour apporter un pouvoir de prescription et une figure d'autorité.

|  |   |
|--|---|
| <b>Un profil issu du soin pour transmettre les informations médicalement pertinentes</b> | <p>« PL1 : Alors, moi ce que je ressens au niveau du travail infirmier et je pense que je ne suis pas la seule par rapport... En sortie d'hôpital par exemple, c'est vrai qu'on est en contact avec les assistantes sociales le plus souvent et par contre, elles ne connaissent pas les pathologies des patients...</p> <p>PH3 : ...Elles les connaissent sur dossier souvent...</p> <p>PL1 : Et on a souvent des grosses surprises quand ils rentrent »</p> |
|--|---|



|  |  |
|--|--|
|  | <p>« ML10 : Ce que tu essayes de dire, c'est que l'assistante sociale ne te donne pas forcément toutes les données médicales et paramédicales que tu aurais besoin pour un retour à domicile serein ? »</p> <p>PL1 : C'est ça !</p> <p>PH3 : En tout cas, ça correspond pas à ce qu'elle vous dit forcément, c'est ça ? »</p> <p>« PL1 : Oui mais alors, moi je dirais que pour analyser au niveau du domicile... Heu... »</p> <p>PH3 : Pour repérer les besoins...</p> <p>PL1 : Les besoins du patient, il vaut mieux avoir un regard un peu médical et paramédical je pense... Parce que même en étant paramédicaux, on passe parfois à côté de choses... Il faut quand même avoir un certain regard je pense... Il me semble... »</p> <p>« ML8 : Pas quelqu'un qui vient du monde administratif je pense... »</p> <p>« ML10 : Un soignant plutôt ou pas forcément mais un plus ? »</p> <p>ML9 : Ah si...</p> <p>MH3 : Il faut quand même quelqu'un du milieu... »</p> |
| <p><b>Un profil infirmier pour apporter une vision globale</b></p> | <p>« PH3 : Bah moi pour ma part, je trouve que le côté paramédical me paraît le plus adapté. »</p> <p>ML10 : Pourquoi ?</p> <p>PH3 : Pour tout ce qui est vision de l'autonomie de la personne, par ce que... Moi je vois ça après... »</p> <p>« ML10 : Et ça pourrait être un problème, si ça n'était pas un infirmier ? »</p> <p>PL1 : Heu... Alors, moi je dirais que les infirmiers ont l'habitude d'avoir un regard un petit peu</p> <p>PH3 : Global...</p>   |

|  |  |
|--|--|
|  | <p><i>PL1 : Global, oui voilà, donc ça peut être intéressant d'avoir un infirmier ; Après heu... voilà, je pense que... On a tellement l'habitude de gérer des choses... »</i></p> <p><i>« ML10 « en s'adressant à PHI » : Vous pensiez à quel type de profil ?</i></p> <p><i>PHI : A aucun, particulièrement mais je me dis, une infirmière, effectivement va savoir repérer qu'une plaie va pas bien alors que le protocole utilisé était le bon au départ et que ça se dégrade mais ne va pas forcément se rendre compte que la personne n'est plus en capacité de marcher. »</i></p> <p><i>« SH2 : Quelqu'un qui peut avoir en tout cas un lien privilégié avec un médecin, je ne sais pas, une IPA ? En tout cas, qui ai un regard plus médical parce que le versant social, quelque part, on va l'avoir ; On appelle la maison du Rhône voilà... »</i></p>                     |
| <p><b>Un profil social pour apporter des compétences complémentaires</b></p> | <p><i>« MH3 : Donc aujourd'hui pour moi, coordinateur de soins, chez nous en tout cas, ce sont les assistantes sociales »</i></p> <p><i>« MH3 : (...) Ce serait peut-être l'équivalent en face de l'assistante sociale ; pour qu'il discute entre eux ; plus facile... »</i></p> <p><i>« MH3 : Non mais une assistante sociale, très honnêtement, avec un peu de bouteille quand même. Nous on a de la chance parce qu'on a des assistantes sociales qui sont très anciennes et ça se ne se fait pas comme ça du jour au lendemain... »</i></p> <p><i>« MH3 : (...) Aujourd'hui, on a combien... 4 assistantes sociales et ça ne suffit pas et donc en fait, on a vu quand même des choses évoluer dans le sens où on traite des gens de plus en plus âgés, donc de plus en plus polypathologique et donc il y a une partie médicale mais aussi une grosse partie sociale. »</i></p> |

|   |  |
|---|--|
| <p><b>Un profil de médecin pour centraliser les prescriptions et apporter une figure d'autorité</b></p> | <p>« SH2 : Et puis cet œil médical, mine de rien, il y a quand même beaucoup de chose qui vont découler du médecin, de ce qui va être fait. Ne serait-ce que la prescription pour le SSIAD en fait, s'il n'y a pas la médecin qui la fait. Bien sûr, c'est fait à l'hôpital ; ça, les dossiers via trajectoire... Voilà, la centralisation et la prescription d'un certain nombre d'aides, elles partent d'un médecin... »</p> <p>« SH2 : Et puis parfois aussi la parole du médecin, même si ça s'est déjà un peu déliter depuis quelques années ; la parole du médecin reste forte et si le médecin dit ok pour rentrer à la maison ou non, là à la maison, ce n'est plus assez en sécurité ; c'est écouter d'une autre manière de ce que nous, coordinatrice, ce qu'on peut dire. »</p> <p>« SH2 : C'est quand on touche nos limites en fait, nous en tant que service de soins, vous en tant que service d'aide, vous en tant qu'assistante sociale...</p> <p>SL1 : La question c'est comment un coordinateur de soins, pourrait bien nous aider ?</p> <p>SH2 : Oui, parce que dans les coordinations qu'on fait, il nous manque un médecin en fait... »</p> <p>« SH3 : C'est une élaboration d'un projet de soins, d'un projet de sortie, d'un projet de maintien à domicile. Et ça se fait avec le patient, sa famille ; mais le médecin est là aussi pour expliquer ce qu'on est en train de faire, trouver une adhésion, trouver les services d'aides... »</p> |
|---|--|

## 2. Qualités intrinsèques recherchées

La majorité des professionnels interrogés se sont accordé à dire qu'il faut une personne polyvalente, volontaire, avec de bonnes facultés de communication et une capacité d'animation d'équipe pour pouvoir mener à bien les différentes missions décrites précédemment.

|                                       |   |
|---------------------------------------|---|
| <p><b>Quelqu'un de polyvalent</b></p> | <p>« ML7 : Ce n'est pas obligé que ce soit un soignant, si c'est quelqu'un qui est capable, qui est polyvalent, qui est capable de s'adapter. »</p> <p>« ML7 : Ah bah oui, tout à fait... (...). On a choisi avant tout la personnalité de la personne en sachant qu'elle était capable de gérer, elle n'est pas complètement niaise... »</p> <p>ML6 : Elle connaît bien le territoire, elle connaît bien les patients...</p> <p>ML7 : Elle connaît le territoire, elle est... Elle mène la barque quoi, elle gère notre cabinet, ne faut pas se leurrer</p> <p>ML6 : C'est notre deuxième cerveau... »</p> <p>« ML6 : Qui ait un peu une expérience autour de la notion d'urgence, des différents intervenants... »</p> <p>« MH3 : Oui c'est ça, par ce qu'elle ça va être un peu un électron libre quand même »</p> |
| <p><b>Quelqu'un de volontaire</b></p> | <p>« ML7 : Moi, je ne suis pas sûre, je pense qu'il faut les former ; le but à l'heure actuelle, c'est de trouver des gens qui veulent travailler en fait. Parce que je suis désolé mais si c'est pour avoir quelqu'un qui est là une fois tous les 15 jours parce que son gamin est malade, par ce qu'elle a mal au dos, parce qu'elle est en dépression ... »</p> <p>« ML10 : Mobile...En termes d'âge ? Pas en dessous de ? »</p> <p>ML7 : Non mais je pense que c'est trop restrictif par ce qu'il y a des jeunes qui sont volontaires et qui ont envie de bosser</p> <p>ML9 : Ça dépendrait du profil... »</p> <p>« ML7 : Mais faut trouver quelqu'un qui a envie de travailler quoi... »</p>  |

|   |   |
|---|---|
| <p><b>Être un bon communicant</b></p>                 | <p>« SH2 : Oui, c'est ce côté leader mais aussi ce côté à l'écoute... »</p> <p>« SH2 : Un communicant ! »</p> <p>« PH1 : Mais en même temps, pourquoi forcément soignant ? ML10 : C'est ce qui est ressortis pour l'instant</p> <p>PH1 : Parce que finalement, on parle beaucoup de communication intra/extra donc il n'est pas nécessaire d'avoir des compétences médicales pour avoir ces compétences-là finalement. »</p>  |
| <p><b>Avoir une capacité d'animation d'équipe</b></p> | <p>« ML2 : Alors là, ce serait plus un côté animateur d'équipe de soins... »</p> <p>« ML9 : Je crois que c'est important ce que tu dis, la connaissance. Du coup, peut être qu'un des rôles de cette personne là, ce pourrait être justement de faire en sorte qu'on se connaisse tous après je ne sais pas quels moyens, par quel biais. Mais tu as raison, la connaissance. »</p> <p>« ML2 : Régulièrement, il doit aller dans les cabinets, au moins paramédicaux tout ça... Pour faire un peu le point, se montrer, être connu pour savoir après au téléphone à qui on parle »</p> <p>« ML6 : Est-ce que dans les missions, on peut imaginer une partie animation et amélioration des liens entre les praticiens hospitaliers et les libéraux pour par exemple, qu'il y ait des rencontres sur des thèmes particuliers, pour qu'on se familiarise les uns les autres ; peut-être pour mettre à jour l'annuaire. »</p> |

### 3. Compétences globales recherchées.

En termes de compétences globales, une personne expérimentée dans le domaine du libéral ainsi que de l'hospitalier serait appréciée pour les professionnels du territoire. L'expérience du candidat permettrait d'apporter une crédibilité dans ses échanges au sein de sa pratique. Le profil visé serait une personne originaire de la région et qui aurait déjà une connaissance du territoire ainsi que de ses acteurs. Il serait préférable que le ou la candidate soit titulaire du permis B pour pouvoir se déplacer pour ses différentes missions.

|  |  |
|--|--|
| <p><b>Avoir l'expérience des deux mondes : hospitalier et libéral</b></p>  | <p>« PH3 : Quelqu'un qui aurait fait les deux versants je pense, l'hospitalier et le libéral ; enfin ça me paraît... être un bon début. Quelqu'un qui a les deux visions. Il faut un certain nombre d'années d'expérience j'imagine pour pouvoir repérer les besoins des patients. « en s'adressant à PH2 » Non ? Tu crois pas ? »</p> <p>« PH2 : Ça dépend, c'est un quoi un nombre d'années d'expérience ?</p> <p>PH3 : Bah j'imagine qu'une infirmière qui sort de l'école avec 3 ans d'école ne sera pas...</p> <p>PH2 : Voilà, oui mais tu ne peux pas avoir fait l'intra et l'extra au bout de 3 ans.</p> <p>PH3 : Oui non mais je pense que c'est intéressant d'avoir quelques années derrière soi. »</p> |
| <p><b>Avoir une bonne connaissance du territoire et de ses acteurs</b></p> | <p>« MH3 : Bah si tu veux, je pense que ce qui serait bien, c'est que ce coordinateur, cette personne soit, qu'elle ait une bonne connaissance physique des cabinets infirmiers ; par ce que, on le voit c'est quand même vachement plus facile quand tu connais les gens que quand tu ne connais pas et nous les assistantes sociales(...) et qu'elle soit en lien direct avec notre assistante sociale pour optimiser en fait les choses, »</p>  |

|   |   |
|---|---|
|   | <p>« ML10 : Donc finalement, en résumé, on revient à ce qui a été dit...<br/>C'est que la coordinatrice de soins, devrait avoir une connaissance du territoire et des professionnels de santé plutôt très poussé. »</p> <p>« ML2 : Quelqu'un qui doit connaître le territoire...<br/>ML1 : Quelqu'un de local.<br/>MH3 : Quelqu'un qui connaisse la géographie déjà et puis Tarare... »</p>   |
| <p><b>Avoir plusieurs années d'expériences pour apporter une certaine crédibilité</b></p> | <p>« ML6 : Qui ait un peu une expérience autour de la notion d'urgence, des différents intervenants... »</p> <p>« ML10 : Quid de la crédibilité dont tu parlais tout à l'heure<br/>ML9 : Et à mon avis, pour pouvoir argumenter et y arriver, il faut un peu de bouteille ou un peu de bagage et si c'est tout léger... Et si à chaque fois qu'on pose une question on répond ah bah je ne sais pas bien ou ça je ne suis pas au courant... »</p> <p>« ML10 : Qu'est-ce que tu appelles expérience ?<br/>MH3 : Par ce que si on veut que ce soit efficient alors oui...<br/>ML9 : Je pense que...<br/>MH3 : Ce n'est pas une jeunette de 25 ans quoi...<br/>ML9 : Oui voilà, ça va être compliqué »</p> |
| <p><b>Être titulaire du permis pour couvrir le territoire</b></p>                         | <p>« ML7 : Faut déjà qu'elle ait son permis<br/>ML1 : Oui »</p> <p>« ML10 : Intérêt géographique d'avoir deux coordinateurs de soins ?<br/>ML7 : C'est peut-être mieux<br/>MH5 : Oui<br/>MH3 : En termes de gain de temps oui, parce que quand même ; quand il faut aller jusqu'à je sais pas où... »</p>   |

## D. Limites du poste

### 1. Volume de travail trop important

La limite principale évoquée par les différents *focus groups* réside dans le volume de travail trop important qui serait confié à ce rôle. Du fait de l'importance du nombre de situations complexes nécessitant une coordination sur le territoire jusqu'à l'importance du volume d'informations à recevoir dès la prise de fonction du poste. Il a été posé la question des conditions d'accès à ce poste et que si celles-ci étaient trop élargies, cela deviendrait contre-productif, car le rôle serait alors trop sollicité.

|   |   |
|---|---|
| <p><b>Une facilité d'accès élargi au poste serait contreproductif</b></p> | <p>« PH2 : Après je me dis, qu'il ne faut pas non plus ; Si elle est trop facile d'accès, ça peut aussi être le piège quoi. Que justement, on le sollicite trop et pas forcément à bon escient. »</p> <p>« ML2 : (...) Tu ne peux pas laisse un accès direct par ce que qui n'est pas en difficulté ? Très rapidement avec un malade en étant un aidant, tu mets la barre où ? Tu as toute la population de tarare qui a un GIR 2 ou un GIR3 qui va t'appeler car ils sont tous en difficulté de trouver un kiné à domicile, ils sont tous en difficultés car les infirmières viennent trop tôt ou trop tard »</p> <p>« ML10 : Pourquoi une personne ça vous paraît...</p> <p>PH2 : Peu ! Par ce que si on prend l'habitude de le solliciter et qu'on fait un vrai lien ville-hôpital, voilà ; qu'on soit en relation régulièrement sur les sorties de médecine 2, de médecine 1, du SSR ; Sur les consultations externes où on a besoin d'un accès... Et du coup, ou alors sur tous les libéraux qui ont besoin d'un accès sur l'hôpital. Nous notre problème c'est d'avoir un accès sur l'extérieur et puis eux c'est d'avoir un accès sur l'intérieur. Et du coup... J'ai du mal ... J'ai l'impression que ça représente un nombre de personnes... »</p> |
|---|---|



|  |  |
|--|--|
|  | <p><i>« PH3 : Moi c'est l'aspect du territoire qui me paraît énorme pour une personne. Après faut commencer avec une personne j'imagine, on ne peut pas d'emblée mettre plusieurs personnes mais ça me paraît énorme. »</i></p> <p><i>« ML7 : Le problème, je pense c'est que si on laisse la porte ouverte justement à la population pour avoir un interlocuteur avec le coordinateur de soins. Bah là du coup, ce n'est pas 5 qu'il va en falloir mais c'est 50... »</i></p> <p><i>« ML10 : Et est-ce que ça paraît adapté que sur un bassin de 50 000 personnes, puisque c'est le bassin de la CPTS, on puisse mettre en accès direct, une personne qui serait censé coordonner tout le monde</i><br/><i>PH3 : Ça paraît compliqué... »</i></p>   |
| <p><b>Importance du nombre de situations complexes</b></p> | <p><i>« ML10 : Peut-être en moyenne, un par mois sur juste une partie de notre territoire, en sachant que notre territoire, c'est la COR donc là, on a parlé juste de Cours, Thizy, il y a Amplepuis, Tarare...</i><br/><i>SH3 : Nous c'est plus un par semaine... « Acquiescement général »</i><br/><i>SH3 : Rien que sur mon service...</i><br/><i>SL2 : Non mais c'est concentré chez vous aussi</i><br/><i>« Rires générales » »</i></p> <p><i>« PH2 : Et du coup... J'ai du mal ... J'ai l'impression que ça représente un nombre de personnes... Est-ce que vous avez une estimation par ce que les... patients polypathologique, avec des problématiques sociales, avec des problématiques... ça représente un grand nombre... En plus Tarare, c'est un territoire très précaire... »</i></p> |

|  |  |
|--|--|
|  | <p><i>« ML10 : Donc les situation complexes en tant que tel, au sens large, ça semble déjà très riche... »</i></p> <p><i>SL2 : Il y a une recrudescence je trouve, de situations sociales très dégradée ; De situations avec des pathologies psy... Enfin, ça c'est de pires en pires »</i></p> <p><i>SH1 : Avec de gros handicaps, de couple avec les deux... »</i></p>   |
| <p><b>Importance du volume d'informations reçues</b></p> | <p><i>« PH2 : Bah oui, éventuellement, heu... Bah après, je ne visualise pas trop comment cette personne-là puisse être au courant de tout, sur tous les patients et pourrait répondre à ma problématique précisément... »</i></p> <p><i>« PH2 : Non mais j'imagine par ce que... ça a l'air d'être assez vaste du coup le champ d'action de cette personne-là, de coordinateur. Mais déjà... »</i></p> <p><i>PH3 : En termes de collecte de données déjà ; ça doit représenter... »</i></p> |

## **2. Limites indépendantes du rôle de coordination**

Certaines limites qui ne sont pas inhérentes au poste à proprement parler ont été évoquées et se divisent en plusieurs catégories. On peut citer des limites légales et organisationnelles incarnées par la difficulté à choisir un canal de communication commun à tous et qui conviendrait à tous. Il existe également des divergences d'opinions concernant leur pratique au sein de certains corps de métiers du territoire qui pourrait être un obstacle à une coordination globale. Enfin, Le patient reste décisionnaire concernant sa santé et sa prise en charge donc malgré tous les efforts qui peuvent être mis en jeu dans un parcours de soin, la décision finale appartiendra au patient et pourra aller à l'encontre des actions du coordinateur.

|   |   |
|---|---|
| <p><b>Limites légales et organisationnelles</b></p> | <p>« ML1 : Moi je crois qu'il y a un autre problème, c'est qu'elles ne touchent pas les indemnités s'il y a un cabinet infirmier plus près du domicile du patient que le leur et du coup, elles sont hyper embêtées pour ça. Elles ne peuvent pas prendre de patients de St romain, les nôtres par ce qu'il existe un cabinet à St Romain et qu'elles ne seront pas payées »</p> <p>« ML2 : C'est historique, c'est propre à Tarare, ça a toujours été concurrentielle, ça s'est toujours tiré dans les pattes. C'est incroyable qu'à Tarare, il n'y ait pas une structure infirmier qui se compose de plus de 3 infirmiers, ils sont 2 ou 3 et 5 cabinets... Ils se font concurrence et il n'y en a que quelques-uns qui s'entendent. C'est historique, ça dure depuis 20 ans, depuis 30 ans... »</p> <p>« SH2 : Le patient, il n'est pas arrivé, qu'il faudrait qu'il soit déjà sorti ; Il faut qu'il y ait un lit d'aval, il faut qu'il y ait une solution pour le retour à domicile... »</p> <p>« PH2 : Après par mail, ça implique que par messagerie sécurisée... Et en fait, de pratique courante, on n'utilise pas du tout la messagerie sécurisée « rires » ... Oups</p> <p>PH1 : Tout le monde n'a pas de messagerie sécurisée... »</p> <p>« ML10 : Sur mon SISRA... Contact... Comme les médecins et on tape le nom...</p> <p>PH2 : Mais je n'utilise pas donc... »</p> <p>« MH3 : Mais ça ne marche pas ça.</p> <p>MH5 : Parce que des fois, j'ai trouvé des messages de ML10 mais deux mois plus tard...</p> <p>ML10 : Une des limites de SISRA, c'est qu'il n'y a pas de notifications</p> <p>MH3 : Ah bah oui...</p> |
|---|---|

|  |  |
|--|--|
|  | <p><i>ML1 : Et puis ça se mélange au milieu des mails, des autres courriers, c'est ingérable</i></p> <p><i>MH5 : Oui c'est quand même compliqué... »</i></p>   |
| <p><b>Limites propres aux patients</b></p> | <p><i>« ML2 : Mais si tu veux, concrètement tu auras une demande de l'assistante sociale de l'hôpital auprès de la coordinatrice de soins ; on aura identifié avec l'annuaire, les personnes ... J'imagine, tu as 5 cabinets qui acceptent de prendre des patients en moins de 24h de sortie d'hospit, de se mettre en mouvement et d'avoir la capacité de faire les soins. Du coup, la coordinatrice, elle appelle lequel en premier ?</i></p> <p><i>MH3 : Par ce qu'il y a une vraie concurrence... Ici on s'est...</i></p> <p><i>ML8 : ...Celui que le patient a décidé</i></p> <p><i>ML2 : ...Le plus proche, ça serait logique »</i></p> <p><i>« SH3 ... Pas seulement mettre en relation les gens. Il y a le patient qui est là, il faut toujours rester sur le sujet du patient, regarder ce qu'il gravite. Après c'est aussi le patient qui peut choisir des personnes référentes hein... Enfin nous, un coordinateur de soins peut dire, moi je sais que... Il est vu par tel personne mais finalement le patient a peut-être pas envie... »</i></p> <p><i>« SH3 : (...)Voilà... Après si le patient veut partir ailleurs, il part ailleurs... C'est ça le libéral aussi. »</i></p> |

### 3. Manque de temps

A la suite de l'évocation d'engager deux personnes sur le même poste, il a été soulevé le problème de manque de temps de travail en comparaison du volume de travail important qui pourrait lui être confié. Ce qui a permis de faire rebondir les interrogations sur la nécessité de mettre des conditions d'accès au poste et la nécessité de définition des missions du poste.

« ML2 : Je tiens juste à dire que sur la création du poste, il faut être extrêmement modeste au début. Là on a dit plein de choses, dans l'utopie et si ça fonctionne, ce serait génial... »

« PL1 : Heu... Si je pense que c'est... Moi je trouve que ce n'est pas ça qui est le plus embêtant, c'est un effet d'avoir le temps de gérer chaque problème voilà... chaque parce que ça prend du temps... De trouver des ressources sociales, de trouver des ressources de... De prendre contact avec des médecins... »

PH3 : Oui, déjà de faire l'état des lieux à la base déjà je pense ; »

« ML7 : Ouais, vous n'avez pas l'impression qu'un seul temps plein, 35h, finalement c'est pas tant que ça »

« ML2 : (...) On peut faire plein de chose. Alors oui, si on veut faire plein de choses, il temps plein ne suffira pas. Il faut aussi préciser »

« MH3 : Il faudra plus que deux mi-temps quand même hein... ça dépends combien de temps vous voulez les faire travailler, si c'est du 35h, du mi-temps... Mais du mi-temps de 35h ça fait 17h... »

ML9 : Ça fait pas grand-chose

ML7 : Non mais c'est clair »

« ML8 : Oui, pas mal de trucs, après c'est vrai que le problème d'une personne qui ne ferait pas toutes les demandes. Si tu es en galère et que tu demandes l'aide du coordinateur en disant c'est bon je suis tranquille, il va me le gérer et puis 1h après, tu as »

*un retour qui dit bah non ; j'ai pas le temps... Au final, tu es deux fois plus emmerdé quoi ...C'est du mi-temps quand même au final. »*

*« ML10 : Donc l'accès aux consultations médicales ?*

*MH5 : Bah visiblement, c'est quand même très chronophage par ce que si tu veux une consultation en urgences ou rajouter, faut justifier...*

*ML7 : Bah là le problème, c'est si le coordinateur de soins fait ça, il va falloir en embaucher 5 ! »*

#### **4. Manque d'effecteurs de soins**

Le territoire étant sous doté en termes d'effecteur de soins, tout corps de métier confondus, il apparaît assez logique qu'une des limites de ce poste sera une non mise en place/action des décisions et des solutions trouvées.

|                       |   |
|-----------------------|---|
| <b>Manque de MKDE</b> | <p><i>« PHI : (...) les cabinets de kinés sont sursaturés ; les patients qui sont dans le besoin d'être pris en charge par les kinés ne sont pas prioritaires parce que dans notre bassin, ce sont des personnes qui sont très âgés et les kinés sélectionnent, ce qui s'entend complètement. Ils prennent les plus jeunes, les plus à même de gagner encore plus en autonomie et ne pas être juste dans le maintien des capacités du quotidien. Donc nous notre difficulté elle est là aujourd'hui, c'est de recevoir à nouveau des patients... »</i></p> <p><i>« ML10 : Voilà, parce que le problème, c'est un peu la tension partout aussi, c'est ce qui fait qu'on a besoin de trouver des solutions mais enfin le problème c'est la tension partout, c'est que c'est difficile une infirmière, c'est qu'on ne trouve pas kiné... »</i></p> |
|-----------------------|---|

|   |   |
|---|---|
| <p><b>Manque d'accès à des examens paraclinique</b></p> | <p><i>ML10 : (...) c'est qu'on ne peut pas avoir un rendez-vous chez un spécialiste facilement, que même pour une radio aujourd'hui... Pour une radio aujourd'hui ; je trouve que c'est compliqué. Moi, je commence à avoir des délais très long pour une radio... »</i></p>  |
| <p><b>Manque de personnel d'aide à domicile</b></p>     | <p><i>« ML1 : Pour les aides à domiciles aussi, quand on veut monter le plan de soins, c'est tout une histoire avec les services de soins à domicile ou même les associations de soins à domicile sont débordés et du coup, les difficultés face à des patients qui ont besoins de plus d'aides à domicile, qu'on n'arrive pas à trouver, des familles épuisées... »</i></p>  |
| <p><b>Manque de ressources psychiatrique</b></p>        | <p><i>« SH3 : Par contre, le pendant, c'est quand même la prise en charge psychiatrique hein... Par ce qu'on... Moi j'ai connu ça il y a 30 ans, où il y avait un gros maillage au niveau de la psy avec des infirmières qui allaient au domicile, des psychiatres... Des hospitalisations en psy. On a fermé des lits et depuis, on a perdu tout ça, c'est à dire que maintenant... Plus personne ne va à domicile ou alors les rendez-vous en CMP, c'est... 6 mois »</i></p>  |
| <p><b>Manque de médecins généralistes</b></p>           | <p><i>« PH2 : Est-ce que ça pourrait être une mission du coordinateur de soins, de retrouver un médecin traitant... heu pour le patient ?</i></p> <p><i>ML10 « un peu gêné » : Alors, on va couper court directement à cette question. Non...</i></p> <p><i>« Rires générales »</i></p> <p><i>ML10 : ...Ce ne sera pas la mission de la coordinatrice de soins parce qu'elle ne ferait que ça et que en fait, aujourd'hui, trouver un médecin traitant à tous les patients qui n'en ont pas est une mission à part entière de la CPTS et ça ne sera pas le rôle de la coordinatrice de soins. »</i></p> |

|   |
|---|
| <p>« ML10 : (...) la donnée principale c'est qu'il n'y a pas assez de médecins traitants en ville. Alors je veux bien qu'on fasse tout ce qu'on veuille pour essayer mais il n'y a pas assez de médecin. C'est tout. C'est-à-dire qu'aujourd'hui, le nombre de patient par médecin de la CPTS oscille entre 1500 et 2000 pour une moyenne nationale à 800. »</p> <p>« ML10 : Vraiment, sincèrement, vous pensez qu'une personne coordinatrice de soin va pouvoir régler ce problème d'accès au médecin traitant ?</p> <p>PH1 : Bah non parce que la problématique, c'est le nombre de médecin, donc elle ne va pas en inventer</p> <p>PH3 : Non mais c'est ça...</p> <p>PH2 : Non mais c'est un nouveau poste, donc on peut fantasmer... »</p> <p>« MH4 : Est-ce qu'on peut confier un patient au coordinateur ? Il n'a pas de médecin traitant, est ce qu'on l'envoie au coordinateur et débrouillez-vous ...</p> <p>ML9 : Ça pourrait être une solution... Est-ce que le coordinateur va lui ...</p> <p>MH3 : Il va pêter un plomb vite fait le coordinateur... »</p> |
|---|

## **5. Perte de liens entre les professionnels**

Une interrogation a été soulevée lors des débats concernant la place qu'aurait ce poste au sein de l'organisation globale du territoire. Un doute a été émis concernant l'intérêt de rajouter un intermédiaire, notamment sur certains canaux de communication qui fonctionnent aujourd'hui. Un risque formulé lors des entretiens a été, au contraire des idées précédentes, une perte de liens entre les professionnels entre eux.



|   |   |
|---|---|
| <p><b>En rajoutant un intermédiaire</b></p> | <p><i>« PH2 : (...) et que aussi finalement, on perd un peu la communication avec les collègues de terrain vraiment qui sont au quotidien auprès du patient ; Il ne faut pas avoir ce biais là tout de suite : Ah bah j'ai essayé de l'appeler, je n'ai pas réussi à l'avoir, je passe directement au coordinateur... Je me dis... Il faut faire attention comme vous dites, finalement déjà le lien, il faut qu'on le fasse entre nous. »</i></p> <p><i>« ML2 : Ce serait peut-être l'équivalent en face de l'assistante sociale ; pour qu'il discute entre eux ; plus facile...</i></p> <p><i>MH3 : Oui oui, bien sûr...Heu... Oui par ce que, un des jobs de nos assistantes sociales, c'est quand même, par exemple ; c'est quand il y a des injections, des perfs, voire mêmes des passages pour des pansements. En fait elle contacte les cabinets infirmiers directement »</i></p> <p><i>« MH3 : On a une secrétaire qui est une secrétaire du flux et qui est censée récupérer toutes les demandes d'hospitalisations de tous les médecins traitants et ensuite, elle prend les coordonnées, les machins, pourquoi tout ça... Souvent elle demande un petit courrier. (...) Moi de toute façon je suis toujours d'accord. Par ce qu'à partir du moment où c'est un médecin qui demande, je ne vois pas pourquoi je ne serais pas d'accord »</i></p> |
|---|---|

## **6. Divergences avec les dispositifs existants**

Une des interrogations soulevées lors des débats a été de comment arriver à un intégrer ce nouveau rôle au sein des dispositifs, canaux et organisation déjà existantes avec des temporalités différentes. Un des risques pourrait être une superposition des strates de décision et un enchevêtrement des actions avec les acteurs déjà en place.

« SH2 : Je trouve qu'il y a un télescopage avec... En terme de timing, où on n'est pas tous sur les mêmes timings... Heu... Voilà, oui, une sortie d'hospit ou une mise en place de soins à domicile, c'est pas sur le même timing et là, je trouve que le temps et parfois même la législation sur le droit du patient... Heu... C'est compliqué ça, ça prend du temps. Faire mettre quelqu'un sous tutelle, bah c'est une année entière quoi et qu'est ce qui se passe pour le patient pendant cette année ? Et c'est là que ça manque... Qu'on puisse ne pas être sur la même longueur d'onde. »

« SL2 : Surement, parce que le DAC, il est plus orienté sur le social pour le coup, il me semble. Donc sur le soin, très certainement, je ne pense pas que ça se télescope mais de quelle manière, à quel moment, ça va pouvoir se croiser pour que ce soit pertinent ? Et pour le coup, oui que ça ne se superpose pas sur quelque chose qui existe déjà...  
« silence » »

« SL2 : Après, moi je m'interrogeais depuis tout à l'heure sur la coordination. On a vraiment besoin de coordination, ça c'est sûr. Coordinateur de soins oui, mais je vois nous, au sein de nos services, on a des coordinateurs de parcours infirmiers, coordinateur... Il y a aussi le dispositif d'appui à la coordination qui est départementale du coup et je me demande moi, quelles interactions entre ces différents... Voilà... dispositifs existants sur la coordination... Alors, je n'ai pas de réponse, ça m'interroge... »

## **E. Attentes envers le poste**

### **1. Pallier le manque de communication**

De manière générale, les différents professionnels de santé se joignent pour déplorer un manque de communication entre eux. Ceci est illustré par un manque de connaissances concernant l'identité et le rôle de chacun au sein du territoire. Concernant le lien ville-hôpital, le rôle permettrait une amélioration des canaux de communications existants, particulièrement lors des mouvements des patients en entrée et sortie d'hospitalisations.

|   |   |
|---|---|
| <p><b>Pallier le manque d'identification entre les professionnels du territoire</b></p> | <p>« MH3 : Parce que les médecins, je les connais à peu près ; les infirmiers, franchement, les cabinets, je ne sais même pas où ils sont !</p> <p>ML7 : Nous non plus... »</p> <p>« SH1 : L'étendue... Ce n'est pas facile de connaître déjà un secteur, de constituer un réseau. (...). Moi je suis loin d'avoir fait le tour en un an et c'est un petit secteur...</p> <p>ML10 (en s'adressant à SH1) : Le tour de ?</p> <p>SH1 : De tout ce que j'ai comme possibilité, de réseau, de connaissance et tout. Dans la région, je n'ai pas eu encore le temps de faire tous les médecins. »</p> <p>« ML2 : L'idée, c'est qu'il y a déjà beaucoup de travail qui est fait au niveau de l'hôpital, de coordination. Par ce qu'il y a déjà beaucoup de soins, qu'ils organisent déjà beaucoup de choses. Mais par contre, moi ce que je vois, c'est qu'il n'y a personne en face, une fois dans le monde libéral, d'interlocuteur pour l'hôpital, pour l'assistante sociale par exemple puisque c'est elle qui gère ça maintenant a priori. Je pense que l'hôpital y aurait à gagner si l'assistante déjà, bah tiens, j'appelle cette personne et ensuite c'est à cette personne qui gère ensuite du côté libéral ; Pour ne pas qu'elle a appelé lui ou un tel et que oui, il a changé de numéro etc... C'est pas forcément facile de nous avoir nous en direct »</p> <p>« PH2 : Ah bah en fait pour moi ça, ça appartient du domaine du libéral et donc je me dis qu'eux ils connaissent tout, et puis moi je connais pas en tout cas... Donc ça dé obscurcit un petit peu. Et...Heu... Non intéressant et puis voilà, rencontrer mes collègues, c'est toujours appréciable.</p> <p>ML10 : On se rencontre pas assez, c'est clair. »</p> |
|---|---|

|   |   |
|---|---|
| <p><b>Améliorer la communication lors des mouvements ville-hôpital des patients</b></p> | <p>« PL1 : Ah ouais ? Mais je pense quand même qu'on se posait la question depuis longtemps... De quelqu'un qui franchement coordonne ; Moi je... je pense qu'on a toujours un petit décalage en fait entre l'hospitalier, et le libéral. En tout cas, pour moi au niveau infirmier et on est tout le temps en recherche d'infos et de communication je pense, que ce soit dans un sens ou dans l'autre. C'est souvent arrivé qu'il y est des appels par ce qu'on avait nous un patient qui était parti à l'hôpital sans aucune information. Donc ça ne va pas quoi... Il n'y a pas que l'hospitalier qui ne donne pas d'informations. »</p> <p>« ML1 : Donc ça veut dire qu'il y a des choses dans tout ça, qu'on pourrait mettre en place nous, et qu'on ne le fait pas ?</p> <p>ML7 : Ça peut être difficile, pour ça, il faudrait qu'on sache que nos patients soient hospitalisés</p> <p>MH3 : Bah non mais justement, pour ceux qui arrivent, est ce qu'il n'y a pas des choses qu'on pourrait anticiper et que l'on a pas le temps de le faire</p> <p>MH5 : L'enjeu de la coordination, c'était justement de fluidifier, effectivement...Enfin quand tu dis, toi que tu n'es pas au courant que les patients soient hospitalisés. Est-ce que ce n'est pas vous avertir que vos patients rentrent à l'hôpital, qu'ils risquent de sortir, que vous soyez avertis... »</p> |
|---|---|

## **2. Apporter une aide humaine**

Une autre attente identifiée durant ces *focus group*, réside dans un besoin d'aide humaine, principalement du côté médical. La(le) coordinatrice(eur) de soins, permettrait d'apporter son aide en permettant de dégager du temps pour le soin en prenant en charge des missions chronophages dans une journée. De plus, cela pourrait permettre une diminution du stress subi par le médecin en le déchargeant de ces missions qui augmentent la charge mentale durant une journée.

|   |   |
|---|---|
| <p><b>Pour permettre de dégager du temps pour le soin</b></p>   | <p>« ML8 : Si tu lui demandes pour un truc un peu urgent et que là, tu as besoin de prendre ton téléphone. Bah c'est vrai que je trouve ça hyper chronophage. On a parfois des consults complexes, si faut passer 3 coups de fils, tu perds une heure de ta journée, c'est l'enfer. Là si tu pouvais mettre un mail... (...) heu... Un mail en cinq lignes à la coordinatrice ou au coordinateur( ...) »</p> <p>« ML8 : Bah ouais, mais ça ; nous ça nous arrive de le faire en visite, on appelle un transport, on passe 5-10 minutes au téléphone. C'est la galère. Si ça peut être réglé par le coordinateur de soins, c'est un truc qui pourrait être pas mal... »</p> <p>« MH5 : C'est ça, c'est de définir quels sont les objectifs de cette coordination, dans le sens est ce que c'est un gain de temps, de libérer du temps médical aussi pour des gestions du cabinet... D'appeler des ambulances... ça prend quand même énormément de temps... »</p> |
| <p><b>Afin d'apporter des connaissances complémentaires</b></p> | <p>« SH3 : Il ne faut pas que le médecin reste tout seul. Quand il reçoit le patient dans son cabinet, moi je me mets à la place du médecin ; En plus, il ne connaît pas forcément les procédures, tous les dispositifs. Lui son travail, c'est le patient : qu'est-ce qu'il a, qu'est-ce que je vais faire... Qu'est-ce que je vais proposer. Mais peut-être aussi, c'est prendre en charge le patient dans une autre globalité... Et peut-être aussi décharger le médecin de remplir, pendant sa consultation mille papiers... »</p>  |

|  |  |
|--|--|
| <p><b>Pour permettre une baisse de la charge mentale</b></p> | <p>« ML2 : Bah je pense que le premier gagnant : c'est quand même le professionnel de soins à quel niveau qu'il soit. (...) C'est aussi du temps et du stress car c'est ultra stressant de chercher un interlocuteur quand tu es déjà pressé et de ne pas trouver, c'est un stress dans une journée ; c'est hallucinant. »</p> |
|--|--|

### 3. Pouvoir répondre à un besoin de liens / Cohésion

En résonance du constat de manque d'identification des différents professionnels du territoire, que ce soit libéraux et hospitaliers, il a été évoqué que la création de ce poste permettrait une organisation de rencontres physiques pour palier à ce manque. Ce poste jouerait un rôle de moteur de cohésion afin d'améliorer le lien entre tous.

|   |  |
|---|--|
| <p><b>Besoin de rencontres physiques pour améliorer les relations</b></p> | <p>« SH3 : Non mais après par mail, on dépersonnalise. On envoie un mail mais on ne sait pas la personne qui est... Comment elle est déjà, physiquement, c'est important... Si on doit travailler ensemble il faut des visages, il faut qu'on se connaisse un peu.<br/>SL2 : En tout cas des temps comme ça, de rencontre... D'ailleurs merci, je trouve ça chouette. »</p> <p>« PL1 : En tout cas moi, je suis contente de vous rencontrer, parce que en fait, on parle souvent de vous et...<br/>ML10 : Et on se rencontre jamais<br/>PL1 : Et on se rencontre...<br/>ML10 : Et ce genre de projet permet complètement de rencontrer la ville et l'hôpital et ça manque... »</p> |
|---|--|

|  |   |
|--|---|
|  | <p><i>« ML2 : Il faut du contact....<br/>ML7 : Oui il faut du contact<br/>ML2 : Contact avec les assistantes sociales de l'hôpital pour pouvoir discuter, créer un lien de confiance. Je pense que par téléphone c'est trop juste »</i></p> |
| <p><b>Nécessité d'améliorer le lien entre ville et hôpital</b></p> | <p><i>« ML10 : Quelle est la vision des hospitaliers du lien ville-hôpital actuel ?<br/>MH3 : Du lien ville-hôpital ?<br/>ML10 : Actuel...<br/>MH4 : Bien faible, moi je dirais... »</i></p>  |

#### **4. Apporter de l'attractivité au territoire**

Il a été évoqué une perspective d'amélioration globale qui pourrait se faire ressentir secondairement. Il a été émis l'hypothèse qu'avec une amélioration de l'organisation des soins au sein de l'ensemble du territoire, celui-ci pourrait devenir plus attractif pour des nouveaux professionnels qui souhaiteraient s'installer.

|  |  |
|--|--|
| <p><b>Une meilleure organisation rendrait le territoire plus attractif</b></p> | <p><i>« ML9 : Bah si quelque part, on arrive quand même à une optimisation de tout ça, je pense que c'est quelque chose qui est attractif par ce que le but à un moment donné, c'est peut-être aussi qu'on ait plus d'infirmières, plus de kinés, plus de médecins, plus de tout et que si on a quelque chose de structuré au sein du territoire et du coup facilitant. Je pense que voilà, l'idée c'est que tu ne t'installes pas seul et que tu as un truc autour de toi qui est performant, compétent et qui permet d'optimiser ta pratique »</i></p> |
|--|--|

## F. Perspectives d'évolution

### 1. Perspectives générales

Il a été largement évoqué que ce rôle comprend un degré d'évolutivité nécessaire pour s'adapter aux changements d'acteurs et plus globalement, aux changements du territoire. Une piste d'évolutivité réside dans une possible création d'un poste « en miroir » au sein des structures hospitalières. Un poste qui est déjà plus ou moins défini dans les textes sous la forme d'une « infirmière clinicienne ».

|  |   |
|--|---|
| <p><b>Une évolutivité nécessaire</b></p>               | <p>« ML2 : (...) <i>Qu'on ait de chaque côté, le lien et que ça soit mis à jour en fait, parce qu'on voit qu'on les a, à un moment T mais 6 mois, les liens sont cassés parce que les personnes ne sont plus les mêmes... »</i></p> <p>« ML9 : (...) <i>moi j'ai l'impression que tu as 10 ans de carrière et d'un coup, tu couvres un truc mais tu ne sais pas que ça existait, et tu n'as peut-être même pas la notion de toutes ces ressources-là. Il y a du changement dans notre secteur de par l'arrivée, de par le départ de certains. C'est vrai que de pouvoir avoir un petit rôle de coordinateur, fédérateur ; c'est-à-dire qu'on arrive tous à se connaître, à se rencontrer ; qu'on soit capables de se joindre rapidement. »</i></p> <p>« ML9 : (...) <i>Comme tu dis, ça fait 25 ans que je suis là, il n'y a des visages que je ne connais pas... Mais ça fait partie et de la facilitation probable dans le travail derrière. C'est facilitant quand on se connaît, ça apporte d'autres choses... Peut-être ça c'est très important à faire... »</i></p> |
| <p><b>Création d'un rôle similaire hospitalier</b></p> | <p>« PH2 : <i>De toute façon il faudrait quelqu'un qui fait de la coordination déjà dans les services si tu vas dans ce sens...</i></p> <p>(...)</p> <p>ML10 : <i>Le profil de l'infirmière clinicienne c'est quoi ?</i></p>  |



|  |
|--|
| <p><i>PH2 « en riant » : Bah coordonner... C'est en fait c'est d'être le relais, l'interlocuteur privilégié qui centralise toutes les infos et qui redispatche aux bons interlocuteurs et qui éventuellement d'approfondir les dossiers des patients ; Aller chercher les petites infos un peu partout, par exemple, faire la conciliation médicamenteuse. Faire tout ça quoi. C'est un rôle, je trouve un peu... pivot</i></p> <p><i>PL1 : Un bon pivot ! »</i></p> <p><i>« PH2 : Au sein d'un service et moi je trouve que ça a vraiment du sens. Parce qu'effectivement, on se rend compte que quand on a un patient qui est hospitalisé, des fois ça me semble compliqué pour la prise en charge globale, d'aller chercher toutes les antériorités pour un patient, ça prend un temps monstre. Du coup quelqu'un qui pourrait avoir cette mission là et avoir un regard, une vigilance, une veille en fait un petit peu sur tout ça ; Ça a du sens...</i></p> <p><i>PH3 : Et ça permettrait d'identifier des besoins du patient pour les mettre en place pour la suite.</i></p> <p><i>PH2 : Et donc ensuite, qui pourrait se mettre en lien avec l'extérieur pour le retour à domicile, et puis pour contacter les infirmières libérales : Tu vas recevoir Mr un tel, nous on a fait ça comme ça... ça permet de pas perdre des ordonnances dans le lot... »</i></p> |
|--|

## **2. Une augmentation d'effectif**

En réponse aux limites du rôle, précédemment décrit, une des solutions avancées est une augmentation de l'effectif pour pouvoir élargir le nombre de missions réalisables et augmenter le nombre de bénéficiaire des services qui seront proposés. Ce nombre de bénéficiaires étant important à la vue de la surface du territoire couvert par la CPTS de l'Ouest Rhodanien.

« ML2 : Dans l'idéal... Donc je pense qu'au début, pour ce que ce soit pas un coup d'épée dans l'eau, il faut vraiment être le plus modeste possible (...) »

« PH1 : Je te rejoins, ça paraît tout petit un ETP pour ce territoire, ça paraît microscopique...

PH3 : Après il faut commencer avec quelque chose...

PH2 : Oui c'est toujours mieux que rien....

PH3 : Mais la première qui va commencer... Il faut qu'elle ait les nerfs bien accrochés »

« ML10 : Donc une limite, ça va être le temps de travail.

MH3 : Ah bah oui, ça ça va être vraiment un facteur limitant.

(...)

ML2 : Le but n'est peut-être pas de subvenir à toutes les demandes mais déjà, si le coordinateur répond à 30% des demandes de soins ville hôpital ; c'est toujours 30%, par rapport à 0 c'est 3 fois plus. »

### 3. Évolution des missions confiées

L'évolution du rôle va se matérialiser par l'évolution des missions confiées. Il a été évoqué l'intérêt d'un « suivi » de la création de ce rôle avec des réunions pour faire le point sur les missions qui seront confiées initialement à ce rôle et les possibilités de création, modification voire suppression de celles-ci en fonction des retours de tous les acteurs en vue d'une amélioration globale.

|  |  |
|--|--|
| <p><b>Création de nouvelles missions</b></p> | <p>« PL1 : ...Tout à fait... Par ce que ce sont celles qui posent le plus de problèmes ; après pourquoi pas mettre un accès au patient mais ce ne sera pas dans la même demande. Ce sera plutôt une demande sociale où le coordinateur pourra à ce moment-là, orienter vers les MAIA, vers autre chose... Mais aussi vers les DAC... »</p> |
|--|--|

|   |  |
|---|--|
|   | <p><i>« ML6 : Est-ce que dans les missions, on peut imaginer une partie animation et amélioration des liens entre les praticiens hospitaliers et les libéraux pour par exemple, qu'il y ait des rencontres sur des thèmes particuliers, pour qu'on se familiarise les uns les autres ; peut-être pour mettre à jour l'annuaire. »</i></p>  |
| <p><b>Modifications des missions existantes</b></p> | <p><i>« PH3 : De toute façon pour l'échange avec les infirmières libérales, je trouve que c'est intéressant. Ça permet de se rencontrer, juste pour ça déjà. Pour suivre l'évolution, voir comment ça fonctionne après en sortie d'hospitalisation, oui ça paraît intéressant... Enfin je trouve</i></p> <p><i>« Acquiescement général »</i></p> <p><i>... Et puis tous être autour d'une table, ça a quand même une autre valeur que de s'appeler au téléphone quoi.</i></p> <p><i>PL1 : Oui, c'est clair...</i></p> <p><i>PH1 : Voir ce qui fonctionne, ce qui ne fonctionne pas...</i></p> <p><i>PH3 : Voir ce qu'on peut mettre en place pour que ça s'améliore...</i></p> <p><i>PH1 : Oui complètement... »</i></p> |

## DISCUSSION

---

### I. Discussion sur les résultats, analyse interprétative

Ce travail de thèse s'intéressait donc aux déterminants d'accueil d'un(e) coordinatrice(eur) de soin au sein de la CPTS de l'Ouest Rhodanien. A travers les différents *focus groups*, plusieurs idées, attentes et interrogations ont été formulés concernant ce rôle qui était inconnu pour certains. Ce travail a joué un premier rôle d'information pour la population de professionnels du territoire pour ensuite les interroger quant à la mise en place de ce nouveau rôle dans l'organisation de soin actuelle.

Les professionnels estiment que ce nouveau poste serait un véritable plus dans leur pratique et qu'il existe une marge de progression du système territorial de soin actuel auquel il pourra contribuer.

Cependant, pour que l'intégration se fasse de la meilleure des manières, les participants de l'étude ont mis en évidence un certain nombre de conditions, de suggestions et de réserves dont les principales sont exposées dans les résultats de cette étude et étayées ci-dessous.

#### A. Profils recherchés

La plupart des professionnels se sont accordés à dire que le poste devrait être initialement occupé par deux personnes différentes avec des profils complémentaires pour apporter un plus grand panel de compétences et de connaissances. De manière globale, les deux candidats devront être issus du milieu du soin plus ou moins directement. De cette manière les candidats auraient la capacité de cibler les informations pertinentes qu'on leur communique et d'appréhender les notions d'urgence de certaines demandes.

Selon le profil des professionnels interrogés, chacun serait intéressé par le recrutement d'une personne avec un profil complémentaire au sien. Même si le profil infirmier reste plébiscité par le plus grand nombre pour l'aspect globale de la vision issu de ce métier, le second profil diffère. Les médecins aimeraient un profil d'assistante sociale pour les épauler sur ce

domaine dans leur pratique quotidienne. A contrario, les professionnels sociaux aimeraient un profil de médecin pour centraliser le pouvoir de prescription et apporter une figure d'autorité pour donner suite aux décisions de l'équipe de soins et pour la mise en place des projets de soins.

En termes de qualités intrinsèques, plusieurs sont indispensables pour le bon fonctionnement du poste. Les candidats devront être des personnes volontaires, polyvalentes avec des compétences de communication et d'animation d'équipe. Devant les difficultés attendues du poste et l'implication actuelle importante des professionnels du territoire, ceux-ci s'attendent à avoir des candidats ayant un degré d'implication équivalent pour instaurer une collaboration efficace.

Il est préférable pour la grande majorité des professionnels interrogés que les candidats aient plusieurs années d'expérience et préférablement des deux côtés du soin : libéral et hospitalier. De plus, une bonne connaissance du territoire et de ses acteurs est importante pour apporter une crédibilité à ce nouveau poste dans les futurs échanges. Cette connaissance territoriale sera nécessaire également pour comprendre son organisation et ses particularités afin de les intégrer de manière efficiente. En résumé, plusieurs personnes interrogées ont avancé un profil de personne étant soit en moitié soit plus en fin de carrière d'une profession de soin et ayant exercé sur le territoire précédemment.

Être titulaire du permis B est important pour répondre au besoin de rencontre des professionnels et aux particularités du territoire qui reste rural et dépourvu d'un réseau de transport en commun couvrant son intégralité.

### **B. Les missions qui lui seront confiés**

L'idée principale concernant le rôle de ce poste au sein de l'organisation actuelle de la CPTS est d'incarner un pivot organisationnel.

Dans un premier temps, il lui sera demandé de partir à la rencontre des différents professionnels du territoire afin de se faire connaître et de pouvoir également les identifier. Ce moment de rencontre est destiné à pouvoir établir et améliorer un annuaire pour répertorier

l'ensemble des professionnels du territoire pour une amélioration des communications entre eux. Cet annuaire sera également un outil important pour le rôle afin de mener à bien les différentes autres missions qui lui seront confiés.

A la suite de cette phase « de préparation », le rôle du poste sera d'être l'interlocuteur privilégié de l'ensemble des professionnels libéraux et hospitalier du territoire afin de pouvoir centraliser les informations pour éviter d'éventuelles pertes de celles-ci. L'idée serait d'améliorer les communications en les simplifiant dans le sens où le professionnel n'aurait plus à chercher à quel interlocuteur s'adresser pour sa demande. Ce qui pourrait amener un gain de temps et un meilleur confort de pratique pour le professionnel demandeur.

Par la suite, la(le) coordinatrice(eur) de soins pourra distribuer les informations entre les différents professionnels concernés pour articuler les plans de soins qui se mettent en place. Cette articulation permettrait également de fluidifier les mouvements des patients entre ville et hôpital lors des hospitalisations. L'ambition serait de faciliter ces mouvements en permettant une communication en amont des entrées/sorties d'hospitalisation pour pouvoir les faciliter et les améliorer.

Un rôle d'initiateur a été évoqué pour ce poste, mais qui se mettrait en place dans un deuxième temps et qui comporterait deux versants. Le premier sera de pouvoir répondre à l'alerte d'un professionnel concernant un patient afin de pouvoir mettre en place un parcours de soins et anticiper d'éventuelles consultations et/ou hospitalisation dans un but de prévention primaire.

Le deuxième versant serait de mettre en place « une veille sanitaire » concernant les patients qui ont nécessité un parcours de soin complexe. La(le) coordinatrice(eur) aura la charge d'assurer une continuité de suivi post-prise en charge pour alerter d'une éventuelle aggravation de l'état du patient au niveau médical et/ou social dans un but de prévention secondaire.

Le rôle d'interlocuteur unique serait en miroir d'un rôle de représentation d'équipe de soins. Le rôle étant en contact avec l'ensemble de l'équipe de soins et ayant toutes les informations à sa disposition, il serait la « voix » de l'équipe de soins pour distribuer des informations et répondre à des questions sur le plan de soins mis en place auprès d'interlocuteur extérieur à celle-ci.

Pour répondre à un besoin important de renforcement des liens entre professionnels et de cohésion au sein du territoire, il sera demandé à ce rôle d'être moteur de rencontres physiques. L'idée serait d'être à l'origine de l'organisation de rencontres physiques avec différents objectifs. Le besoin de rencontre de cohésion, de manière informelle a été avancé. Sur un autre plan, une idée d'organisation de tables rondes thématiques a été évoqué, bien que des groupes de travail au sein de la CPTS existent déjà. Le but sera de renforcer la connaissance des professionnels du territoire entre eux pour améliorer les liens.

Les professionnels hospitaliers ont déploré une perte de contact et de liens entre le milieu hospitalier et libéral lors des *focus groups* et aimeraient relancer des canaux de communications privilégiés et améliorer globalement ces liens pour améliorer l'offre générale de soins.

### **C. L'organisation générale du poste**

À la suite d'un recrutement qui se fera par entretiens, les candidats devront suivre une formation préalable à la prise de poste. Cette formation est délivrée par l'EHESP et permettra de compléter les compétences des candidats dans des domaines plus administratifs et organisationnels.

Le poste sera occupé par deux personnes avec des profils différents pour apporter une complémentarité dans leurs domaines d'expertises. De manière plus générale, deux personnes pour un poste équivalent temps plein (ETP) dans un premier temps permettra une continuité du service qu'offre le poste.

D'une autre manière, les professionnels ont évoqués la possibilité que d'engager deux personnes pour le poste permettrait d'étendre le maillage géographique pour couvrir l'ensemble du territoire mais cela laisse entendre qu'ils travailleraient en même temps et en parallèle.

En termes de communication, il apparaît naturel que ce poste soit soumis au secret médical lors de ses échanges avec les différents professionnels. Les personnes qui occuperont ce rôle devront adapter leurs canaux de communication en fonction des professionnels contactés. Lors des entretiens, il est apparu que certains corps de métiers vont privilégier une communication orale pour l'aspect direct et humain quand d'autres professions vont privilégier le contact par mail du fait de l'aspect différé et moins chronophage.

Dans tous les cas, il sera nécessaire d'apporter une trace écrite des échanges à travers une messagerie sécurisée pour un aspect légal. La solution qui a été évoquée serait une utilisation de la messagerie MonSisra©.

Pour limiter les possibilités d'accès de ce rôle dans un but d'efficience et limiter la surcharge de travail, il est nécessaire de définir des critères d'actions. Les professionnels interrogés ont mis en avance la nécessité de poser des critères d'accès à ce rôle pour ne pas submerger de missions ce nouveau poste et qu'il desserre finalement l'organisation actuelle. Si tout le monde s'accorde pour que ce rôle soit un soutien à leur pratique de tous les jours lors de demande de renseignements pour répondre à des questions, il sera nécessaire de définir des critères pour mettre en place des actions plus importantes et chronophage.

Les critères évoqués pour le moment comprennent des notions de patients polypathologiques, précaires, sans réel étayage familial mais ces critères restent à compléter par la suite.

#### **D. Les difficultés attendues**

L'ensemble des professionnels de santé du territoire mesure la complexité de la tâche qui incombe à ce rôle. L'étendue du territoire, la désertification des effecteurs de soins contre une demande de soins qui va en augmentant que ce soit en volume ou en complexité rend le rôle de coordinateur de soins autant nécessaire que difficile.

La première difficulté dans le « travail préparatoire » va être de récolter un volume très important d'informations venant d'une multitude de sources. L'objectif va être d'organiser et de classer ces informations sans en perdre. De plus, il existe un risque de sur sollicitation initiale de ce rôle par les professionnels voire par les patients par manque d'informations claires du rôle dans l'organisation du soin.

La volonté de la CPTS est de démarrer ce projet de manière mesurée initialement avec le recrutement d'un seul ETP. Il a été évoqué de nombreuses fois que cela serait insuffisant en termes de temps de travail comparé au volume de travail qui sera demandé. Le territoire regroupe un bassin de population vieillissante avec un niveau social plutôt précaire ce qui donne lieu à un nombre importants de situations complexes qui mériterait une intervention d'une coordination de soins.



Ce rôle va rencontrer des difficultés qui lui seront indépendant. D'un point de vue légal, des actions du coordinateur de soins vont être limitées avec comme exemple la rémunération des infirmières selon le secteur. D'un point de vue organisationnel, il existe des divergences entre l'hôpital et le libéral avec des temporalités différentes. De plus au sein du monde libéral, il existe dans certains corps de métiers des concurrences historiques.

Le coordinateur de soins va devoir composer avec des particularités dont il ne sera pas maître pour pouvoir mener à bien ses missions.

D'un point de vue humain, la désertification des effecteurs de soins va rendre difficile la réalisation des actions mises en place par cette coordination. L'objectif est de tendre vers une rationalisation et une meilleure efficacité des soins mais s'il n'y a pas de personnes pour effectuer ces soins, la tâche s'annonce complexe.

D'un autre côté, le patient restant maître de ses soins, il sera toujours le décisionnaire final et donc pourra aller à l'encontre des propositions faites par la coordination de soins.

Une autre difficulté attendue qui est apparue de manière inopinée est une appréhension concernant une possible perte des liens actuels entre les professionnels. Plusieurs acteurs notamment du domaine social ont émis une inquiétude concernant les difficultés relationnelles qu'entraînerait la création d'un intermédiaire dans les échanges actuels.

Ils ont également évoqué la possibilité d'interactions contre-productives avec les institutions déjà en place qu'ils considèrent comme efficaces aujourd'hui.

## **II. Discussion sur la méthode**

### **A. Forces de l'étude**

La question de la coordination des soins libéraux est un thème d'actualité avec l'évolution grandissante du nombre de CPTS à l'échelle nationale. La littérature est assez importante concernant l'aspect général de la coordination. Cependant, comme à l'image des CPTS, il me paraissait pertinent d'aller dans une direction où la coordination d'un territoire et de ses effecteurs de soins puisse émaner directement de ceux-ci afin de répondre au mieux à leurs besoins.

Le sujet et les retombées potentielles notables de ce travail de thèse sur le territoire ont permis d'intéresser pleinement les participants à l'étude. Au fur et à mesure des entretiens, à force de compréhension de la teneur de ce nouveau poste qui va être mis en place, les participants à l'étude ont montrés un intérêt croissant durant les entretiens. Lors de la dernière question du canevas qui interrogeait les participants sur la possibilité de renouveler ce genre de réunion pour suivre l'évolution du poste, la grande majorité des participants ont manifesté leur intérêt à être recontacter pour participation.

Le choix de la méthode par focus group a permis de créer une dynamique de groupe. Cette méthode de recueil de données a permis une confrontation des idées au sein d'un groupe de participants à travers les nombreux échanges et interactions entre eux. Ces échanges ont pu également permettre une émergence de nouveaux points de vue inattendus par le chercheur. Le choix de réaliser des entretiens de groupe a pu permettre le recrutement d'un nombre de participants importants dans le cadre d'une étude qualitative.

Le choix de réaliser des entretiens semi-structurés<sup>32</sup> a permis de cibler des thèmes précis pour favoriser les discussions et les débats approfondis tout en diminuant la part de hors sujet durant ces entretiens.

La sélection des participants étant ciblé sur un territoire donné, ceux-ci se connaissaient déjà plus ou moins. Cette connaissance préalable a permis de diminuer globalement les inhibitions de participation et a favorisé la pluralité et la profondeur des échanges.

La double analyse durant le co-codage des données a permis une diminution d'éventuel biais de subjectivité. Cela a également permis une meilleure validité interne de l'étude avec une concordance de résultats entre les deux analyses des données.

## **B. Limites de l'étude**

Le recrutement s'étant fait sur la base du volontariat, la population étudiée est donc initialement intéressée par le sujet ce qui pourrait laisser entendre un biais de sélection. Cependant, le raisonnement du recrutement fait que je cherchais une population qui sera concernée par la mise en place de ce poste au sein de l'organisation des soins du territoire.

En termes de recrutement, il existe des biais de représentation. Malheureusement, certains corps de métier comme les MKDE et les sages-femmes ne sont pas représentés dans cette étude. On peut donc se poser la question d'un manque de variété au niveau des points de vue qui aurait pu être bénéfique pour cette étude. A contrario, il existe une surreprésentation des médecins généralistes qui composent plus de la moitié de l'effectif total. Géographiquement, l'ensemble du territoire n'est pas représenté avec notamment une absence de représentant du CHBV qui représente un acteur institutionnel important du territoire qui aurait pu apporter également un point de vue différent à l'étude.

Le canevas de questions a été élaboré et écrit en collaboration avec des membres du bureau de la CPTS étudiée. Il s'agit de personnes à l'origine du projet de création de ce poste au sein de l'organisation existante ce qui met en lumière un potentiel biais d'investigation étant donné l'orientation des questions du canevas. Le bureau de la CPTS a clairement exprimé son souhait de mise en place de ce nouveau poste et les questions ont ainsi pu être orientées dans ce sens.

Le modérateur étant le vice-président de la CPTS étudiée, il est un acteur moteur dans la mise en place de ce projet, ce qui a créé un biais de recueil. Connaissant très bien le sujet et incarnant le groupe initiateur du projet, il a été très difficile pour lui de ne pas donner son avis à certains moments et dériver du sujet principal pour apporter des explications quant à d'autres problématiques ne concernant pas ce travail de thèse.

Lors des différents focus groups, étaient présents des membres du bureau de la CPTS. Ces membres étant également moteur de la mise en place de ce projet, ils étaient très investis dans les débats, ce qui a fait apparaître un effet de leader d'opinion. Ceci se traduit par un temps de parole qui a été monopolisé partiellement par certains participants par rapport à d'autres. Cependant, le modérateur a mis un soin particulier à interroger les personnes qui avaient moins de facilité à s'exprimer pour recueillir les avis de tous.

Bien que tous les participants se connaissent déjà, antérieurement aux entretiens, il existe un effet de hiérarchie qui s'est fait ressentir durant certains entretiens. Le modérateur étant un médecin, il a existé une certaine forme de hiérarchie durant les focus groups « paramédical » et « social ». De plus, lors du *focus group* « social », le seul participant bénévole a clairement exprimé cette impression par rapport au reste des participants dont c'est l'activité professionnelle, ce qui a pu brider son expression.

### **III. Comparaison avec la littérature**

En ce qui concerne la méthode, une vérification du bon déroulé du recueil des données ainsi que leur lecture a été faite grâce aux lignes directrices COREQ<sup>33</sup> qui permettent de vérifier que la méthodologie d'une étude qualitative comprend toutes les notions nécessaires.

La coordination des soins primaires territoriale est un thème d'actualité depuis plusieurs années. De nombreuses évolutions ont marqué le paysage du soin en France avec les différentes strates organisationnelles qu'incarne les MSP, ESP et CPTS. Ces modifications sont en réponse d'une nécessité de rationalisation et de recherche d'efficacité des soins libéraux.

Des travaux ont été réalisés et notamment, la thèse d'exercice d'une interne rennaise pour identifier les difficultés et besoins des médecins généralistes en termes de coordination de parcours de soins complexes<sup>34</sup>, afin d'adapter au mieux des dispositifs généraux à des territoires donnés. Cette démarche fait écho avec cette étude dans le sens où il paraît indispensable de prendre en compte l'avis des professionnels pour faire évoluer un système en fonction de leurs besoins.

On peut également citer en exemple, l'étude de Marie Ferru et Jade Omer<sup>35</sup> qui ont proposé une relecture du dispositif des CPTS en interrogeant les professionnels du territoire concerné. Cette relecture du dispositif des CPTS corrobore les résultats de cette étude avec la formulation d'une nécessité de collaboration dans le soin libéral et un besoin de coordination des différents acteurs dans un but d'amélioration générale de l'offre de soins d'un territoire.

Des thèses d'exercice<sup>36 37</sup> ont également été faites sur le sujet des CPTS et de la coordination du soin mettant en lumière des problématiques de territoire qui se retrouvent également dans cette étude avec par exemple une volonté d'améliorer la cohésion entre les différents professionnels de santé avec des solutions proposées qui sont similaires comme l'élaboration d'un annuaire pour identifier tous les professionnels du territoire.

En ce qui concerne plus particulièrement le thème de coordinateur de soin au sein d'une CPTS, plusieurs d'entre elles ont édité des fiches de postes pour le recrutement<sup>38</sup>. Il existe des similitudes entre les différentes fiches qui mettent en évidence des prérequis indispensables pour n'importe quelle CPTS. A contrario, en comparant plusieurs fiches, il apparaît des divergences concernant des missions, ce qui appuie l'intérêt de faire émaner ces notions des professionnels du territoire pour répondre au mieux aux besoins dudit territoire.

Dans l'ensemble, ce travail de thèse s'inscrit dans une logique nationale de reconstruction du système de santé français<sup>39</sup> avec notamment le développement des CPTS avec des enjeux territoriaux qui se retrouve sur bien d'autres territoires. Des thèmes généraux se retrouvent donc dans les enjeux qu'incombe ce rôle de coordinateur de soins. Des descriptions généralistes<sup>40</sup> faites par organismes interprofessionnels font écho avec les résultats de cette étude.

#### **IV. Perspectives post thèse**

##### **A. Création d'une fiche de poste et suivi d'évolution**

Le travail de cette thèse en collaboration avec la CTPS de l'Ouest Rhodanien par l'intermédiaire de leur vice-président et directeur de cette thèse s'inscrivent dans un objectif de recrutement à court terme. Ce travail de thèse marque une étape intermédiaire dans ce processus de recrutement avec une visée informative pour les différents professionnels.

En les interrogeant quant à la création ce poste, l'objectif de ces travaux étaient de les informer du processus de création dans un premier temps et de pouvoir préparer l'intégration de ce poste dans l'organisation actuelle.

Dans les suites, le travail de cette thèse est voué à servir de support à l'élaboration d'une fiche de poste détaillée et personnalisée des futurs coordinatrices(eurs) de soins en amont du recrutement. Des réunions seront prévues avec le conseil d'administration de la CPTS pour affiner ce modèle personnalisé de fiche de poste présente en Annexe F, notamment avec des notions d'horaires plus précis, de salaire et d'intitulés de mission précises.

Cette fiche de poste est appelée à évoluer avec le retour des professionnels dans les suites de la mise en place de ce poste et va donner lieu à un suivi ultérieur.

## **B. Mesure de l'impact de la mise en place du poste**

Mon projet professionnel étant de m'installer au sein de cette CPTS de l'Ouest Rhodanien dans le courant de l'année 2025, l'objectif est de pouvoir bénéficier de ce nouveau poste tout en suivant l'évolution. De nombreux participants aux *focus group* ont manifesté leur intérêt de suivre et de participer à l'évolution de ce poste.

Dès lors, il sera intéressant de faire des réunions ultérieures à la suite de la mise en place de ce poste pour discuter autour d'éventuels marqueurs qui mettraient en évidence les apports ou non de ce poste.

Des perspectives et des attentes concernant ce poste sont ressortis durant les différents *focus groups*, qui pourraient constituer ces marqueurs de suivi de l'impact. L'évolution de connaissances en termes d'identification des professionnels du territoire est une attente importante afin d'apporter une amélioration des communications entre tous les professionnels qu'ils soient libéraux ou hospitalier.

Les participants aimeraient voir une amélioration de la cohésion d'équipe entre tous les professionnels afin d'améliorer les relations de travail à travers les rencontres physiques.

De manière plus individuelle, les médecins notamment, espèrent que l'apport du rôle se fera ressentir par l'augmentation de leur temps de soins et une baisse de leur charge mentale face aux problèmes plus administratifs qu'ils rencontrent dans une journée de consultation.

Secondairement, la plupart des professionnels espère qu'une meilleure organisation du soin sur le territoire permettra de travailler dans des meilleures conditions et permettra de rendre le territoire plus attractif pour le recrutement de nouveaux professionnels de santé quel qu'il soit.

## CONCLUSIONS

---

La médecine et plus globalement le soin est un domaine qui évolue. A l'image de la société, le soin se doit de s'adapter à des nouvelles contraintes par une nouvelle organisation. Depuis une dizaine d'années, on observe une réorganisation du soin avec une volonté de développer un maillage libéral afin de tendre vers une meilleure efficacité et une rationalisation du soin pour répondre à des problématiques de santé publique. Au sein de cette nouvelle organisation émane le rôle de coordinatrice(eur) de soins qui est appelé à se démocratiser de plus en plus dans les différentes CPTS du territoire national.

Cette étude a interrogé 19 professionnels du territoire de l'Ouest Rhodanien pour définir les déterminants d'accueil de ce nouveau poste au sein de leur organisation actuelle. Cette étude a été réalisée sous la forme de trois *focus groups*.

Cette notion de coordinatrice(eur) de soins n'était pas bien connue par tous et cette étude a permis de faire connaître ce nouveau rôle avec comme objectif que les professionnels puissent l'investir dans leur pratique quotidienne. La majorité des professionnels ont exprimé un avis favorable à sa mise en place et ont envisagé les potentiels bénéfiques qu'il pourrait apporter au sein de l'organisation actuelle des soins du territoire mais sous certaines conditions.

D'un point de vue organisationnel, la nécessité d'engager plusieurs personnes sur ce poste pour apporter des profils de connaissances et de compétences différents et complémentaires est apparu. Selon le type de professionnel interrogé, le profil souhaité des candidats diffère afin d'apporter une complémentarité à leur propre domaine d'expertise. D'une manière générale, composer une équipe avec un profil infirmier ou médecin accompagné d'un profil d'assistante sociale pour répondre aux différentes interrogations de chacun est plébiscité. Cette dualité du rôle facilitera d'une part une répartition des tâches de manière géographique et d'autre part une continuité d'accès au service pour les professionnels.

Le poste devra adapter ses canaux de communication en fonction de l'interlocuteur. Il aura une fonction de pivot organisationnel pour les acteurs du territoire. Cette position au sein de l'organisation a pour objectif de centraliser les informations et faciliter les échanges et la communication sur l'ensemble du territoire. Ces missions répondent à des attentes de cohésion, de renforcement des liens entre les professionnels libéraux et hospitaliers qui s'accordent à dire

qu'il existe un manque d'identification entre eux et aimeraient une meilleure cohésion sur le territoire, à travers, par exemple, de rencontres physiques.

Les professionnels interrogés ont évoqué des candidats volontaires, polyvalents et bon communicants pour occuper ce rôle. Ils imaginent ce rôle comme un soutien direct qu'ils pourraient solliciter pour une aide humaine ou technique afin de dégager du temps pour le soin. Le rôle sera également appelé à avoir une activité de représentation des équipes de soins auprès des patients et plus généralement auprès des interlocuteurs extérieurs aux équipes.

Cependant, les professionnels sont conscients des difficultés attendues pour le poste du fait du volume de travail important comparé au probable manque de temps de travail devant le choix de ne commencer qu'avec un seul équivalent temps plein pour l'instauration initiale de ce rôle. En réponse à ces appréhensions, il a été avancé comme solution, la nécessité de poser des conditions d'accès aux services du coordinateur(trice) pour ne pas être contre-productif. De même, il sera nécessaire d'évaluer les champs d'actions des organismes déjà présents sur le territoire pour éviter des redondances d'actions.

En ce qui concerne le profil attendu, les professionnels interrogés se sont accordés sur le fait qu'ils aimeraient des personnes avec plusieurs années d'expériences, idéalement dans l'hospitalier et le libéral. De plus, les candidats devront avoir une bonne connaissance du territoire et de ses acteurs pour faciliter les communications et asseoir une crédibilité au rôle.

Dans l'ensemble, les professionnels s'attendent que le rôle s'intègre dans l'organisation actuelle afin de renforcer la cohésion de l'ensemble du territoire. Ils aimeraient pouvoir interagir avec des personnes impliquées, aptes à les aider. Ils s'attendent à ce que ce rôle puisse améliorer les communications entre tous, et entre le libéral et l'hospitalier dans un but d'efficacité des soins. La finalité serait une amélioration des conditions de travail et une amélioration de l'offre de soins du territoire.

Un objectif à plus long terme serait de pouvoir augmenter l'attractivité du territoire pour attirer de nouveaux professionnels de santé pour pallier le statut de désert de soins actuel qui limite les actions d'amélioration d'offre de soins.

Ce rôle évolutif est appelé à se modifier avec les retours des professionnels à la suite de sa mise en place. De nombreux professionnels sont d'accord pour participer à des réunions de travail pour parler de la question. Les coordinatrices(teurs) seront également appelées à participer pour partager leurs ressentis et être acteur de l'évolution de leur rôle.



## BIBLIOGRAPHIES

---

1. L'espérance de vie sans incapacité à 65 ans est de 12,6 ans pour les femmes et 11,3 ans pour les hommes, en 2021 | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 27 nov 2023]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/etudes-et-resultats/lesperance-de-vie-sans-incapacite-65-ans-est>
2. Déplaud MO. Instituer la « sélection » dans les facultés de médecine. Genèse et mise en œuvre du numerus clausus de médecine dans les années 68. Revue d'histoire de la protection sociale. 2009;2(1):79-100.
3. POLE-EMPLOI.FR. Le coordinateur de santé, au cœur du parcours de soin [Internet]. [cité 27 nov 2023]. Disponible sur: <https://www.pole-emploi.fr/actualites/le-dossier/sante/sante-1/le-coordonateur-de-sante-au-coeu.html>
4. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé - Légifrance [Internet]. [cité 1 mars 2023]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFARTI000031913246>
5. Ministère de la Santé et de la Prévention. 2023 [cité 12 oct 2023]. CPTS : s'organiser sur un territoire pour renforcer les soins aux patients. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/structures-de-soins/les-communautes-professionnelles-territoriales-de-sante-cpts/article/cpts-s-organiser-sur-un-territoire-pour-renforcer-les-soins-aux-patients>
6. Article L1411-1 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 24 oct 2023]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000038886152](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000038886152)
7. Prévention M de la S et de la, Prévention M de la S et de la. Ministère de la Santé et de la Prévention. 2023 [cité 24 oct 2023]. La stratégie nationale de santé 2018-2022.

- Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/strategie-nationale-de-sante/article/la-strategie-nationale-de-sante-2018-2022>
8. Légifrance - Droit national en vigueur - Circulaires et instructions - INSTRUCTION N° DGOS/R5/2016/392 du 2 décembre 2016 relative aux équipes de soins primaires (ESP) et aux communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS). [Internet]. [cité 1 mars 2023]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf/circ?id=41637>
  9. Légifrance - Publications officielles - Journal officiel - JORF n° 0196 du 24/08/2019 [Internet]. [cité 1 mars 2023]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf?id=81jwNZoh5UPXopy\\_5JLrntoSRuA\\_dkFvSJtWKJebKU24=](https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf?id=81jwNZoh5UPXopy_5JLrntoSRuA_dkFvSJtWKJebKU24=)
  10. Rémunération des CPTS [Internet]. [cité 1 mars 2023]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/rhone/exercice-coordonne/exercice-professionnel/remunerations-forfaitaires-organisations-exercice-coordonne/remuneration-cpts>
  11. Larousse É. Définitions : coordination - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 20 mars 2023]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/coordination/19067>
  12. HCSP. Virage ambulatoire : pour un développement sécurisé [Internet]. Rapport de l'HCSP. Paris: Haut Conseil de la Santé Publique; 2021 juin [cité 1 déc 2021]. Disponible sur: <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=1078>
  13. DGOS\_Michel.C, DGOS\_Michel.C. Ministère de la Santé et de la Prévention. 2023 [cité 12 oct 2023]. Coordinateur(trice) de parcours en santé. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/metiers-et-concours/les-metiers-de-la-sante/le-repertoire-des-metiers-de-la-sante-et-de-l-autonomie-fonction-publique/soins/sousfamille/coordination-en-sante/metier/coordinateur-trice-de-parcours-en-sante>

14. Bartoli A, Sebai J. L'expérience des maisons de santé pluriprofessionnelles face aux enjeux de coordination territoriale. *Management & Prospective*. 2015;32(6):17-37.
15. PACTE Soins primaires : Coordinateur de regroupements pluri-professionnels de soins primaires - Mention MSP-CDS | EHESP [Internet]. [cité 12 oct 2023]. Disponible sur: <https://formation-continue.ehesp.fr/formation/pacte-soins-primaires-coordonateur-de-regroupements-pluri-professionnels-de-soins/>
16. Dossier complet – Intercommunalité-Métropole de CA de l'Ouest Rhodanien (200040566) | Insee [Internet]. [cité 11 oct 2023]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=EPCI-200040566>
17. Accès aux soins : création de la Communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) de l'Ouest Rhodanien [Internet]. 2022 [cité 12 oct 2023]. Disponible sur: <https://assurance-maladie.ameli.fr/presse/acces-aux-soins-creation-de-la-communaute-professionnelle-territoriale-de-sante-cpts-de-l-ouest-rhodanien>
18. [ GUIDE ] Le zonage de médecine générale [Internet]. 2022 [cité 24 oct 2023]. Disponible sur: <https://www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr/guide-le-zonage-de-medecine-generale>
19. REZONE CPTS [Internet]. [cité 12 oct 2023]. Disponible sur: <http://rezone.ameli.fr/rezone/cartoCpts.html>
20. Caducee.net [Internet]. [cité 24 oct 2023]. Burnout, Hyperstress, Pénibilité : les chiffres alarmants de la souffrance au travail des soignants libéraux. Disponible sur: <https://www.caducee.net/actualite-medicale/15357/burnout-hyperstress-penibilite-les-chiffres-alarmants-de-la-souffrance-au-travail-des-soignants-liberaux.html>
21. Paillé P. Chapitre 3. L'analyse par théorisation ancrée [Internet]. Les méthodes qualitatives en psychologie et sciences humaines de la santé. Dunod; 2017. 61 p. Disponible sur: <https://docelec.univ-lyon1.fr/login?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=edscrn&AN=edscrn.DUNOD.SANTI.2017.01.0061&lang=fr&site=eds-live&scope=site>

22. Stern P, Schoettl JM. Outil 8. La technique du focus groupe. In: La boîte à outils du consultant [Internet]. Paris: Dunod; 2019. p. 36-7. (BàO La Boîte à Outils; vol. 2e éd.). Disponible sur: <https://www.cairn.info/la-boite-a-outils-du-consultant--9782100798988-p-36.htm>
23. Tétreault S. Focus groupe [Internet]. Guide pratique de recherche en réadaptation. De Boeck Supérieur; 2014. 327 p. Disponible sur: <https://docelec.univ-lyon1.fr/login?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=edscrn&AN=edscrn.DBU.GUILL.2014.01.0327&lang=fr&site=eds-live&scope=site>
24. Mays N, Pope C. Rigor and qualitative research. *BMJ (Clinical research ed)*. 1 août 1995;311:109-12.
25. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz AM, Imbert P, Letrilliart L. Introduction à la recherche qualitative. *Exercer*. 2008;84(19):142-5
26. KOHN Laurence, CHRISTIAENS Wendy, « Les méthodes de recherches qualitatives dans la recherche en soins de santé : apports et croyances », *Reflets et perspectives de la vie économique*, 2014/4 (Tome LIII), p. 67-82. DOI : 10.3917/rpve.534.0067. URL : <https://www.cairn.info/revue-reflets-et-perspectives-de-la-vie-economique-2014-4-page-67.htm>
27. MOREAU A., DEDIANNE M.C., LETRILLIART L. et al. S'approprier la méthode du focus group. *La revue du praticien en médecine générale*. 2004 mars 15;tome 18(645):382-4.
28. Lebeau JP, Aubin-Auger I, Cadwallader JS et al. Les approches et les postures. Dans : *Initiation à la recherche qualitative en santé*. Saint Cloud, France : co-édition global média santé et CNGE productions ; 2021. P. 50 – 60
29. Investigation en santé publique : méthodes qualitatives - Principes et outils - Echantillonnage en recherche qualitative [Internet]. [cité 18 sept 2023]. Disponible sur: [https://fad.univ-lorraine.fr/pluginfile.php/23858/mod\\_resource/content/1/co/Echantil\\_qualit.html](https://fad.univ-lorraine.fr/pluginfile.php/23858/mod_resource/content/1/co/Echantil_qualit.html)

30. Le coordinateur de santé : quelles sont ses missions ? [Internet]. Fédération des structures d'exercice coordonné en Hauts-de-France. [cité 21 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.femas-hdf.fr/coordonateur-de-sante/>
31. APMSL. L'Inspir'Café - Portrait de coordinateur : Estelle Parrot, au Pôle Bercé Santé (72) | APMSL - Association pour le développement de l'exercice coordonné pluriprofessionnel en Pays de la Loire [Internet]. [cité 7 nov 2023]. Disponible sur: <https://www.apmsl.fr/boite-outils/linspircafe-portrait-de-coordonateur-estelle-parrot-au-pole-berce-sante-72>
32. Recueil de données en recherche qualitative - LEPCAM [Internet]. [cité 7 nov 2023]. Disponible sur: [https://lepcam.fr/index.php/les-etapes/protocole\\_quali/#zp-ID-1266-1093634-M3FBI5CK](https://lepcam.fr/index.php/les-etapes/protocole_quali/#zp-ID-1266-1093634-M3FBI5CK)
33. Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. Kinésithérapie, la Revue. 1 janv 2015;15(157):50-4.
34. Toutes les thèses > Bouin Jeanne [Internet]. [cité 5 déc 2023]. Disponible sur: [https://syntheses.univ-rennes1.fr/search-theses/thematic-search.html?menuKey=theses&submenuKey=authors&id=bouin\\_jeanne](https://syntheses.univ-rennes1.fr/search-theses/thematic-search.html?menuKey=theses&submenuKey=authors&id=bouin_jeanne)
35. Ferru M, Omer J. Les communautés professionnelles territoriales de santé : une relecture du dispositif en termes de proximités. Innovations. 2021;65(2):21-48.
36. Gilbert M. Les freins et les leviers à l'adhésion des médecins généralistes aux Communautés Professionnelles Territoriales de Santé : étude de la CPTS du Comtat Venaissin (Vaucluse). 6 avr 2021;66.
37. Audebert J. Favoriser l'accès aux soins grâce aux CPTS : l'exemple de la CPTS Drac Rive Gauche. 26 avr 2023;176.
38. Offres d'emploi – CPTS [Internet]. [cité 5 déc 2023]. Disponible sur: <https://www.cpts-na.org/offres-emploi/>

39. HCSP. Stratégie nationale de santé : contribution du Haut Conseil de la santé publique (2023) [Internet]. Rapport de l'HCSP. Paris: Haut Conseil de la Santé Publique; 2023 mars [cité 5 déc 2023]. Disponible sur: <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=1280>
40. Rouzé A. Coordinateur de CPTS : quels rôles lui confier ? [Internet]. Entr'Actes. 2021 [cité 5 déc 2023]. Disponible sur: <https://www.entractes.fr/coordonateur-cpts-roles/>

## ANNEXES

---

### Annexe A – Évolution du guide d'entretien

#### Guide d'entretien – V1

- Tour de table : présentation, nom, métier, âge, lieu d'exercice
  - Question brise-glace :
  
  - TRAME DE QUESTIONS
- I. Pour vous, qu'est-ce qu'un coordinateur de soins ?
    - i. Relance : Donner la définition ?
  
  - II. Selon vous, que pourraient être les avantages de la mise en place d'un coordinateur de soins au sein de la CPTS, dans votre pratique quotidienne ?
  
  - III. Quels seraient les meilleurs moyens de communications pour centraliser les informations et pour interagir entre les différents acteurs ? (**Mon Sisra**)
    - i. Relance : Évoquer le secret médical ?
  
  - IV. En quoi, selon vous, un coordinateur pourrait permettre une amélioration de la prise en charge des patients du territoire ?
  
  - V. Seriez-vous prêts à assister à des réunions pour la bonne mise en place du poste de coordinateur de soins et par la suite pour son amélioration ? A quelle fréquence ?
  
  - VI. Quelles seraient les limites éventuelles selon vous quant à la mise en place de ce poste (financière, hiérarchique, logistique) ?
  
  - VII. Quels seraient les prérequis pour la personne engagée (parcours professionnel ; formations ; compétences) ?
  
  - VIII. Apport du focus groupe ?

## **Guide d'entretien – V2**

### ***Modifications en rouge***

- Tour de table : présentation, nom, métier, âge, lieu d'exercice
  - Question brise-glace : Selon le groupe et selon l'animateur
  
  - TRAME DE QUESTIONS
- I. Pour vous, qu'est-ce qu'un coordinateur de soins ?
    - i. Relance : Donner la définition ?
  
  - II. Selon vous, que pourraient être les avantages de la mise en place d'un coordinateur de soins au sein de la CPTS, dans votre pratique quotidienne ?
    - i. Relance : quelles sont vos attentes ?***
  
  - III. Quelles seraient les limites éventuelles selon vous quant à la mise en place de ce poste (financière, hiérarchique, logistique) ?***
  
  - IV. En quoi, selon vous, un coordinateur pourrait permettre une amélioration de la prise en charge des patients du territoire ?
  
  - V. Quels seraient les meilleurs moyens de communications pour centraliser les informations et pour interagir entre les différents acteurs ? (Mon Sisra)***
    - i. Relance : Évoquer le secret médical ?***
  
  - VI. Quels seraient les prérequis pour la personne engagée (parcours professionnel ; formations ; compétences) ?
  
  - VII. Seriez-vous prêts à assister à des réunions pour la bonne mise en place du poste de coordinateur de soins et par la suite pour son amélioration ? A quelle fréquence ?***
  
  - VIII. Apport du focus groupe ? (Facultative)***



## **Annexe B – Mail de recrutement**

Madame, Monsieur, Docteur

Je me permets de vous contacter pour solliciter votre participation quant à mes travaux de thèse. Je suis actuellement en 2<sup>ème</sup> année de DES de médecine générale au sein de la faculté de médecine de Lyon-Est. Je suis également originaire de Tarare et l'ensemble de ma famille habite dans la région.

Mon directeur de thèse est le Dr Francis VAILLANT avec qui je collabore pour ces travaux, qui est également au bureau de la CPTS de l'ouest rhodanien. Après m'être entretenu avec lui ainsi qu'avec le Dr Sébastien REYNARD, président de la CPTS, il apparaît que la **mise en place d'un poste de coordinateur de soins** est un projet phare de la CPTS qui est en train d'être mis en place.

Le rôle de cette personne sera de faire le lien entre les professionnels du territoire, libéraux ou hospitaliers afin de coordonner au mieux les prises en charge entre tous.

Mon travail de thèse consiste à vous interroger quant à la mise en place de ce nouveau poste à travers une trame de questions qui servira de support aux discussions entre vous concernant les éventuels apports pour la CPTS et comment celle-ci pourra l'accueillir au mieux dans son fonctionnement ainsi que les limites à son accueil. L'objectif serait de préparer l'arrivée de ce nouveau poste au sein de l'organisation de la CPTS, personne avec qui vous serez appelé à être en contact dans votre pratique.

A travers cette thèse, j'espère pouvoir aider le territoire et les professionnels de celui-ci. De plus cette thèse s'inscrit dans un schéma de stages durant mon internat qui balaye une bonne partie du territoire pour essayer de connaître au mieux les particularités de celui-ci. Au final, ces travaux de thèse se pose dans le sens de ma possible installation sur le territoire à la fin de mes études.

Ainsi, je vous sollicite pour participer à un entretien collectif au cours duquel je serais présent avec le Dr VAILLANT. L'intégralité de l'entretien sera enregistrée sur un enregistrement audio pour l'analyse a posteriori des résultats.

Cet entretien se tiendra entre septembre et novembre afin de ne pas empiéter sur les vacances estivales.

Si vous désirez obtenir d'autres informations concernant ces travaux ou que vous avez des questions ; N'hésitez pas à me contacter par mail : [theo.bertholon@etu.univ-lyon1.fr](mailto:theo.bertholon@etu.univ-lyon1.fr) ou par téléphone : xxxxxxxxxx.

A l'issue de l'étude, si vous le désirez, les résultats obtenus vous seront communiqués.

**Pourriez-vous répondre à ce mail pour m'indiquer votre intérêt quant à votre éventuelle participation à ces travaux de thèse afin que je puisse vous communiquer la date, le lieu et l'horaire de l'entretien.**

Merci d'avance pour votre réponse.

Bien confraternellement

BERTHOLON Théo,  
Étudiant en 2<sup>ème</sup> année de DES de médecine générale au sein de la faculté de Médecin Lyon-  
Est

*Votre éventuelle participation à cette étude est entièrement volontaire et vous serez invité(e) à signer au préalable un formulaire de consentement. Votre signature attestera que vous avez accepté de participer.*

*Dans le cadre de la recherche biomédicale à laquelle je vous propose de participer en collaboration avec le Dr Francis VAILLANT, vos données personnelles feront l'objet d'un traitement, afin de pouvoir les inclure dans l'analyse des résultats de la recherche. Ces données seront anonymes et leur identification codée. Toutes les personnes impliquées dans cette étude sont assujetties au secret professionnel.*

*Selon la loi, vous pouvez avoir accès à vos données et les modifier à tout moment. Vous pouvez également vous opposer à la transmission de données couvertes par le secret professionnel.*

*Si vous acceptez de participer à cette étude, je vous demanderai de remplir le formulaire de consentement avant votre participation à l'entretien.*

## **Annexe C : Document d'information et de consentement**

### **Note d'information**

Coordinateur de recherche : Dr VAILLANT Francis

Investigateur : BERTHOLON Théo

Madame, Monsieur, Docteur

Vous êtes invité(e) à participer à une étude menée par le département universitaire de médecine générale de la faculté de médecine Lyon-Est au sein de l'université Claude Bernard, Lyon 1. Si vous décidez d'y participer, vous serez invité(e) à signer au préalable un formulaire de consentement. Votre signature attestera que vous avez accepté d'y participer. Vous conserverez une copie de ce formulaire.

#### 1. Procédure de l'étude.

Vous vous entretenez avec plusieurs membres de l'équipe de recherche au cours d'un entretien collectif. Celui-ci vise à mieux comprendre les besoins d'un territoire de santé à travers les attentes, les questionnements, les éventuelles difficultés de mise en place quant à la création d'un poste de coordinateur de soins en interrogeant directement les acteurs de ce territoire pour partir des besoins du terrain afin que ce nouveau poste puisse s'intégrer au mieux dans l'organisation existante.

Cette étude fait l'objet d'une déclaration à la Commission nationale informatique et libertés n° 2227840

#### 2. Risque potentiel de l'étude

L'étude ne présente aucun risque : aucun geste technique n'est pratiqué, aucune procédure diagnostique ou thérapeutique n'est mise en œuvre. Vous pouvez mettre fin à l'entretien à tout moment.

#### 3. Bénéfice potentiel de l'étude

La finalité est de préciser les futures missions et rôles de ce coordinateur de soins en fonction des attentes des professionnels du territoire pour faciliter son installation au sein de celui-ci et en tirer au maximum les bénéfices.

#### 4. Participation à l'étude

Votre participation à cette étude est entièrement volontaire.

#### 5. Rémunérations et indemnisations

Aucun type de rémunération ou indemnisations de déplacements ou autre n'est prévu

#### 6. Informations complémentaires

Vous pouvez obtenir toutes les informations que vous jugerez utiles soit auprès des chercheurs avec qui vous serez en contact, soit auprès de l'investigateur principal : BERTHOLON Théo par courriel : [theo.bertholon@etu.univ-lyon1.fr](mailto:theo.bertholon@etu.univ-lyon1.fr) ou par téléphone [XXXXXXX](tel:XXXXXXX)

A l'issue de l'étude, si vous le désirez, les résultats obtenus vous seront communiqués.

#### 7. Confidentialité et utilisation des données médicales ou personnelles

Dans le cadre de la recherche biomédicale à laquelle le CUMG et l'investigateur BERTHOLON Théo, interne en médecine générale, vous proposent de participer. Vos données personnelles feront l'objet d'un traitement, afin de pouvoir les inclure dans l'analyse des résultats de la recherche. Ces données seront anonymes et leur identification codée. Toutes les personnes impliquées dans cette étude sont assujetties au secret professionnel. Selon la loi, vous pouvez avoir accès à vos données et les modifier à tout moment. Vous pouvez également vous opposer à la transmission de données et les modifier à tout moment. Vous pouvez également vous opposer à la transmission de données couvertes par le secret professionnel.

Si vous acceptez de participer à cette étude, merci de compléter et signer le formulaire de consentement page suivante.

### **LETRE DE CONSENTEMENT**

J'ai été sollicité(e) pour participer au projet de recherche en santé :

J'ai eu suffisamment de temps pour réfléchir à ma participation à cette étude. J'ai été prévenu(e) que ma participation à l'étude se fait sur la base du volontariat et ne comporte pas de risque particulier.

Je peux décider de me retirer de l'étude à tout moment, sans donner de justification et sans que cela n'entraîne de conséquence. Si je décide de me retirer de l'étude, j'en informerai immédiatement les investigateurs.

J'ai été informé(e) que les données colligées durant l'étude resteront confidentielles et seront seulement accessibles à l'équipe de recherche.

J'accepte que mes données personnelles soient numérisées dans le strict cadre de la loi informatique et liberté.

J'ai été informé(e) de mon droit d'accès à mes données personnelles et à la modification de celles-ci.

Mon consentement n'exonère pas les organisateurs de leurs responsabilités légales. Je conserve tous les droits qui me sont garantis par la loi.

Nom-Prénom :

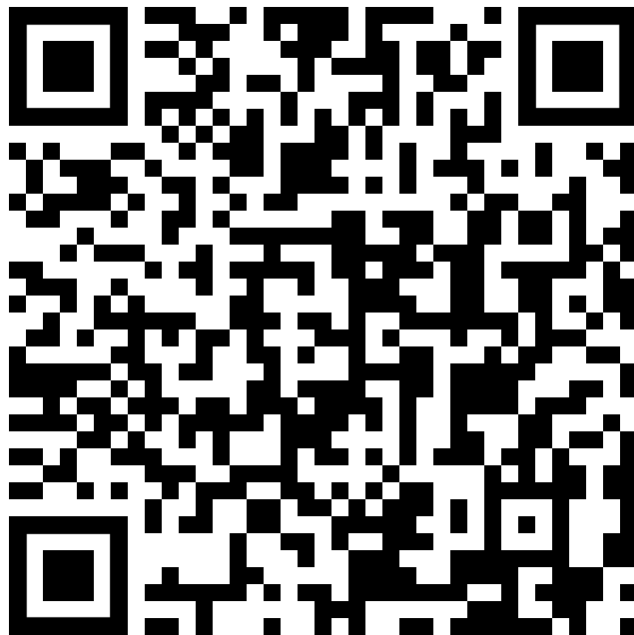
Lieu et Date :

Signature

**Annexe D – QR code pour accès au VERBATIM complet**



**Annexe E – QR code pour accès à la *Mind Map***



## **Annexe F : Modèle personnalisé : Fiche de poste Coordinatrice(eur) de soins**

|                                       |                             |
|---------------------------------------|-----------------------------|
| Intitulé du poste                     | Coordinatrice(eur) de soins |
| Structure de rattachement             | CPTS de l'Ouest Rhodanien   |
| Niveau hiérarchique                   | Exécutant                   |
| Statut du titulaire (type de contrat) | Salarié                     |
| Identité du supérieur hiérarchique    | A définir                   |
| Diplôme requis                        | A définir                   |

| DESCRIPTION DU POSTE                  |  |
|---------------------------------------|--|
| <b>Localisation géographique</b>      | A définir (Télétravail + déplacements sur le territoire)   |
| <b>Salaires</b>                       | A définir  |
| <b>Amplitude horaire</b>              | 1 ETP à répartir sur deux candidats soit 17,5h/semaine   |
| <b>Relations internes et externes</b> | Les candidats seront appelés à collaborer étroitement avec les professionnels du territoire via une messagerie sécurisée et des appels téléphoniques.<br>Les candidats pourront être appelés à échanger avec des organisations de santé et social ou des patients du territoire. |

| MISSIONS ET ACTIVITES                              |   |   |
|--|---|---|
| <b>Centralisation des informations</b>             | Recueil des informations de différentes sources   | Centraliser les informations patients pour éviter des pertes                                      |
|  | Identification de l'ensemble de l'équipe de soins                                       | Création et mise à jour d'un annuaire   |
| <b>Pivot organisationnel du territoire</b>         | Permettre d'articuler les actions des professionnels entre eux                          | Faciliter les communications entre les différents professionnels                                  |
|  | Initiation de projets de soins  | Assurer l'initiation d'un plan de soins à la suite d'une demande d'un professionnel du territoire |
| <b>Activité d'animation de l'équipe de soins</b>   | Organisation de rencontres physiques (Professionnels ou non)                            | Être moteur de l'amélioration de la cohésion globale de l'équipe de soins                         |
| <b>Gestion du lien ville-hôpital</b>               | Incarner un interlocuteur unique dans les communications entre libéraux et hospitaliers | Favoriser les communications en les facilitants   |
| <b>Rôle de représentation de l'équipe de soins</b> | Être le porte-parole de l'équipe de soins pour communiquer les décisions                | Expliciter les décisions de l'équipe de soins envers les familles et patients                     |
| <b>Rôle de prévention</b>                          | Assurer une continuité du suivi des patients pris en charge                             | Assurer une veille sanitaire/sociale pour prévenir les « rechutes »                               |

| <b>PROFIL DU POSTE</b>                   |  |  |
|--|--|--|
| <b>Profils professionnels recherchés</b> | Profil issu du soin pour un candidat                                       | Profil infirmier ou médecin  |
|  | Profil issu du milieu social pour un candidat                              | Profil d'assistante sociale  |
|  | Avoir plusieurs années d'expérience  | Apporter une crédibilité à ce nouveau poste dans l'organisation actuelle |
| <b>Qualités intrinsèques recherchées</b> | Polyvalence / Volontaire / Bon communicant / Capacité d'animation d'équipe |  |
| <b>Compétences globales recherchées</b>  | Avoir une bonne connaissance antérieure du territoire et de ses acteurs    | Pour faciliter son intégration au sein de l'organisation actuelle        |
|  | Être titulaire du permis B   | Nécessité de déplacement dans le territoire                              |
|  | Avoir une expérience libérale et hospitalière                              | Appréhender les différences d'organisation                               |



Nom, prénom du candidat : BERTHOLON Théo

## CONCLUSIONS

La médecine et plus globalement le soin est un domaine qui évolue. A l'image de la société, le soin se doit de s'adapter à des nouvelles contraintes par une nouvelle organisation.

Depuis une dizaine d'années, on observe une réorganisation du soin avec une volonté de développer un maillage libéral afin de tendre vers une meilleure efficacité et une rationalisation du soin pour répondre à des problématiques de santé publique. Au sein de cette nouvelle organisation émane le rôle de coordinatrice(eur) de soins qui est appelé à se démocratiser de plus en plus dans les différentes CPTS du territoire national.

Cette étude a interrogé 19 professionnels du territoire de l'Ouest Rhodanien pour définir les déterminants d'accueil de ce nouveau poste au sein de leur organisation actuelle. Cette étude a été réalisée sous la forme de trois *focus groups*.

Cette notion de coordinatrice(eur) de soins n'était pas bien connue par tous et cette étude a permis de faire connaître ce nouveau rôle avec comme objectif que les professionnels puissent l'investir dans leur pratique quotidienne. La majorité des professionnels ont exprimé un avis favorable à sa mise en place et ont envisagé les potentiels bénéfiques qu'il pourrait apporter au sein de l'organisation actuelle des soins du territoire mais sous certaines conditions.

D'un point de vue organisationnel, la nécessité d'engager plusieurs personnes sur ce poste pour apporter des profils de connaissances et de compétences différents et complémentaires est apparu. Selon le type de professionnel interrogé, le profil souhaité des candidats diffère afin d'apporter une complémentarité à leur propre domaine d'expertise. D'une manière générale, composer une équipe avec un profil infirmier ou médecin accompagné d'un profil d'assistante sociale pour répondre aux différentes interrogations de chacun est plébiscité. Cette dualité du rôle facilitera d'une part une répartition des tâches de manière géographique et d'autre part une continuité d'accès au service pour les professionnels.





Le poste devra adapter ses canaux de communication en fonction de l'interlocuteur. Il aura une fonction de pivot organisationnel pour les acteurs du territoire. Cette position au sein de l'organisation a pour objectif de centraliser les informations et faciliter les échanges et la communication sur l'ensemble du territoire. Ces missions répondent à des attentes de cohésion, de renforcement des liens entre les professionnels libéraux et hospitaliers qui s'accordent à dire qu'il existe un manque d'identification entre eux et aimeraient une meilleure cohésion sur le territoire, à travers, par exemple, de rencontres physiques.

Les professionnels interrogés ont évoqué des candidats volontaires, polyvalents et bon communicants pour occuper ce rôle. Ils imaginent ce rôle comme un soutien direct qu'ils pourraient solliciter pour une aide humaine ou technique afin de dégager du temps pour le soin. Le rôle sera également appelé à avoir une activité de représentation des équipes de soins auprès des patients et plus généralement auprès des interlocuteurs extérieurs aux équipes.

Cependant, les professionnels sont conscients des difficultés attendues pour le poste de par le volume de travail important comparé au probable manque de temps de travail devant le choix de ne commencer qu'avec un seul équivalent temps plein pour l'instauration initiale de ce rôle. En réponse à ces appréhensions, il a été avancé comme solution, la nécessité de poser des conditions d'accès aux services du coordinatrice(eur) pour ne pas être contre-productif. De même, il sera nécessaire d'évaluer les champs d'actions des organismes déjà présents sur le territoire pour éviter des redondances d'actions.

En ce qui concerne le profil attendu, les professionnels interrogés se sont accordés sur le fait qu'ils aimeraient des personnes avec plusieurs années d'expériences, idéalement dans l'hospitalier et le libéral. De plus, les candidats devront avoir une bonne connaissance du territoire et de ses acteurs pour faciliter les communications et asseoir une crédibilité au rôle.

Dans l'ensemble, les professionnels s'attendent que le rôle s'intègre dans l'organisation actuelle afin de renforcer la cohésion de l'ensemble du territoire. Ils aimeraient pouvoir interagir avec des personnes impliquées, aptes à les aider. Ils s'attendent à ce que ce rôle puisse améliorer les communications entre tous, et entre le libéral et l'hospitalier dans un but d'efficacité des soins. La finalité serait une amélioration des conditions de travail et une amélioration de l'offre de soins du territoire.



Un objectif à plus long terme serait de pouvoir augmenter l'attractivité du territoire pour attirer de nouveaux professionnels de santé pour pallier au statut de désert de soins actuel qui limite les actions d'amélioration d'offre de soins.

Ce rôle évolutif est appelé à se modifier avec les retours des professionnels suite à sa mise en place. De nombreux professionnels sont d'accord pour participer à des réunions de travail pour parler de la question. Les coordinatrices(teurs) seront également appelées à participer pour partager leurs ressentis et être acteur de l'évolution de leur rôle.

**Le Président de la thèse,**  
Pr ERPELDINGER Sylvie  
Cachet et Signature



**Vu :**  
Pour le Président de l'Université,  
Le Doyen de l'UFR de Médecine Lyon Est

**Professeur Gilles RODE**  
Vu et permis d'imprimer  
Lyon, le 11 JAN. 2024

---

**BERTHOLON Théo**

***QUELS SONT LES DETERMINANTS D'ACCEUIL D'UN(E) COORDINATRICE(EUR)  
DE SOINS AU SEIN DE LA CPTS DE L'OUEST RHODANIEN ?***

---

**RESUME :**

**INTRODUCTION** : On observe depuis plusieurs années une réorganisation du soin libéral dans un but de coordination pour tendre vers une rationalisation du soin et une augmentation de l'efficacité. Le poste de coordinateur de soin s'inscrit dans cette évolution et doit répondre à des problématiques et des attentes territoriales. Ce travail s'intéresse à la mise en place d'un coordinateur de soins dans la CPTS de l'Ouest Rhodanien et de quelle manière il pourra s'intégrer au mieux dans l'organisation actuelle.

**METHODE** : Étude qualitative par réalisation de trois focus groups entre octobre 2022 et avril 2023 auprès de professionnels de santé exerçant sur le territoire de l'Ouest Rhodanien

**RESULTATS** : L'étude a révélé une multitude de pistes afin d'intégrer au mieux ce nouveau poste dans l'organisation actuelle de la CPTS de l'Ouest Rhodanien. Les missions qui lui seront confiées s'intégreront essentiellement dans un rôle de pivot organisationnel afin de fluidifier les communications entre les différents professionnels. Les professionnels ont formulé l'idée que le poste soit occupé par deux personnes avec des profils différents (IDE ou médecin et assistante sociale) pour permettre d'être des personnes ressources pour les professionnels du territoire. Il a été avancé un profil type de candidat pour ce poste avec des qualités intrinsèques ainsi qu'une expérience professionnelle préalable. Les professionnels sont également conscients des difficultés attendues pour ce rôle et la nécessité de cibler les missions qui lui seront confiées.

**CONCLUSION** : Ce rôle de coordinateur de soins est plutôt attendu de la part des professionnels qui s'attendent à ce qu'il incarne une personne ressource dans leur pratique. Les professionnels espèrent qu'il pourra contribuer à une amélioration des communications entre eux et favoriser une cohésion territoriale pour rendre le territoire plus attractif.

---

**MOTS CLES** : Coordination / Santé publique / CPTS / Médecine générale /

---

**JURY :**

**Président** : Madame le Professeur ERPELDINGER Sylvie  
**Membres** : Monsieur le Professeur FARGE Thierry  
Monsieur le Professeur PIGACHE Christophe  
Monsieur le Docteur VAILLANT Francis

---

**DATE DE SOUTENANCE** : Le mardi 06 février 2024

---

**ADRESSE EMAIL** : [bertholon.theo@gmail.com](mailto:bertholon.theo@gmail.com)