



EHESP

Directeur des Soins

Promotion : **2015**

Date du Jury : **Décembre 2015**

**Prises en Charge à Distance & Technologies
de l'Information et de la Communication :**

**Le Directeur des Soins comme
« Coordinateur d'innovation »**

Sylvie Delecroix

Remerciements

Notre plus profonde reconnaissance et tous nos remerciements...

A Mme Cécile KANITZER, ma tutrice de positionnement, Mme Carine LAMBEAU et M Gérard GARNIER, mes maitres de stage pour leur soutien et leurs conseils avisés qui m'ont permis de cheminer vers ce nouveau métier

A Mme Marie-Aline BLOCH et à M Arnold MAGDELAINE de l'E.H.E.S.P. pour l'acuité de leur regard sur mes interrogations

Aux cadres supérieurs de santé et cadres de santé rencontrés lors de nos stages pour la richesse de nos échanges et leur accueil chaleureux

Aux professionnels interviewés pour leur compliance et leur disponibilité.

A tous les « Charlie », collègues de la promotion avec qui j'ai partagé tant de moments forts en convivialité et en émotions

Et à mon mari, Stéphane pour son soutien indéfectible ; à mes parents pour l'hébergement « quatre étoiles » et à nos garçons, Thomas et Florian, pour notre complicité tout au long de cette année de formation.

Sommaire

<i>L'e-santé : Un enjeu d'avenir au service de la santé publique</i>	1
1 Les Prises En Charge à distance avec les TIC : Des impacts incontournables	7
1.1 La télémédecine : Un dispositif très encadré	7
1.1.1 Des Prises En Charge multiformes.....	7
1.1.2 Un décret de référence récent.....	8
1.1.3 Des financements à pérenniser	9
1.1.4 Des conditions de mise en œuvre bien définies	10
1.2 Une activité innovante support à coordination et coopération	12
1.2.1 Une coordination territoriale inéluctable	12
1.2.2 Un espace de coopération à appréhender.....	14
1.2.3 Le parcours de soins incontournable	15
1.2.4 Une organisation structurée pour les unités de soins	16
1.3 De nouveaux périmètres de compétences à construire	17
1.3.1 L'acquisition de compétences spécifiques.....	17
1.3.2 Des périmètres de responsabilités et des coopérations réinterrogés.....	19
1.4 Un encadrement soignant à mobiliser	22
1.4.1 Un accompagnement aux transformations des pratiques et des usages	22
1.4.2 Un renouvellement des modèles et des rôles des cadres de santé	23
2 Un éclairage proposé par des acteurs impliqués dans la télémédecine.	25
2.1 Une collecte d'informations au plus près des pratiques et des organisations	25
2.1.1 Une démarche qualitative.....	26
2.1.2 Des établissements expérimentés dans ces modes de Prises En Charge..	26
2.1.3 Un panel d'interviewés diversifié et complémentaire	27
2.1.4 Une enquête porteuse de limites	27

2.2	Des contenus riches de sens et de perspectives.....	28
2.2.1	Des thématiques faisant écho auprès des professionnels rencontrés.....	28
2.2.2	Une enquête en miroir avec les contenus théoriques.....	39
2.2.3	Des hypothèses validées.....	39
3	Les Prises En Charge à distance & les TIC : Le Directeur des Soins comme «Coordonnateur d'innovation »	41
3.1	Acculturer les Directeurs des Soins au paradigme des TIC	42
3.2	Inscrire les Prises En Charge à distance dans la stratégie de l'établissement	43
3.2.1	Evaluer la pertinence des Prises En Charge à distance à l'échelle territoriale	43
3.2.2	Envisager une faisabilité réaliste du projet.....	45
3.2.3	Concevoir un « <i>Projet de parcours de soins-qualité</i> » porté par tous	46
3.3	Coordonner l'accompagnement des évolutions induites	47
3.3.1	Piloter le projet dans une approche coopérative	47
3.3.2	Organiser la mise à disposition des compétences nécessaires	48
3.3.3	Faire connaître les évolutions à venir.....	49
3.4	Le Directeur des Soins comme « <i>Champion organisationnel</i> »	50
3.4.1	Etayer la création de nouvelles organisations	50
3.4.2	Favoriser l'intelligence collective par un management adéquat	51
	<i>Le Directeur des Soins : Leader dans la conception des organisations de soins du futur</i>	53
	<i>Bibliographie</i>	57
	<i>Liste des annexes</i>	I

Liste des sigles utilisés

AFDS : Association Française de Directeurs des Soins
ANAP : Agence Nationale d'Appui à la Performance
AP-HP : Assistance Publique – Hôpitaux de Paris
ARS : Agence Régionale de Santé
AS : Aide-Soignante
ASIP Santé : Agence des Systèmes d'Information Partagés de Santé
CDS : Cadre De Santé
CE : Commission Européenne
CH : Centre Hospitalier
CHT : Communauté Hospitalière de Territoire
CME : Commission Médicale d'Etablissement
CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
CPS : Carte de Professionnel de Santé
CSIRMT : Commission de Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques
CSP : Code de la Santé Publique
CSS : Cadre Supérieur de Santé
DG : Directeur Général
DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins
DH : Directeur d'Hôpital
DMS : Durée Moyenne de Séjour
DPI : Dossier Patient Informatisé
DS : Directeur ou Directrice des Soins
DU : Diplôme Universitaire
EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
EPS : Etablissement Public de Santé
EHESP : Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique
FIQCS : Fond d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins
GCS : Groupement de Coopération Sanitaire
GHT : Groupement Hospitalier de Territoire
GPMC : Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences
GRH : Gestion des Ressources Humaines
HAD : Hospitalisation A Domicile
HAS : Haute Autorité de Santé
HPST : Hôpital – Patient – Santé - Territoire

IDE : Infirmier Diplômé d'Etat
MCO : Médecine-Chirurgie-Obstétrique
MOOC : Massive Open Online Course
NMP : Nouveau Management Public
ONDAM : Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie
PCME : Président de la Commission Médicale d'Etablissement
PDCA : Plan-Do-Check-Act
PEC : Prise En Charge
PRADO : PRogramme d'Accompagnement au retour à DOmicile
RCP : Réunion de Concertation Pluridisciplinaire
RPS : Risques Psycho-Sociaux
SIH : Système d'Information Hospitalier
SSR : Soins de Suite et Réadaptation
SWOT: Strengths Weaknesses Opportunities Threats
T2A: Tarification A l' Activité
TIC : Technologies de l'Information et de la Communication
USLD : Unité de Soins de Longue Durée
WBS : Work Breakdown Structure

L'e-santé : Un enjeu d'avenir au service de la santé publique

En Mars 2015, Christian Anastasy, Directeur Général de l'Agence Nationale d'Appui à la Performance (ANAP) française appelait à investir dans les Technologies de l'Information et de la Communication (TIC) plutôt que dans les murs des hôpitaux¹. A première vue, cette injonction peut surprendre. Toutefois, elle s'inscrit dans un contexte où mieux répondre aux attentes des usagers, améliorer la qualité et la sécurité des prises en charge (PEC) tout en assurant l'équilibre financier des hôpitaux publics représente un enjeu majeur pour le système de santé français.

En effet, depuis plusieurs années, les politiques de santé publique tentent de répondre aux multiples enjeux auquel il est exposé.² Les enjeux économiques et épidémiologiques sont pressants puisque, si l'Objectif National de Dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM) augmente de 2,4% entre 2014 et 2015, il peine à répondre aux besoins d'une population dont le profil épidémiologique évolue vers un vieillissement et une chronicisation des pathologies. Ainsi, 50% des dépenses de prestations Assurance Maladie prennent en charge 12,5 millions de patients porteurs de maladies chroniques. Des enjeux écologiques et démocratiques prégnants incitent à considérer l'individu dans son environnement et, donc à construire des réponses territoriales à partir d'un diagnostic dans lequel les usagers demandent à être impliqués et entendus. Enfin, des enjeux technologiques sont visibles dans le quotidien des établissements de santé au travers des changements de formes de prise en charge (chirurgie ambulatoire, robot opératoire). En outre, les évolutions des Prises En Charge (PEC) liées à l'introduction de la technologie numérique à l'hôpital apparaissent comme un enjeu majeur d'aujourd'hui et de demain tant elle modifie les PEC hospitalières et à domicile.

Or, l'e-santé, la m-santé, le marché des objets connectés se développent à une vitesse exponentielle. C'est pourquoi, lors des cinq dernières années, les autorités européennes et nationales, ont encadré et proposé des moyens pour stimuler l'usage des TIC dans le secteur de la santé. Selon la Commission Européenne (CE), l'e-santé se définit comme «*L'application des TIC à l'ensemble des activités en rapport avec la santé* »³. Elle se compose de trois principaux domaines : les systèmes d'information en santé pour améliorer la coordination des soins, notamment grâce au Dossier Patient Informatisé (DPI); la télésanté qui regroupe un ensemble de services et outils numériques visant à améliorer

¹ ANASTASY Christian – interview « *Christian Anastasy (ANAP) appelle à investir plutôt dans les nouvelles technologies que dans les murs des hôpitaux* » - directhopital.com 22.03.2015

² EVIN Claude – cours UE1 « Santé Publique » - Formation Directeur des Soins E.H.E.S.P - 20 Janvier 2015

³ Dossier « *La e-santé en Europe* » - Les dossiers européens, mai-juin 2009, 48 pages.

l'information, l'autonomie et le bien-être des personnes ; la télémédecine en tant que forme de pratique médicale à distance utilisant les TIC. Consciente des enjeux auxquels sont confrontés un certain nombre de systèmes de santé européens et considérant que l'usage des TIC en lien avec la santé pouvait apporter une part de solutions, l'Europe a conçu un *« Plan d'action pour le développement de l'e-santé sur la période 2012-2020 pour préserver un système de santé plus égalitaire et solidaire autour de trois axes : l'éducation thérapeutique, l'efficacité (éviter les déplacements superflus, les redondances d'examen et mieux gérer l'orientation des malades pour éviter le gaspillage), l'innovation et la recherche. »*⁴

La France, quant à elle, figure parmi les premiers états à avoir légiféré dans le domaine particulier de la télémédecine. Ainsi, la loi n°2004-810 du 13 août 2004 (articles 32 et 33) avait donné une première base juridique à la télémédecine en précisant les conditions licites pour l'utilisation de moyens techniques appropriés, le respect de règles de déontologie et le contrôle de l'acte réalisé par un médecin. Suite au rapport de Pierre SIMON et Dominique ACKER⁵, l'article 78 de la Loi n° 2009 - 879 du 21 Juillet 2009 relative à la réforme de l'Hôpital, aux Patients, à la Santé et aux Territoires (dite Loi HPST) lui accorde un véritable statut juridique (article L6316-1 du Code de la Santé Publique ou CSP). La télémédecine y est définie comme une forme de pratique médicale à distance utilisant les TIC. Le Décret n°2010 - 1229 du 19 Octobre 2010 relatif à la télémédecine précise les définitions des actes, leurs conditions de mise en œuvre et leur organisation notamment territoriale.

Puis, en Mars 2013, Marisol Touraine, ministre des affaires sociales et de la santé, a présenté une stratégie nationale de déploiement de l'e-santé basée sur trois objectifs : accompagner les professionnels et les établissements de santé ; renforcer la coordination et la coopération des professionnels dans le cadre du parcours de santé et améliorer les services d'information fournis aux usagers et aux citoyens.⁶ *« Ainsi l'e-santé est devenue un véritable enjeu de santé publique qui vise à améliorer la sécurité, le confort et le bien-être des personnes, à faciliter le maintien à domicile des personnes âgées, l'accès à l'information, l'autonomie et le parcours de soins des patients au sein des territoires de santé »*⁷. Ici, le déploiement de la télémédecine est envisagé comme un outil de décloisonnement du système de soins. Il a pour objectif de faciliter l'accès à un médecin spécialiste pour les professionnels du premier recours comme le secteur médico-social. En conséquence, la télémédecine devient un outil support à l'organisation territoriale des PEC. Elle peut accompagner la structuration de filières de soins dans le cadre de Communautés Hospitalières de Territoire (CHT), de même que les futurs Groupements Hospitaliers de

⁴ Commission Européenne *« Plan européen e-santé 2012-2020 »*, Décembre 2012

⁵ SIMON Pierre, ACKER Dominique, rapport *« La place de la télémédecine dans l'organisation des soins »*, Novembre 2008

⁶ TOURAINE Marisol, *« Stratégie e-santé »*, discours du 28 Mars 2013 – journée Télésanté, Paris.

⁷ CAZELLET Lisette – *« Nouvelles technologies, télémédecine et soins »* - Revue Soins tiré à part – Décembre 2014, page 1

Territoire (GHT) portés par la future Loi de Réforme de notre système de santé (promulgation prévue fin 2015). En ce sens, elle modifie les organisations des PEC vers des PEC à distance dont la mise en œuvre génère des impacts significatifs.

Donc, les bénéfices de la télémédecine sont immédiatement compréhensibles : égal accès aux soins et amélioration des délais de prise en charge, maintien de la qualité du diagnostic par un partage des informations rapide et performant entre professionnels de santé, limitation des complications liées à une prise en charge trop tardive. Elle permet de répondre à la désertification médicale, à l'hyperspécialisation médicale qui demande de plus en plus souvent un avis de second niveau et aux pathologies liées aux modifications épidémiologiques induisant un suivi régulier. De plus, la pratique des actes de télémédecine « Réduit de 50% les transferts vers l'établissement de recours et chez 20% des patients une perte de chance. »⁸

De même, les professionnels y trouvent un intérêt tant au plan fonctionnel que relationnel. « Les échanges et le travail sont beaucoup plus approfondis et cela permet d'économiser le temps de trajet, investi pour la PEC du résident »⁹.

Généralement, les évolutions technologiques sont des facteurs d'attractivité pour le patient et les professionnels.¹⁰ Bien que son implantation soit encore limitée à des initiatives individuelles, les expériences pérennes apportent de la satisfaction aux professionnels impliqués. « C'est quelque chose [la télémédecine] qui marche bien, qui fédère, parce que tout le monde commence à comprendre que la télémédecine, c'est l'avenir de l'hôpital ».¹¹

Toutefois, la télémédecine ne peut se suffire à elle-même « La télémédecine complète la pratique traditionnelle, elle ne la remplace pas ».¹² Elle impose un apprentissage de l'usage des outils numériques par les patients et les professionnels. Elle modifie les organisations structurelles et les pratiques de soins tant dans leurs aspects organisationnels que gestuelles. Par ailleurs, elle nécessite d'avoir accès à des capacités technologiques, représente un coût d'innovation certain. Ainsi, ces organisations, lorsqu'elles sont à l'initiative de l'hôpital, peuvent nécessiter de s'appuyer sur le premier recours. Or, les professionnels libéraux peuvent rencontrer des difficultés à répondre à ces évolutions. « La télémédecine est un très bel outil pour répondre aux défis posés aujourd'hui – demain encore plus – par la démographie médicale en baisse. Mais au-delà, elle provoque une véritable transformation du travail des soignants. Sa pratique quotidienne, loin d'être

⁸ SIMON Pierre, « Ressources humaines et télémédecine » - RHF n° 554 - Sept/Octobre 2013, page 14

⁹ SCHAUMBURG Gérard « Comment connecter l'Hôpital ? » DH magazine, 2^{ème} trimestre 2013 – pages 128 à 129

¹⁰ KELLER Catherine - cours UE3 « Stratégie et projet d'établissement » - Formation Directeur des Soins E.H.E.S.P - 11 Mars 2015

¹¹ DEFOUR Jean-Marie, PICHAN Michel, SAFRANEZ Didier « Coopérer : un choix affirmé » DH magazine, 2^{ème} trimestre 2013 – pages 123 à 125

¹² SIMON Pierre, « La télémédecine peut aider à structurer les GHT et développer l'ambulatoire », APM – 29/04/2015

évidente; est cependant très riche». ¹³ Enfin, la question de la sécurité des données échangées, de la responsabilité des professionnels se pose et demande une attention particulière.

Au cours d'expériences professionnelles comme cadre soignant d'un pôle clinique, nous avons constaté que des professionnels de santé, avec l'aval du corps médical dans le cadre de pratiques innovantes, étaient amenés à entrer en relation de soins avec les patients en dehors d'une situation d'hospitalisation ou de consultations et en dehors des murs de l'hôpital. Ils réalisaient un suivi téléphonique avec les patients suite à une activité d'éducation thérapeutique. Ils pouvaient également évaluer une situation clinique à distance (escarres) par échange de photographies prises par le patient et adressées par messagerie non sécurisée à l'IDE. En conséquence, les paramédicaux pouvaient orienter le patient vers une PEC médicale comme guider cet autre patient dans la progression de ses apprentissages. Toutefois, ces activités n'étaient ni structurées ni tracées, n'avaient aucune valorisation en termes d'activité. La responsabilité de l'IDE n'était pas définie. Le transfert de données n'était pas sécurisé.

Cette situation semble illustrer l'intérêt de ce type d'interaction avec les patients : contact direct avec un soignant déjà connu, évaluation de l'état de santé et avis de professionnels rapide sans déplacement inutile, orientation dans le système de soins « professionnalisé », coordination de la prise en charge en amont (et éventuellement en aval) de la venue du patient, développement de compétences spécifiques pour les paramédicaux, participation au développement de techniques innovantes.

Mais son analyse révèle d'une part le manque de cadre de référence (législatif, financier, organisationnel etc.) pour la réalisation de ces prises en charge à distance, outillées par les TIC et d'autre part pose la question de la compétence, de la responsabilité et de la délégation de tâches entre personnel médical et paramédical.

Ainsi de nombreux aspects semblent en faveur du développement des PEC des patients à distance mobilisant les TIC. Elles semblent se présenter comme une réalité qui s'impose aux professionnels de santé de manière rapide et incontournable.

C'est pourquoi, réfléchir à cette évolution, semble-t-il inéluctable, des PEC à distance, « hors les murs » de l'hôpital, notamment en lien avec le développement des TIC, devient indispensable pour le directeur des soins. En référence notamment aux compétences-métier « *Implication dans la conception, la conduite et le suivi de projets dans les différents champs contribuant au bon fonctionnement de la structure* » et « *Contribution au développement des partenariats et des spécificités pour la continuité de la prise en charge* »

¹³ DEL MAZO Frédéric, JACQUET Jacques, LAFFONT Patrick, « *D'un écran à l'autre, des pratiques renouvelées* » DH magazine, 2^{ème} trimestre 2013 – pages 130 à 131

des usagers»,¹⁴ celui-ci, comme responsable de l'organisation des soins, est partie prenante de l'équipe de direction et de ce fait, est amené à anticiper sur l'évolution des besoins de santé et les modalités à inventer pour y répondre.

Il envisage la stratégie d'amélioration de la qualité et de la sécurité des PEC, accompagne l'adaptation des organisations soignantes pour maintenir le fonctionnement de l'établissement en cohérence avec son environnement. En partenariat avec le Président de la Commission Médicale d'Etablissement (PCME), il conçoit la politique des soins, peut être à l'initiative ou accompagner des projets innovants, porteurs de motivation et de satisfaction au travail pour les agents.

Dans le contexte des prises en charge à distance mobilisant les TIC, cette responsabilité pose les questions suivantes : dans un contexte donné, existe-t-il des spécificités liées à la présence des TIC au sein de ces prises en charge ? Quelles conséquences pour les organisations et pratiques de soins ? Comment manager les professionnels de santé pour leur permettre de s'adapter aux évolutions des modalités de prise en charge ? Comment accompagner l'implantation de ces nouvelles formes de prises en charge ?

Aussi, la question centrale est la suivante :

« En quoi le DS peut-il contribuer au développement des PEC à distance des usagers mobilisant les TIC ? »

Afin d'y répondre, nous émettons les hypothèses de réflexion suivantes :

Le déploiement de ces prises en charge mobilisant la télémédecine :

- Implique le DS dans la réflexion stratégique du projet territorial de santé et dans le développement de la coordination externe avec les établissements partenaires

- Incite le DS à coordonner la mise en œuvre de nouvelles formes d'organisations et de pratiques de soins nécessitant le développement de compétences spécifiques

- Amène le DS à guider l'encadrement soignant pour accompagner les changements induits

Dans un premier temps, nous étudierons les enjeux spécifiques aux PEC à distance mobilisant les TIC (I). Puis, une exploration auprès des professionnels impliqués comme d'experts dans le domaine (II) nous permettra d'envisager des propositions pour la déclinaison stratégique et opérationnelle d'un projet de déploiement de PEC à distance soutenues par les TIC (III).

¹⁴ Référentiel de compétences des directeurs des soins – EHESP – Décembre 2011, mise à jour Décembre 2014

1 Les Prises En Charge à distance avec les TIC : Des impacts incontournables

Par prise en charge à distance, nous retiendrons une action de soins réalisée par des professionnels médicaux et/ou paramédicaux alors que le patient se trouve dans un lieu différent. Le soin peut être technique, relationnel ou éducatif. Il peut consister en un appel téléphonique, une consultation médicale à distance, une lecture d'un objet connecté ou un suivi à distance d'un reporting d'informations de l'état de santé du patient dans un contexte de maladie chronique. Celles-ci s'appuient sur différents outils, notamment identifiés dans le cadre de la télémédecine telle que définie par la réglementation¹⁵.

1.1 La télémédecine : Un dispositif très encadré

Au regard de l'hétérogénéité des activités de télémédecine et des enjeux de développement, la France s'est doté d'une législation afin de sécuriser les prises en charge.

1.1.1 Des Prises En Charge multiformes¹⁶

Dans le but d'aider à l'élaboration de programmes régionaux de télémédecine par les référents des Agences Régionales de Santé (ARS), la DGOS a réalisé un recensement national des activités de télémédecine fin 2011. 256 activités de télémédecine ont été dénombrées. Quasi la moitié prend en charge des patients, de façon opérationnelle (113) ou encore expérimentale (27). 75% des activités s'inscrivent dans les 5 priorités nationales. Les 3 priorités nationales les plus représentées sont : la prise en charge des maladies chroniques (26%), l'imagerie dans le cadre de la permanence des soins (24%) et la prise en charge de l'accident vasculaire cérébral (AVC) (10%). Pour les 2 autres priorités, la santé des personnes détenues et les soins en structure médico-sociale ou en hospitalisation à domicile (HAD) représentent respectivement 5% et 11% des activités. Parmi les 66 activités relevant de la prise en charge des maladies chroniques, l'insuffisance rénale (26%), la cardiologie (21%), le cancer (16%) et le diabète (8%) sont les spécialités les plus concernées.

Les 101 projets actuellement en conception sont davantage orientés vers une stratégie de déploiement régional que les projets déjà opérationnels. Ainsi, 51% des activités

¹⁵ Décret n°2010 - 1229 du 19 Octobre 2010 relatif à la télémédecine

¹⁶ <http://www.sante.gouv.fr/telemedecine>

opérationnelles ont un périmètre assez localisé, limité à quelques professionnels de santé ou structures, sans portage institutionnel et organisationnel fort. Pour autant, 39% d'entre elles ont une stratégie d'extension. Les projets en conception s'inscrivent d'emblée dans une dimension régionale : 16% d'entre eux seulement ont un périmètre strictement local.

Les activités de télémédecine reposent essentiellement sur les moyens des établissements de santé : 57% des projets sont exclusivement hospitaliers et 85% concernent au moins un établissement de santé. Parmi ceux-ci, le secteur public est prépondérant (83%).

Pour cette étude, nous retiendrons les formes de télémédecine intéressant les pratiques paramédicales, à savoir les téléconsultations. En effet, les trois quart des actes de télémédecine concernent notamment les téléconsultations qui sont majoritairement réalisées en établissements publics auprès de patients atteints de maladies chroniques¹⁷. Elle est réalisée par un médecin à distance avec une solution de visioconférence. La consultation est initiée par un autre médecin et/ou une IDE qui informent le patient et recueillent son accord préalable. L'IDE prépare et accompagne ce dernier lors de la consultation et assiste le médecin en utilisant éventuellement d'autres appareils connectés.¹⁸ Compte-tenu de notre future affectation, nous nous centrerons sur un dispositif déployé entre deux établissements publics de santé (sanitaire ou médico-social).

1.1.2 Un décret de référence récent

En France, Le décret n°2010-1229 du 19 Octobre 2010 fixe l'organisation et les conditions de mise en œuvre. La télémédecine y est définie comme « *Une forme de pratique médicale à distance utilisant les TIC. Elle met en rapport, entre eux ou avec un patient, un ou plusieurs professionnels de santé, parmi lesquels figure nécessairement un professionnel médical et, le cas échéant, d'autres professionnels apportant leurs soins au patient. Elle permet d'établir un diagnostic, d'assurer, pour un patient à risque, un suivi à visée préventive ou un suivi post-thérapeutique, de requérir un avis spécialisé, de préparer une décision thérapeutique, de prescrire des produits, de prescrire ou réaliser des prestations ou des actes, ou d'effectuer une surveillance de l'état des patients* ». ¹⁹

Il identifie cinq types d'actes de télémédecine, obligatoirement réalisé par un personnel médical avec la participation d'autres professionnels de santé parmi lesquels des IDE : la

¹⁷ CAZELLET Lisette – « *Nouvelles technologies, télémédecine et soins* » - Revue Soins tiré à part – Décembre 2014 page 13

¹⁸ CAZELLET Lisette – « *Nouvelles technologies, télémédecine et soins* » - Revue Soins tiré à part – Décembre 2014 page 13

¹⁹ Décret n°2010 - 1229 du 19 Octobre 2010 relatif à la télémédecine

téléconsultation, la télé-expertise, la télésurveillance médicale, la téléassistance médicale et la régulation médicale, ainsi que les conditions de sa mise en œuvre et son organisation.

Les activités de télémédecine sont soumises à quatre règles incontournables :

- Le respect des droits de la personne : comme tout acte médical, l'acte de télémédecine impose l'information préalable du patient et son consentement au soin. Celui-ci doit être tracé.
- L'identification des auteurs de l'acte : le professionnel de santé doit être authentifié et disposer de l'accès aux données médicales du patient nécessaire à l'acte. Le patient doit être identifié et, lorsque la situation l'impose, bénéficiaire de la formation ou de la préparation nécessaire à l'utilisation du dispositif de télémédecine.
- L'acte de télémédecine doit être rapporté dans le dossier médical (compte-rendu de la réalisation de l'acte, les actes et prescriptions médicamenteuses effectuées, l'identité des professionnels de santé, la date et l'heure de l'acte, le cas échéant, les incidents).
- La prise en charge de l'acte de télémédecine ; l'acte de télémédecine est pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire dès lors qu'il est inscrit sur la liste des actes pris en charge visée à l'article L162-1-7 du Code de Sécurité Sociale.

1.1.3 Des financements à pérenniser

Le financement se déroule en deux phases. Une phase d'investissement initial, à la fois matériel et logiciels. A titre indicatif, le cout estimatif d'acquisition d'un dispositif de télésanté²⁰ (terminaux, logiciels, serveurs de données, interfaces avec l'instrumentation médicale et caméras de visioconférence) pour équiper un établissement (service d'urgences ou centre d'imagerie ou centre de téléconsultations d'un hôpital ou d'une maison de retraite) se situe entre 100 000€ et 200 000€. Il faudra y ajouter les coûts de fonctionnement et de maintenance (coût « homme » et matériel).

L'activité de télémédecine peut être financée selon différentes sources :

- Dans le cadre du financement à l'acte ou par forfait
- Dans le cadre du financement de l'activité des Etablissements Publics de Santé (EPS)
- Dans le cadre de financement sur des fonds spécifiques, d'expérimentations de nouveaux modes de rémunération ou autres

Outre ce mode de financement, l'activité de télémédecine peut bénéficier de financements provenant du FIQCS et de l'ONDAM et de financements particuliers s'inscrivant dans le cadre de l'aide sociale et de l'aide aux personnes âgées. (R6316-11).

²⁰ LASBORDES Pierre – rapport « *La télésanté : un nouvel atout au service de notre bien-être* » - 15 Octobre 2009

C'est ainsi que neuf régions pilote ont été retenues pour expérimenter le recours à une expertise à distance (téléconsultation ou télé-expertise) grâce aux expérimentations financées dans le cadre de l'article 36 de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale de 2014.

Ces sources de financement concernent majoritairement les investissements et très peu de projets bénéficient de financements pérennes pour leur fonctionnement. Ainsi, l'absence de tarification spécifique apparaît comme un frein à son développement : « *Le problème financier va devenir de plus en plus pressant : il n'y a toujours pas eu décision prise sur la valorisation des actes de télé-médecine* ». ²¹ Pour certains, le développement de la télé-médecine doit d'abord passer par la définition d'un modèle économique « gagnant-gagnant » pour éviter que les recettes de certains établissements ne baissent. ²²

1.1.4 Des conditions de mise en œuvre bien définies

Les conditions de mise en œuvre sont décrites au plan territorial et au sein des établissements.

- Une organisation nationale déclinée à l'échelon régional
 - L'activité de télé-médecine doit être définie dans un programme. Les contrats conclus au plan régional doivent respecter les prescriptions des projets régionaux de santé relatifs au développement de la télé-médecine afin de prendre en compte et de s'adapter aux particularités régionales d'organisation des soins.
 - Elle doit tenir compte de l'offre de soins dans le territoire considéré et faire appel à des professionnels de santé exerçant régulièrement, dont les compétences sont reconnues.
 - Une convention encadre les relations entre les organismes et les professionnels de santé qui organisent une activité de télé-médecine. A cette occasion, la formation et la compétence technique des professionnels de santé et des psychologues qui participent à l'acte de télé-médecine doivent être vérifiées.
 - Lorsqu'ils recourent à l'hébergement des données, les actes de télé-médecine doivent respecter les référentiels définis par l'Agence des Systèmes d'Information Partagés de Santé (ASIP Santé) (quatrième alinéa de l'article L111-8 du CSP), c'est-à-dire l'utilisation de la carte de professionnels de santé (CPS) et les référentiels de sécurité et d'interopérabilité définis par l'ASIP Santé.

²¹ DEFOUR Jean-Marie, PICHAN Michel, SAFRANEZ Didier « *Coopérer : un choix affirmé* » DH magazine, 2^{ème} trimestre 2013 – pages 123 à 125

²² SIMON Pierre, « *La télé-médecine peut aider à structurer les GHT et développer l'ambulatoire* », APM – 29/04/2015

Outre le respect de l'agrément prévu par la Loi en cas d'hébergement des données, le consentement exprès du patient est requis mais il peut être dématérialisé.²³

○ Des critères précis à respecter par les EPS

Tout projet de téléconsultation dans un établissement de santé s'inscrit dans un Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) signé avec l'ARS et doit répondre à différents critères pour pouvoir être validé, financé et mis en œuvre :

- Tenir compte du contexte et des spécificités de l'offre de soins : isolement géographique, pénurie de médecins ou de spécialités médicales
- Répondre à des besoins spécifiques de santé de la population : personnes âgées, détenus, nombre de patients atteints de maladies chroniques²⁴
- Garantir les compétences des personnels médicaux chargés d'effectuer les téléconsultations et des autres professionnels chargés de les assister (IDE, etc.) ainsi que des personnels techniques dédiés à la mise en œuvre des dispositifs
- Garantir le respect des règles de sécurité et de confidentialité pour la transmission et l'hébergement des données de santé des patients.

○ Des solutions informatiques performantes

Préalable au déploiement de la télémédecine, une informatisation de tous les sites et établissements d'un territoire concerné par le projet est indispensable. Le médecin et les paramédicaux de l'EPS A accèdent au dossier sécurisé²⁵ du patient de l'EPS B. De plus, une messagerie sécurisée est nécessaire pour les échanges entre médecins et/ou médecins et paramédicaux. A cet effet, un service dédié pour les professionnels de santé proposé par l'ASIP Santé permet l'échange de données du patient en toute sécurité et dans le respect de ses droits (<https://www.mssante.fr>). Enfin, un ordinateur ou une tablette sont à prévoir pour la réception terminale des données. Selon le type de télémédecine réalisée, une station de télémédecine, équipée d'une caméra médicale et de casques audio, est nécessaire pour réaliser l'activité.

Donc, les modalités de réalisation de ces activités de soins répondent à des normes précises. En conséquence, leur déploiement influe sur les organisations intra et extrahospitalières. Elles font appel aux compétences et connaissances de l'équipe de direction d'un EPS comme à celles des équipes médico-soignantes.

²³ Décret n°2010-1229 du 19 Octobre 2010 relatif à la télémédecine

²⁴ DGOS – « *Guide méthodologique pour l'élaboration du programme régional de télémédecine* » - 2012

²⁵ SCHAUMBURG Gérard « *Comment connecter l'Hôpital ?* » DH magazine, 2^{ème} trimestre 2013 – pages 128 à 129

1.2 Une activité innovante support à coordination et coopération

Certains utilisateurs des TIC en santé l'affirment « *Tous ces outils vont permettre de révolutionner nos pratiques et les modes de prises en charge, c'est passionnant et très prometteur* ». ²⁶ Aussi, nous allons envisager les différents aspects de ces évolutions afin d'en comprendre les conséquences pour les hôpitaux.

1.2.1 Une coordination territoriale inéluctable

La dématérialisation de l'offre de soins permet une réorganisation des structures sanitaires selon quatre niveaux distincts : le domicile (soins non programmés), soins primaires (maisons de santé), les soins secondaires (hôpitaux de proximité) et les soins tertiaires (CHU et centres de référence). ²⁷ Basée sur la mise en complémentarité des compétences, la télémédecine vise une meilleure coordination des professionnels de santé au sein de ces quatre niveaux organisationnels et géographiques.

Par coordination des soins, nous nous référerons à la définition reconnue de Donabedian ²⁸ pour qui la coordination des soins est un processus : « *A process by which the elements and relationships of (medical) care during any one sequence of care are fitted together in an overall design* », qu'on peut traduire par « *Processus par lequel les éléments et les relations impliqués dans le soin pendant chacune des séquences de soin sont en cohérence ensemble dans une conception vue de manière globale* ».

Ainsi, déployer une activité de téléconsultation fait référence à trois niveaux de coordination :

- Celui du patient ou de la personne en situation de handicap, avec l'entourage et tous les professionnels en charge des soins et de son accompagnement (niveau micro ou individuel). C'est le niveau opérationnel ou clinique où sont accomplis tous les actes de soin et d'accompagnement des personnes.
- Celui de la structure ou du dispositif de prise en charge (tous les établissements et services sanitaires et médico-sociaux, ainsi que les entités en charge de l'accueil, de l'information, de la coordination, de l'évaluation des besoins des personnes (niveau méso). C'est à ce niveau que sont mobilisés les moyens humains et matériels pour assurer les missions de la structure et que sont gérées toutes les questions d'organisation du travail.

²⁶ DEL MAZO Frédéric, JACQUET Jacques, LAFFONT Patrick, « *D'un écran à l'autre, des pratiques renouvelées* » DH magazine, 2^{ème} trimestre 2013 – pages 130 à 131

²⁷ REYNAUDI, 2011 in SALGUES Bruno, PAQUEL Norbert – « *Télesanté, espoir du monde rural ?* » - Michel Houdiard éditeur, 2013, 158p.

²⁸ BLOCH Marie-Aline et al – « *La coordination dans le champ sanitaire et médico-social : Enjeux organisationnels et dynamiques professionnelles.* » - Etude réalisée pour la Fondation Paul Bennetot par le Centre de Gestion Scientifique de Mines-ParisTech, Février 2011

- Le niveau institutionnel (niveau macro), qu'il soit local (ville, département, région) ou national. C'est le niveau des décideurs et/ou financeurs du système de santé.

On parlera de coordination horizontale quand celle-ci se situe à un même niveau (que ce soit au niveau individuel, au niveau local et au niveau national) et de coordination verticale quand elle fait intervenir plusieurs niveaux.

Ces coordinations se concrétisent par la signature de conventions ou contrats entre les EPS et les ARS, entre les EPS eux-mêmes. Ce cadrage juridique permet de formaliser les contours, périmètres de responsabilité et conditions de réalisation de cette coordination afin de rendre possible une coopération. En effet, la télémédecine entre différents établissements pose « *un problème de moyens, bien sûr, mais aussi de légitimité pour agir dans des structures juridiques très différentes, d'où l'obligation de faire des conventions* ». ²⁹ . En complément, des projets sont rédigés et intégrés aux projets d'établissements et validés par les instances.

En outre, cette forme de coordination entre les établissements fait référence à la notion émergente d'un « hôpital pivot », coordonnateur des prises en charge d'un territoire donné, faisant écho à la notion d'« hôpital hors les murs ». Celui-ci apparaît comme un support à la construction d'une coordination des parcours. Les TIC intervenant, alors comme outil technique, support à l'échange d'information.

Enfin, les perspectives d'instauration de Groupements Hospitaliers de Territoire³⁰ réorientent la réflexion vers les besoins de la population. Elles induisent *de facto* une coordination territoriale et mettent au cœur des débats la question de la télémédecine. Le projet médico-soignant envisagé, basé sur un diagnostic de territoire en matière de santé publique sera un des outils permettant d'interroger la pertinence du déploiement de prises en charge à distance. Le comité stratégique composé de médecins, directeurs d'hôpitaux et directeurs des soins pourrait poser les bases d'une organisation structurée entre les établissements et/ou à l'intérieur de chacun d'entre eux. Et ainsi inscrire, s'il y lieu, un axe « Déployer les prises en charge à distance mobilisant les TIC ».

De fait, cette évolution structurelle influe sur les rôles et missions des centres hospitaliers et par conséquent, modifient les fondements des organisations soignantes.

²⁹ SCHAUMBURG Gérard « *Comment connecter l'Hôpital ?* » DH magazine, 2^{ème} trimestre 2013 – pages 128 à 129

³⁰ HUBERT Jacqueline - « *Les futures modalités de l'organisation des territoires de santé ; Article 27 de la future Loi de Santé 2015* » - 5^{ème} séminaire des Directeurs des Soins de l'E.H.E.S.P.- 19 Juin 2015.

1.2.2 Un espace de coopération à appréhender

Par essence, les téléconsultations ouvrent un espace de coopération inédit. Ces nouvelles coopérations peuvent provoquer des effets à la fois intéressants mais aussi insécurisants. Par coopération, nous retenons la notion de « Co-opérer ». C'est-à-dire : *« Travailler ensemble à une œuvre commune. La coopération implique dépendance et solidarité vis-à-vis d'un groupe. La coopération est donc le fait, pour une personne, de s'adonner consciemment à une activité complémentaire de celle d'autres personnes dans le cadre d'une finalité commune, dans un groupe donné »*³¹.

En conséquence, ces modes de travail collectif impliquent une transparence dans les échanges et des positionnements. Pour être efficaces, ils nécessitent confiance et respect mutuel.

De ce fait, la téléconsultation crée un espace de présence partagée entre médecins et soignants, proche d'une situation de « visite » dans une unité de soins. Cette rencontre entre soignants et médecins *« Favorise la mutualisation instantanée de savoirs et de savoir-faire de nature professionnelle »*³². Les paramédicaux peuvent apporter leur connaissance du patient alors que dans une situation classique, leur contribution ne serait pas accessible au spécialiste situé dans un autre ETS. Ainsi, elle contribue à *« Une appréhension plus approfondie du cas du patient et de sa (ou ses) pathologies. Un grand nombre de savoirs cliniques le concernant sont verbalisés et mis en commun. »*³³

Mais les téléconsultations contribuent à rendre visible tout un ensemble de pratiques de soins, de routines ayant cours dans l'ETS requérant et qui n'avaient pas été questionnés jusque-là. Cet aspect semble être un des freins majeurs au déploiement des téléconsultations. En effet, *« Lorsqu'ils travaillent en visioconférence, les équipes et les professionnels apprennent à se connaître, à échanger. Cela suppose aussi parfois de s'exposer. C'est extrêmement riche, mais loin d'être facile. Pour cela, les soignants doivent accepter de se mettre en danger et tous ne sont pas prêts à cela »*.³⁴

In fine, les pratiquants de cette forme de PEC reconnaissent les aspects particuliers de cette activité tout y voyant de réels bénéfices : *« Ce faisant, les gens sont plus efficaces, se connaissent mieux, harmonisent leurs pratiques, travaillent pour le bien du patient.... Mais en même temps, ils se soumettent au regard de la caméra et de leurs pairs.*

³¹ Encyclopédie Universalis

³² MATHIEU-FRITZ Alexandre, ESTERELE Laurence – *« Les transformations des pratiques professionnelles lors des téléconsultations médicales »*, Revue Française de Sociologie, 2013, 54 (2), pp.303-329

³³ MATHIEU-FRITZ Alexandre, ESTERELE Laurence – *« Les transformations des pratiques professionnelles lors des téléconsultations médicales »*, Revue Française de Sociologie, 2013, 54 (2), pp.303-329

³⁴ DEL MAZO Frédéric, JACQUET Jacques, LAFFONT Patrick, *« D'un écran à l'autre, des pratiques renouvelées »* DH magazine, 2^{ème} trimestre 2013 – pages 130 à 131

Ils peuvent se trouver en situation d'expliquer leurs gestes et leurs choix, au patient, mais aussi à d'autres professionnels. Une fois ce pas franchi cependant, les gens deviennent friands car c'est un superbe outil de décloisonnement et d'échanges»³⁵

1.2.3 Le parcours de soins incontournable

Le portail des ARS définit un parcours comme une trajectoire globale des patients et des usagers dans leur territoire de santé, respectueux des droits et des choix de ceux-ci. A l'échelle du territoire, il articule les épisodes de soins entre le premier recours, l'hospitalisation à domicile ou non, les Soins de Suite et Réadaptation (SSR), les Unités de Soins de Longue Durée (USLD), les secteurs de psychiatrie et les lieux de vie collectifs. A l'échelle d'un EPS, *« Il comprend plusieurs étapes : l'accueil, l'évaluation médicale initiale du patient, le recours à des plateaux techniques pour des examens biologiques ou radiologiques, les soins proprement-dits, la prescription médicale de traitements, la dispensation et l'administration médicamenteuse, la sortie du patient vers son domicile, en SSR ou en EHPAD. »³⁶*

Lors de la réalisation d'une téléconsultation entre deux EPS, ce sont ces deux types de parcours qui sont sollicités. S'ils ne sont pas structurés au préalable, le déploiement risque de déstabiliser le fonctionnement antérieur, induire une confusion dans les fonctionnements, les positionnements des acteurs et être source de conflit.

Afin de prévenir cette situation, l'utilisation d'outils de management des organisations de soins, notamment les chemins cliniques, peut être un apport appréciable. En effet, le chemin clinique *« Décrit, pour une pathologie donnée, les éléments du processus de PEC en suivant le parcours du patient. Cette méthode planifie, rationalise et standardise la PEC pluridisciplinaire de patients présentant un problème de santé comparable. Elle repose sur une description d'une PEC optimale et efficiente à partir des recommandations professionnelles. »³⁷* Les chemins cliniques peuvent être schématisés sous la forme d'un diagramme de Gantt ou un logigramme de Pert. Ces outils guident les professionnels et les patients pour se repérer dans leur parcours de soins. Les procédures écrites associées détaillent les interventions (qui, quand, où, quoi, comment). Les documents et protocoles de référence sont précisés. Par ailleurs, la connaissance collective du sens des soins pour le patient est formalisée sur un outil appelé « Plan de Soins Types ».

Ainsi, la réalisation d'activités de télémédecine apparaît comme support technique au développement de coopération territoriale mais également comme inducteur de ces

³⁵ DEL MAZO Frédéric, JACQUET Jacques, LAFFONT Patrick, *« D'un écran à l'autre, des pratiques renouvelées »* DH magazine, 2^{ème} trimestre 2013 – pages 130 à 131

³⁶ HOUSSET Jacky – *« Directeur des soins et coordination territoriale : quel parcours pour les personnes âgées ? »* - RHF n°564, mai-juin 2015, p20-22

³⁷HAS – Guide *« Chemins cliniques, une méthode d'amélioration de la qualité »*, Juin 2004

organisations inter-institutions sanitaires ou médico-sociales. Quel qu'en soit l'origine, leur existence questionne les organisations internes des établissements.

1.2.4 Une organisation structurée pour les unités de soins

Cet aspect concerne autant les médecins que les paramédicaux qu'ils soient opérationnels ou cadres de santé. A cet effet, un médecin coordonnateur a institué une organisation basée sur quatre éléments de « cadrage » : un cadre relationnel et professionnel, instrumental, clinique et organisationnel visant plus particulièrement la programmation des sessions à venir, les personnes à contacter et la façon de demander la téléconsultation.³⁸ La téléconsultation oblige à une structuration de l'organisation médicale « *Une telle organisation, pour qu'elle soit efficiente, requiert que la structure de recours organise en son sein la permanence médicale en télémédecine, de sorte que ses médecins spécialistes puissent répondre aux demandes exprimées par les urgentistes ou les médecins polyvalents exerçant au sein des établissements de santé de proximité.* »³⁹

Au travers des expériences existantes, nous pouvons noter que les téléconsultations ont vocation à prendre en charge des patients demandant une expertise dans une discipline médicale, majoritairement pour une pathologie donnée : dermatologie, chirurgie vasculaire etc. Les pratiquants actuels estiment que « *Son développement [de la télémédecine] est d'abord une question d'organisation, moins une question d'outils.* »⁴⁰ Au-delà de l'approche par processus déjà évoquée, l'organisation soignante de l'unité de soins reste la base d'une prise en charge efficace. Nous nous appuyons sur la notion de « Nursing intégré »⁴¹ comme mode de dispensation des soins. Elle met en œuvre la PEC globale du patient à l'opposé d'une organisation des tâches en série. En effet, il est proposé d'identifier des secteurs de prise en charge d'un groupe de patients. Ceux-ci sont sous la responsabilité d'une IDE et d'AS avec lesquelles elle collabore. Cette collaboration se manifeste par des temps de travail en binôme et des temps de concertation pour organiser la suite des soins. Elle se réalise également au travers de transmissions orales pratiquées d'équipe « partante » à équipe « arrivante ». Cette structure d'organisation permet d'identifier clairement les responsabilités, les activités dédiées à chaque professionnel présent. Elle facilite le réajustement des organisations en lien avec les imprévus. Ainsi, inscrire une

³⁸ MATHIEU-FRITZ Alexandre, ESTERELE Laurence – « *Les transformations des pratiques professionnelles lors des téléconsultations médicales* », Revue Française de Sociologie, 2013, 54 (2), pp.303-329

³⁹ SIMON Pierre, « *Ressources humaines et télémédecine* » - RHF n° 554 - Sept/Octobre 2013, page 12

⁴⁰ SIMON Pierre, « *La télémédecine peut aider à structurer les GHT et développer l'ambulatoire* », APM – 29/04/2015

⁴¹ In STORDEUR Sabine, « *De nouvelles capacités de leadership au service de la qualité* », 2001, page 6/8

activité telle que la télémédecine semble plus réalisable dans ce contexte que dans un contexte manquant de repères.

Donc, pour partie, les PEC à distance présentent des enjeux identiques à une PEC classique dans un même lieu mais la distance et la technologie renforcent la nécessité de structure des organisations, de coordination et de coopération entre les professionnels et les institutions. La télémédecine, quant à elle, peut être un levier d'amélioration de l'organisation des soins. Mais, compte-tenu de ses impacts, elle implique le développement des compétences spécifiques.

1.3 De nouveaux périmètres de compétences à construire

Donc, déployer une organisation mobilisant les TIC interroge les organisations de soins et par conséquent les pratiques de soins. Elle mobilise également des compétences professionnelles spécifiques pouvant influencer sur les périmètres de responsabilités existants.

1.3.1 L'acquisition de compétences spécifiques

Ainsi, ces nouvelles pratiques influent sur les compétences initialement acquises par les paramédicaux. Celles-ci s'inscrivent dans le champ de l'informatique (usage des TIC), des pratiques gestuelles, de l'organisation, ainsi que de nouvelles conditions de communication.

Par compétence, nous retiendrons la définition proposée par Guy le Boterf « *La compétence est la mobilisation ou l'activation de plusieurs savoirs, dans une situation et un contexte donnés* ». Il distingue plusieurs types de compétences : les savoirs théoriques (savoir comprendre, savoir interpréter), les savoirs procéduraux (savoir comment procéder), les savoir-faire procéduraux (savoir procéder, savoir opérer), les savoir-faire expérientiels (savoir y faire, savoir se conduire), les savoir-faire sociaux (savoir se comporter, savoir se conduire) et les savoir-faire cognitifs (savoir traiter de l'information, savoir raisonner, savoir nommer ce que l'on fait, savoir apprendre).⁴² La totalité de ces compétences sont mobilisées par la télémédecine.

- Des compétences en TIC

« *Les IDE ont besoin de développer des compétences en systèmes d'information afin d'une part de garantir le respect des droits des patients et d'autre part d'améliorer l'organisation et la continuité des soins.* »⁴³. Les professionnels apprennent à assurer des soins à partir

⁴² LE BOTERF Guy – « *Compétence et navigation professionnelle* » - Paris, Editions d'organisation. 1997

⁴³ CAZELLET Lisette – « *Nouvelles technologies, télémédecine et soins* » - Revue Soins tiré à part – Décembre 2014

d'objets connectés comme un dermatoscope, otoscope, échographe auxquels s'ajoute une caméra mobile. Avec l'expérience, les réticences initiales semblent s'estomper : « *Nous constatons que les professionnels sont de moins en moins réticents par rapport à l'informatique. C'était loin d'être évident au début à cause de la barrière de la caméra* ». ⁴⁴ Pour autant, la formation des acteurs impliqués est indispensable pour la réalisation des actes techniques. Il s'agit de permettre à un individu de réaliser des gestes, aux yeux de tous, en toute sérénité. « *La pratique de la télémédecine est à la fois accessible pour tous et exigeante. Elle nécessite au préalable 2 choses : une formation à l'usage de ces outils, qu'il faut démystifier, et une connaissance mutuelle des équipes ainsi que des moyens disponibles sur place. Il y a là un point-clé à double tranchant : l'abandon du confort du colloque singulier et l'exposition devant la caméra.* ». ⁴⁵ Des formations diplômantes comme des Diplômes Universitaires (DU) portant sur les SIH ou la télémédecine sont accessibles aux professionnels de santé. Elles peuvent compléter des formations continues inscrites au plan de formation.

- Des compétences gestuelles

En effet, le médecin à distance peut déléguer des tests physiques comme la palpation diagnostique ou l'accompagnement de gestes en orthopédie ou bien, la visualisation et le toucher de certaines zones de la peau en dermatologie. De même, pour l'activité d'échographie, « *Le manipulateur en électroradiologie guide la sonde à la demande d'un expert distant via la téléassistance. Cela suppose une véritable évolution du métier et de la formation* ». ⁴⁶ Dans cette hypothèse, il s'agit de réaliser des activités intimement liées à ce qui constitue le cœur métier du médecin, à savoir la collaboration à la production de jugements professionnels, contribuant à établir un diagnostic. ⁴⁷

- Des compétences en communication

Ce sont les savoirs-faire entre médecins, entre médecins et paramédicaux comme entre patients et soignants qui sont modifiés. Ainsi, les interactions, qui d'ordinaire s'enchaînent par l'intermédiaire de courriers (lettre d'un généraliste à destination d'un spécialiste par exemple) se démultiplient de façon instantanée lors des téléconsultations. Elles peuvent

⁴⁴ DEFOUR Jean-Marie, PICHAN Michel, SAFRANEZ Didier « *Coopérer : un choix affirmé* » DH magazine, 2^{ème} trimestre 2013 – pages 123 à 125

⁴⁵ DEL MAZO Frédéric, JACQUET Jacques, LAFFONT Patrick, « *D'un écran à l'autre, des pratiques renouvelées* » DH magazine, 2^{ème} trimestre 2013 – pages 130 à 131

⁴⁶ SCHAUMBURG Gérard « *Comment connecter l'Hôpital ?* » DH magazine, 2^{ème} trimestre 2013 – pages 128 à 129

⁴⁷ MATHIEU-FRITZ Alexandre, ESTERELE Laurence – « *Les transformations des pratiques professionnelles lors des téléconsultations médicales* », Revue Française de Sociologie, 2013, 54 (2), pp.303-329

être source de malentendus ou de conflits. Le médecin prestataire doit verbaliser des gestes qu'il réalise par lui-même sans explicitation dans l'ordinaire du quotidien.

Pour les patients, cette forme de consultation peut amener le patient « *Plus que d'habitude à se confier en présence de toute une équipe de soignants et de médecins* »⁴⁸. Mais il semble que les patients parviennent à s'adapter à cette situation car « *Il est fréquent que le patient intervienne de façon impromptue, en complétant lui-même le tableau clinique réalisé par le médecin référent...* »⁴⁹. Dit autrement, « *Contre toute attente, la distance n'est pas un handicap dans la relation entre le professionnel et son patient, au contraire. D'une certaine façon, elle libère et donne lieu à la mise à jour de certaines vérités [...] pour aller plus loin, dans le paradoxe, on pourrait dire que la machine « réhumanise » la PEC* ». ⁵⁰

A ce propos, le directeur des soins du CH Max Querrien de Paimpol indiquait lors du séminaire de l'EHESP en Juin 2015 qu'une étude concernant des patients bénéficiaires d'un dispositif de téléconsultation montrait un seul refus parmi les quarante patients sollicités.

Donc, la pratique des PEC à distance modifie les compétences classiquement mises en œuvre dans le quotidien des professionnels de santé.

1.3.2 Des périmètres de responsabilités et des coopérations réinterrogés

Ainsi, les activités de télémédecine interpellent les frontières des compétences des paramédicaux et les fait évoluer. Elles bousculent également les cadres réglementaires et les responsabilités de chaque métier.

- *La responsabilité professionnelle engagée*

La télémédecine est un acte de nature médicale et son exercice s'inscrit dans le droit commun de l'exercice médical et du droit du patient (Loi n° 1577-2002 du 30 Décembre 2002 relative à la responsabilité civile médicale et Loi n° 2004-810 du 13 Août 2004 relative à l'Assurance Maladie).

En conséquence, chaque professionnel de santé est pleinement responsable des actes qu'il accomplit ou qu'il exécute dans le cadre de la télémédecine. L'identification claire des rôles et responsabilités de chacun dans le dispositif contractuel propre à l'activité de télémédecine permet de prévenir le risque contentieux.

⁴⁸ MATHIEU-FRITZ Alexandre, ESTERELE Laurence – « *Les transformations des pratiques professionnelles lors des téléconsultations médicales* », *Revue Française de Sociologie*, 2013, 54 (2), pp.303-329

⁴⁹ MATHIEU-FRITZ Alexandre, ESTERELE Laurence – « *Les transformations des pratiques professionnelles lors des téléconsultations médicales* », *Revue Française de Sociologie*, 2013, 54 (2), pp.303-329

⁵⁰ DEL MAZO Frédéric, JACQUET Jacques, LAFFONT Patrick, « *D'un écran à l'autre, des pratiques renouvelées* » *DH magazine*, 2^{ème} trimestre 2013 – pages 130 à 131

La responsabilité porte sur l'obligation d'information et du consentement du patient à l'acte de télémédecine. Les actes de télémédecine sont réalisés avec le consentement libre et éclairé du patient. En cas de refus, il convient de le consigner dans le dossier du patient. Elle est également engagée à propos de l'accès aux données et la mise à jour en temps réel ; des obligations liées à l'utilisation d'outils technologiques ainsi que à l'acte médical et la qualité de la prise en charge via un procédé de télémédecine. Lors de téléconsultations entre EPS, ceux-ci sont responsables de l'organisation des soins et donc, à ce titre, de la télémédecine. *In fine*, les responsabilités restent identiques à l'exercice classique de la médecine.

Pour autant, des exigences supplémentaires quant à la traçabilité de l'acte de télémédecine sont demandées⁵¹. Doivent ainsi être inscrits dans le dossier du patient : le compte rendu de la réalisation de l'acte ; les actes et les prescriptions médicamenteuses effectuées ; l'identité des professionnels de santé participant à l'acte ; la date et l'heure de l'acte ; le cas échéant, les incidents techniques survenus au cours de l'acte.

Comme toute nouvelle forme de pratique, la télémédecine doit impérativement être déclarée explicitement à l'assureur qui couvre le praticien et/ou son établissement. Les établissements et les praticiens informent leurs assureurs préalablement à la mise en œuvre de cette activité et vérifient auprès d'eux, par écrit, que les garanties souscrites s'appliquent pour la télémédecine et, le cas échéant, pour les coopérations entre professionnels de santé au sens de l'article 51 de la loi HPST.

En outre, la téléconsultation pose la question de la responsabilité des soignants impliqués du fait de la délégation de tâches qu'elle induit.

- *Une modification des modes de coopérations entre professionnels*

Parce que la téléconsultation induit une délégation de tâches au plan gestuel ou analytique, elle bouscule les repères traditionnels de répartition des actes entre médecins et paramédicaux. De ce fait, les professionnels peuvent être amenés à sortir du cadre réglementaire de leur métier. Dans cette hypothèse, la participation à une activité de télémédecine engage leur responsabilité. C'est pourquoi il est attendu de voir se mettre en place des protocoles de coopération encadrant la délégation de tâches.

« La revue des 25 projets pionniers, présentés par l'ANAP en 2012, montre que chaque acte de télémédecine correspond à un type de coopération différent. Les actes de téléconsultations mettent en lumière le rôle d'un IDE ou d'un psychologue dans

⁵¹ DGOS – « Guide méthodologique pour l'élaboration du programme régional de télémédecine » - 2012

l'accompagnement du patient, notamment en EHPAD ou en psychiatrie. Parfois, ceux-ci rendent possible certaines délégations d'activités à des IDE, dans un cadre dérogatoire».⁵²

Bien que réputés comme laborieux à mettre en œuvre, les protocoles de coopération entre professionnels ouvrent des perspectives de transfert de tâches utiles à la PEC à distance et inhérentes à la pratique de certaines formes de télémédecine.

En écho à l'article 51 de la Loi HPST, l'article L.4011-1 du CSP précise que les professionnels de santé peuvent s'engager, à leur initiative, dans une démarche de coopération ayant pour objet d'opérer entre eux des transferts d'activité ou d'actes de soins ou de réorganiser leurs modes d'intervention auprès du patient. Ils interviennent dans les limites de leurs connaissances et de leur expérience ainsi que dans le cadre de protocoles de coopération.

L'article L.4011-2 du CSP ajoute que les professionnels de santé soumettent à l'ARS des protocoles de coopération. L'agence vérifie que les protocoles répondent à un besoin de santé constaté au niveau régional puis les soumet à l'Haute Autorité de Santé (HAS). Ces protocoles précisent l'objet et la nature de la coopération, notamment les disciplines ou les pathologies, le lieu et le champ d'intervention des professionnels de santé concernés. Ceux-ci peuvent être étendus à l'échelle nationale.

De facto, ces professionnels développent de nouvelles compétences en terme d'expertise-métier. En supplément, certains se forment pour accroître leurs compétences et mettent en place un exercice exclusif, proche de la spécialisation. Par ailleurs, certains métiers évoluent vers un exercice particulier illustré dans les conclusions de la revue de projet présentée par l'ANAP en 2012 qui ont « *clairement montré le rôle capital du coordonnateur de la permanence de télémédecine, évolution du métier de cadre soignant dans les établissements de santé.* »⁵³ Aussi, la télémédecine comme d'autres nouvelles formes de prises en charge amène à interroger l'émergence de nouveaux métiers intermédiaires comme les « IDE en pratique avancée »⁵⁴. Par ailleurs, une fonction « D'assistante de télémédecine » a été conçue au sein de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP). Elle répond à quatre missions précises (maîtrise technologique de la plateforme, fonction relationnelle auprès du patient, médiation selon les besoins du spécialiste, organisation pour veiller à un fonctionnement efficient) pour laquelle une formation est dispensée.⁵⁵

Ainsi, au-delà d'une adaptation éventuelle des cadres juridiques préexistants, les activités de téléconsultation modifient les repères professionnels des acteurs des ETS au plan de l'identité professionnelle, des organisations et des pratiques comme au plan des

⁵² SIMON Pierre, « *Ressources humaines et télémédecine* » - RHF n° 554 - Sept/Octobre 2013, page 16

⁵³ SIMON Pierre, « *Ressources humaines et télémédecine* » - RHF n° 554 - Sept/Octobre 2013, page 16

⁵⁴ SAINT-JEAN Michèle, PEOC'H Nadia, BASTIANI Bruno – « *Accompagner le changement dans le champ de la santé* » - De Boeck, 2015, p 145

⁵⁵ ESPINOZA Pierre et al – « *Déploiement de la télémédecine en territoire de santé* » - Techniques Hospitalières n° 725 - Janvier-Février 2011, p9-17

articulations entre établissements. C'est pourquoi le rôle de l'encadrement représente un facteur-clé de succès pour la réalisation de ces prises en charge à distance.

1.4 Un encadrement soignant à mobiliser

L'introduction d'une activité de télémédecine apparaît comme une innovation pour les professionnels. Bien que souvent portée par des soignants volontaires et motivés, elle a vocation à se généraliser à l'échelle des territoires sous une impulsion top-down.

Quelle que soit la méthode employée, les professionnels de santé auront besoin d'un accompagnement pour s'adapter au changement et s'appropriier les nouvelles pratiques mises en œuvre en téléconsultation. Or, l'accompagnement du changement pour les professionnels, relève du rôle de l'encadrement soignant.

1.4.1 Un accompagnement aux transformations des pratiques et des usages

Aussi, une réflexion de type « conduite du changement » à tous les niveaux de responsabilité d'un EPS paraît indispensable. Une démarche projet peut être élaborée en envisageant l'exhaustivité des dimensions de l'activité (institutionnelle, partenariale, organisation des soins, gestion des RH, gestion du matériel, communication et animation). Elle pourra s'appuyer sur les outils de la gestion de projets comme le SWOT, WBS, GANTT et/ou PERTH selon le cas ainsi que sur la Roue de Deming (PDCA) pour l'évaluation.

Il s'agit de contribuer à la prise de conscience des évolutions en cours puis d'accompagner l'adaptation au changement. En retour d'expérience, Pierre ESPINOZA témoigne des enjeux en présence « *Je me battraï [...] pour que l'on se donne les moyens d'accompagner le changement afin que chacun comprenne les enjeux, se sente rapidement capable de dominer cet outil et d'apporter ses idées et sa contribution plutôt que de le subir* ». ⁵⁶

Dans cette logique, l'approche participative semble la plus adaptée. En effet, « *Leurs participations [les soignants] à l'élaboration de protocoles précis et la mise en place de protocoles de coopérations validés par l'HAS et l'ARS sont indispensables pour garantir des soins de qualité aux patients* ». ⁵⁷ L'ensemble des modifications induites peuvent être anticipées et leurs impacts envisagés afin de guider les professionnels dans la mise en œuvre de l'activité.

Au-delà de la concrétisation pratique de cette activité, la télémédecine renvoie à une modification structurelle et conceptuelle profonde de l'organisation sanitaire, médico-sociale voire sociale. En effet, « *L'intégration de l'hôpital dans un réseau autour du parcours*

⁵⁶ ESPINOZA Pierre et al – « *Déploiement de la télémédecine en territoire de santé* » - Techniques Hospitalières n° 725 - Janvier-Février 2011, p9-17

⁵⁷ CAZELLET Lisette – « *Nouvelles technologies, télémédecine et soins* » - Revue Soins tiré à part – Décembre 2014 page 16

de santé et de soin du patient représente un bouleversement aussi bien dans les pratiques cliniques, qui vont s'orienter vers des soins coordonnés entre professionnels de santé, que dans l'organisation des soins et le système d'information, qui décroissent pour entrer dans une démarche processus autour du parcours de soins. La culture professionnelle doit prendre son ancrage dans l'interdisciplinarité, dans le partage des savoirs et des connaissances, dans la continuité des parcours sans rupture, dans l'articulation entre les compétences communes et celles spécifiques aux professionnels de santé. »⁵⁸ Ces propos entrent en résonance avec les impacts de la télémédecine et nous amènent à la considérer comme une forme déjà aboutie des transformations à venir. En conséquence, le développement à grande échelle de la télémédecine risque de renforcer une évolution des types et modèles de management déjà enclenchée.

1.4.2 Un renouvellement des modèles et des rôles des cadres de santé

Sous l'influence du Nouveau Management Public, la gouvernance des hôpitaux a évolué d'un modèle bureaucratique vers une organisation polaire qui a modifié les rôles et missions des cadres paramédicaux. Le cadre supérieur de santé en fonction de cadre soignant de pôle a pour mission stratégique de coordonner, de gérer les projets et de communiquer. Le cadre de santé s'est orienté vers un modèle gestionnaire et managérial là où il était reconnu au travers d'un modèle professionnel.⁵⁹

Le directeur des soins, quant à lui, est envisagé comme un « *Coordinateur d'innovation de type champion organisationnel* »⁶⁰. En réponse à des injonctions d'ouverture de l'hôpital et de coopération, celui-ci est sensé avoir « *A cœur de créer de nouveaux dispositifs au sein et en dehors de leur établissement, et d'initier de nouveaux modes de management* »⁶¹. Pour autant, piloter l'innovation fait appel à des capacités d'inventivité, de négociation et de réflexivité, cruciales pour faire advenir le changement.

Or, Les managers de santé ont-ils perçu clairement ces évolutions de leur rôle ? Ont-ils pu faire évoluer leurs modèles de référence pour accompagner de manière efficace les équipes dont ils ont la responsabilité ? Les directeurs des soins sont-ils en mesure d'accompagner l'encadrement dans cet univers mouvant ?

Ainsi, les activités de télémédecine, parce qu'elles s'inscrivent dans ce changement de paradigme induisent une nécessaire adaptation des modes de management des organisations de soins. C'est pourquoi Thérèse PSIUK propose de s'appuyer sur le concept

⁵⁸ PSIUK Thérèse « *L'évolution du management vers une gouvernance clinique pour les cadres de santé* » - Techniques hospitalières, n° 752, Juillet-Aout 2015, p 55 - 57

⁵⁹ SAINT-JEAN Michèle et Al. « *Accompagner le changement dans le champ de la santé* » - De Boeck, 2015, p161-173

⁶⁰ BLOCH Marie-Aline, HENAUT Léonie – « *Coordonnateurs d'innovations : les nouvelles professionnalités en organisation sanitaires et médico-sociales* » - RHF n° 557 Mars- Avril 2014, p16-20

⁶¹ BLOCH Marie-Aline, HENAUT Léonie – « *Coordonnateurs d'innovations : les nouvelles professionnalités en organisation sanitaires et médico-sociales* » - RHF n° 557 Mars- Avril 2014, p16-20

de gouvernance clinique. Celui-ci se situe à l'interface entre le système de gestion et le système clinique d'une organisation. Il repose sur les attributs suivants : amélioration des processus cliniques, qualité et sécurité des soins, compétences des professionnels de santé, coordination des pratiques professionnelles, amélioration continue de la qualité, obligation de rendre compte des interventions, utilisation et développement des données probantes dans les soins. Toutefois, elle affirme que *« La reconnaissance d'une gouvernance clinique pour les cadres de santé sera effective lorsque tous les acteurs du système de santé seront conscients des enjeux de cette évolution et seront prêts à s'investir dans cette dynamique pour une qualité des soins auprès des patients et des aidants »*.

Dans cette hypothèse, implanter une activité de télémédecine suppose d'avoir au préalable, pour le DS, clarifier les modèles et rôles des managers de santé ; d'avoir structuré à minima les organisations des unités de soins ; d'avoir identifié les évolutions des pratiques soignantes.

Donc, la télémédecine correspond à une nouvelle forme de pratique de soins et d'organisation du parcours du patient. Elle peut s'inscrire dans une dimension territoriale. Elle répond à des contraintes réglementaires précises. Sa mise en œuvre se confronte à la notion de coordination et de coopération entre établissements et entre professionnels. Elle interroge les organisations, les pratiques de soins et les cadres réglementaires. Enfin, elle intervient dans un univers en évolution qui modifie les modes de management et induit une évolution des rôles de l'encadrement soignant.

Elle peut être favorisée par la structuration d'un projet de territoire, inscrit dans les projets de soins des établissements concernés. Une démarche s'appuyant sur les outils de la gestion de projet peut faciliter la réalisation de celui-ci dans un mode participatif. La gouvernance clinique de la part des cadres de santé peut être un outil porteur pour accompagner cette évolution. Ainsi, l'encadrement soignant, quel que soit son niveau de responsabilité est appelé à participer à cette innovation tout en étant interpellé dans ses rôles et missions par cette nouvelle pratique.

Par ailleurs, le directeur des soins n'a pas d'influence directe sur le contexte réglementaire, législatif ou financier. Par contre, il est responsable de la réflexion stratégique sur l'organisation des soins dans son établissement. A ce titre, il peut initier et / ou être sollicité pour contribuer à une réflexion territoriale, développer des partenariats. Il a pour mission d'accompagner l'encadrement soignant dans la réalisation de ses missions et notamment dans l'adaptation aux nouvelles évolutions des pratiques et organisations des soins. C'est pourquoi nous nous centrerons sur ces derniers aspects dans l'enquête qui va suivre.

2 Un éclairage proposé par des acteurs impliqués dans la télémédecine

Ainsi, dans ce contexte de développement incontournable des prises en charge à distance, nous vous proposons d'éclairer notre questionnement au travers d'expériences réalisées au quotidien dans certains établissements de santé. Nous tenterons de découvrir « **En quoi le DS peut-il contribuer au développement des Prises En Charge à distance des usagers mobilisant les TIC ?** »

Afin de répondre à cette question centrale, nous validerons ou non les hypothèses suivantes :

Le déploiement de ces prises en charge mobilisant la télémédecine :

- Implique le DS dans la réflexion stratégique du projet territorial de santé et dans le développement de la coordination externe avec les établissements partenaires**
- Incite le DS à coordonner la mise en œuvre de nouvelles formes d'organisations et de pratiques de soins nécessitant le développement de compétences spécifiques**
- Amène le DS à guider l'encadrement soignant pour accompagner les changements induits**

L'enquête ci-après a pour objectif de confronter les hypothèses de travail avec la question centrale en milieu réel de travail. Elle nous permettra d'explorer comment se vit la réalisation de l'activité de télémédecine au quotidien.

2.1 Une collecte d'informations au plus près des pratiques et des organisations

Cette enquête nous donnera l'opportunité de comprendre les enjeux des prises en charge à distance, d'identifier les leviers sur lequel le DS pourra apporter une plus-value comme les points de vigilance lors d'un déploiement. C'est pourquoi nous avons orienté notre enquête vers la proximité et les échanges. Nous avons procédé au choix de l'outil d'investigation, au choix des lieux et des personnes à interviewer pour ensuite analyser les résultats obtenus.

2.1.1 Une démarche qualitative

Nous avons fait le choix d'une approche compréhensive, fondée sur une méthode qualitative réalisée grâce à des entretiens semi-directifs. Nous avons privilégié cette méthode pour recueillir un contenu factuel et d'opinions de la part des interlocuteurs. Nous avons mené les entretiens à partir de thèmes prédéfinis dans un guide d'entretien (cf. annexes I et II). Ainsi, les personnes rencontrées ont pu s'exprimer au travers des thèmes évoqués tout en conservant une certaine forme de liberté d'expression.

Les thèmes abordés sont les suivants :

- La télémédecine
- Les facteurs influant son déploiement
- Les changements de pratiques et d'organisation des soins
- Le rôle du directeur des soins

Les entretiens se sont déroulés sur une durée de 30 à 60 minutes selon la disponibilité des interlocuteurs. Les rendez-vous ont tous été planifiés. Ils ont tous été enregistrés avec l'accord de la personne pour une retranscription fidèle des propos, tout en garantissant l'anonymat. Ensuite, ils ont été analysés selon une grille de lecture basée sur les thèmes identifiés pour le guide d'entretien.

2.1.2 Des établissements expérimentés dans ces modes de Prises En Charge

A l'origine, des lectures nous avaient orientées vers une comparaison entre les organisations belges et françaises. Mais notre stage en Belgique n'a pas confirmé les écrits mettant en avant les pratiques de télémédecine à priori généralisées. C'est pourquoi nous avons fait le choix de solliciter deux établissements français ayant mis en place des PEC à distance s'appuyant sur les TIC.

Le CH A est situé dans le Nord de la France. Il est composé de 470 lits de MCO, SSR et EHPAD-USLD. Il fait partie d'un GCS permettant d'organiser des filières de prise en charge au travers du territoire de santé. Nous l'avons choisi suite à une présentation réalisée par le DS lors d'un congrès.

La pratique étudiée est une activité de téléconsultation entre un chirurgien vasculaire basé dans l'hôpital-pivot du territoire (à 65 km) et le CH A. Mise en place depuis 2008, elle se déroule une fois par semaine (5 à 6 patients consultés) en complément d'une visite « physique » hebdomadaire dans une unité d'hospitalisation de 16 lits. Elle permet également la réalisation de deux à trois consultations externes. Le chirurgien observe les plaies des patients, demande à une IDE de manipuler la caméra médicale pour améliorer sa vision. Il sollicite une seconde IDE pour sonder les tissus, mesurer la profondeur de la

plaie ou bien évaluer la quantité d'exsudats présents dans les pansements. En parallèle, une troisième IDE tout comme le chirurgien inscrivent les prescriptions dans le dossier patient. Si besoin, le médecin de l'unité complète l'observation en transmettant des informations de type résultats d'avis médical, bilan sanguin ou radiologie. Des décisions de greffe, sortie, changement de type de pansements se prennent au lit du patient.

Le CH B est situé dans le Sud de la France. Il est composé de 462 lits de MCO, Psychiatrie, SSR et EHPAD-USLD. Nous l'avons choisi car l'équipe de direction a publié un dossier sur le thème de la télémédecine dans une revue professionnelle.

Les pratiques étudiées sont des activités de téléconsultation dans les champs de la dermatologie, la douleur et la gériatrie. Mise en place depuis 2009, elle se déroule à destination de la moitié des E.H.P.A.D. du bassin de population.

2.1.3 Un panel d'interviewés diversifié et complémentaire

Dans un premier temps, en phase exploratoire, nous avons réalisé deux entretiens auprès d'un directeur des soins français et belge afin d'affiner la problématique.

Puis, nous avons interrogé dans chaque établissement, les professionnels à l'origine du déploiement ou participant à une organisation des soins basées sur la télémédecine : IDE, cadre de santé (CDS), Cadre Supérieur de Santé (CSS), médecin (MED), directeur des soins (DS), président de CME (PCME), Directeur Général (DG).

Ensuite, nous avons complété cette enquête par des entretiens menés auprès d'experts (enseignants universitaires, Expert 2 et Expert 3). Nous avons complété l'analyse en interrogeant un directeur d'Hôpital n'ayant pas de projet de télémédecine en perspective (DH C). Nous souhaitions interviewer des référents télémédecine en ARS. Mais, malgré nos très nombreux rappels, les contacts auprès des ARS n'ont pas pu aboutir.

Enfin, nous avons également échangé avec les représentants de l'association FORMATICSanté (Expert 1).

Nous identifierons nos interlocuteurs par leurs fonctions en lien avec leur établissement ou leur expertise de manière à préserver l'anonymat.

2.1.4 Une enquête porteuse de limites

Les résultats de cette enquête sont le reflet d'une réalité limitée et relative aux établissements et personnes rencontrées. En effet, elle ne concerne que deux établissements. Le nombre de personnes enquêtés en est, de ce fait, limité. Ainsi, elle apporte un éclairage sur une pratique répartie de manière hétérogène en France. Par ailleurs, nous nous sommes déplacés au CH A mais faute de temps, nous n'avons pu nous

déplacer au CH B. Aussi, les interviews se sont déroulées par téléphone, ce qui a modifié la nature des échanges. Peut-être aurait-il fallu mettre en place une visioconférence ?

Pour approfondir cette étude, il serait intéressant de faire des observations de prises en charge à distance dans plusieurs établissements, à partir d'une grille d'observation et ainsi comparer les organisations et les pratiques. Il pourrait être opportun de poursuivre la réflexion en réalisant une enquête basée sur les mêmes thématiques mais auprès d'établissements n'ayant pas développé ou pas de projet de mise en place de prises en charge à distance.

2.2 Des contenus riches de sens et de perspectives

Pour effectuer la restitution des résultats, nous proposons de les présenter selon les thématiques abordés lors des entretiens. Ensuite, nous les confronterons aux hypothèses élaborées.

2.2.1 Des thématiques faisant écho auprès des professionnels rencontrés

- La télémédecine, vecteur de qualité des soins et de modernité

Tous nos interlocuteurs s'accordent à dire que cette activité est devenue « *Incontournable* » CSS A. Elle représente l'avenir pour le CDS A et le CSS A « *On ne peut plus s'en passer* ». Mais certains déplorent qu'elle ne soit pas aussi développée qu'elle le devrait : « *Elle n'est pas encore entrée dans les mœurs* » MED A

Tous l'envisagent comme une solution pour répondre aux besoins de la population. Elle favorise l'accès aux soins par le « gommage » des distances, améliore la qualité des soins grâce à l'accès aux médecins spécialistes et en évitant les transports douloureux. De plus, elle peut répondre à certains effets de la « *Désertification médicale* » CDS A.

Cette organisation du flux permet de gagner du temps sur les déplacements pour les patients (isolés géographiquement ou socialement) comme pour les professionnels.

Certains l'envisagent comme un outil stratégique de maintien de l'activité, de l'attractivité de leur établissement. Pour l'IDE A « *C'est un outil moderne qui permet de garder un avis médical alors que les spécialistes ; les compétences sont concentrées dans les grands hôpitaux* ». En parallèle, cette pratique diversifie le métier d'IDE (IDE B et CDS A) et renforce la motivation au travail. Il semble que ces technologies (développement des SIH et des TIC) correspondent à une attente des nouveaux professionnels « *Ça ouvre des perspectives à l'échelle du territoire et au-delà. On pourrait aller beaucoup plus loin : On pourrait imaginer le suivi à distance des patients sur leur lieu de vacances, pour la dialyse par exemple...c'est motivant* » CSS B.

Par ailleurs, une majorité affirme que cet outil permet de remettre le patient au cœur des projets, notamment comme support au parcours du patient. Cette organisation met « *Le patient au centre de la prise en charge. Ça supprime des désagréments pour lui. C'est un gain majeur* ». CSS B Elle permet une prise en charge adaptée au contexte économique et social d'un territoire. Elle est perçue comme une solution « gagnant-gagnant » pour les usagers, leur entourage, les professionnels et l'hôpital. Pour autant, nos interlocuteurs restent réalistes en affirmant que « *C'est un vecteur de progrès mais elle ne guérit pas les problèmes de santé des gens.* » CSS A

Enfin, chaque interlocuteur propose une vision précise des utilisations possibles pour son établissement. « *On pourrait s'en servir pour développer les consultations IDE pour suivre les plaies ; augmenter la participation d'autres spécialités chirurgicales...s'en servir pour aider les IDE pour éviter les déplacements pour les E.H.P.A.D* ». IDE A et / ou « *Développer les consultations externes.* » MED A De fait, cette approche semble être source d'inspiration pour la création de nouvelles prises en charge.

Ainsi, l'« outil » télémédecine semble offrir des perspectives d'innovation à tous les niveaux de responsabilité.

- Des enjeux de déploiement reconnus

Développer la télémédecine a été un moyen de maintenir une activité de court séjour au CH A après la fermeture de l'activité de chirurgie. Elle est liée à la volonté de l'équipe médico-soignante de l'époque. Pour nos interlocuteurs, elle a donné le moyen de répondre à un besoin de santé publique non couvert jusqu'à présent « *Un grand nombre de personnes à soigner* » CSS A. Pour autant, il reste des besoins « *Et malgré tout ça, on a des listes d'attente* » IDE A. En outre, les démarches de coopération ou fusion ou direction communes semblent modifier les modes de fonctionnement traditionnels « *Ça va se développer parce que on est en association avec un CH à 15 km* ». CSS A

En maintenant un accès à une compétence spécialisée, la télémédecine donne l'opportunité de développer un « *Pôle d'excellence* » DS A. Celui-ci induit « *Une image positive, moderne, dynamique de l'hôpital* » CSS A. En conséquence, l'établissement reste « *Au gout du jour* » IDE B et « *Rend les autres changements acceptables d'un point de vue social* » CSS A. Le DS A envisage la télémédecine comme « *Une activité locomotive et vitrine de l'établissement* ». Beaucoup présentent l'activité de soins induite par la télémédecine comme valorisant pour les équipes : « *Porteuse de progrès, donne envie de faire mieux, valorisant pour les équipes* » CSS A.

Selon nos interlocuteurs, le financement de cette activité représente un levier important. Il semble que la « *Tarifification liée à la T2A rende rentable l'activité de télé-médecine* »^{DS A} Selon les experts interrogés, il semble indispensable que « *La technologie soit opérationnelle et fiable pour favoriser l'usage. Des ressources sont nécessaires pour la maintenance du matériel* »^{Expert 3} « *L'interopérabilité des SIH est incontournable* »^{Expert 1}

D'autres évoquent la « *Forte influence de l'ARS* »^{MED B}; « *Il existe une forte influence des ARS avec une dynamique propre à chaque région. Des GCS, plateformes de télé-médecine sont subventionnés* »^{Expert 1} au travers d'appels à projets numériques régionaux ou territoriaux. Ainsi, des GCS et / ou des plateformes numériques sont mis en place. Ils ont pour vocation de fournir une assistance technique, parfois des moyens supplémentaires. Pour autant, certains s'interrogent sur le gain économique éventuel apporté par la télé-médecine. Il est minoré si la présence d'un informaticien lors des séances s'avère nécessaire. Le CSS B affirme que « *Si cela ne l'est pas encore, cela le deviendra* ». Elle tient compte du coût d'apprentissage inévitable lors du lancement d'une nouvelle activité. *De facto*, elle confirme que « *La télé-médecine est incontournable, à faire...ce que l'on va gagner d'un côté, on ne le perd pas de l'autre.* »

Donc, les opportunités offertes par la technique apparaissent comme un levier managérial pour la direction, l'encadrement soignant et les médecins rencontrés.

Toutefois, nos interlocuteurs regrettent une « *Culture du numérique peu développée* »^{Expert1} Selon eux, le recours à la télé-médecine est hétérogène car « *Personne-dépendante* »^{Expert1}. « *On a pas le réflexe d'y penser dans l'équipe de direction* »^{DH C}.

Il manque une « *Sensibilisation aux TIC et aux outils numériques en formation initiale des paramédicaux et des directeurs des soins. Le temps de formation à l'EHESP ne permet pas d'envisager les enjeux du numérique dans l'évolution du système de santé. L'AFDS ne semble pas l'avoir formalisé comme un axe à investir non plus* »^{Expert1}.

En conséquence, ils regrettent une forme de construction de projets manquant de connaissances spécifiques, « *Si l'équipe ne sait pas concrètement ce que ça change* »^{DHC}, induisant une réticence à l'évolution pertinente des organisations et des pratiques. « *Les aspects liés aux TIC sont également des freins du fait de l'appropriation lorsqu'il y a changement de métier et d'organisation* »^{Expert 3}

Bien souvent, les projets de télé-médecine sont construits par des « *Pionniers médecins qui cooptent des paramédicaux. Souvent le médecin recrute une IDE ou un cadre déjà reconnu [...] son cadre ou ancien cadre pour leur compétence en organisation* »^{Expert 1}.

Par ailleurs, certaines équipes craignent « *Un appauvrissement de leur plateau technique interne* »^{DG B} lorsque l'activité médicale se développe au profit des autres établissements du territoire.

Enfin, la clarification de la réglementation ou la méconnaissance des textes sont mises en avant : « *Elle peut paraître comme ayant des contours flous* » *DH C*. La nécessité de rassurer les médecins paraît un préalable à un projet de télémédecine. « *Il faut rassurer les médecins sur la sécurité de la prise en charge, sur le risque médico-légal du dispositif...convaincre des deux côtés de la caméra* » *DH C*. La question de la coopération entre professionnels est également mentionnée « *Les aspects juridiques liés à la délégation de tâches semblent freiner le développement des prises en charge à distance.* » *Expert 3*

- Les changements d'organisation et de pratiques des soins confirmés

Le DS A confirme l'impact de l'activité de télémédecine sur les organisations soignantes. Il affirme que « *Ce n'est pas qu'un problème de matériel. Il faut s'adapter entre organisation et matériel mais c'est innovant au plan technique.* » Pour compléter, le DS B recommande de « *Bien s'accorder sur les principes. Pour ça, il faut clarifier les processus, il faut que les pratiques soient bien identifiées et connues* ».

Des changements d'organisation objectivés

Au plan des organisations médicales, la télémédecine et plus particulièrement la téléconsultation modifie le « *Paradigme des prises en charge* » *CSS A*. En effet, celle-ci a évolué vers une « *Prise en charge non disciplinaire, centrée sur le patient.* » *MED A*

De fait, elle impose une complémentarité médecin-chirurgien, le médecin étant présent au quotidien, articulant sa vision clinique avec le chirurgien à distance « *Elle permet d'avoir un œil expert une fois par semaine en plus* » *MED A*. Toutefois, cet intérêt peut rapidement disparaître si le chirurgien manque de disponibilité, ne se concentre pas exclusivement sur la « *Visite virtuelle* » lors de la téléconsultation. « *Le temps du chirurgien est bref, ne permet pas d'aborder tous les aspects. On risque d'avoir une " médecine entre deux portes ". Donc, une dérive possible. Il faut être vigilant pour garder la qualité. Il faut un temps dédié à la téléconsultation, de la rigueur.* » *MED A*.

Par ailleurs, à contrario d'une « *visite classique* », l'IDE manipulant la caméra est équipée du casque audio la plaçant en contact direct avec le chirurgien à distance. Aussi, le médecin B déplore « *Un dialogue entre IDE et chirurgien. Il donne l'avis sur la plaie à l'IDE mais il n'y a pas de RCP. La décision n'est pas collégiale* ». De plus, certains des experts rencontrés ont complété cette analyse en précisant que la télémédecine « *Donne à voir les mauvaises pratiques. Si cet aspect n'est pas accompagné, alors la réalisation de la pratique est difficile pour les médecins et les paramédicaux* » *Expert 3*

Au plan des organisations paramédicales, le cadre anticipe au mieux la présence des agents pour bénéficier des compétences spécifiques comme un Diplôme Universitaire (DU) « *Plaies et cicatrisation* » ou « *Télémédecine* ». Ce besoin est confirmé par le médecin B

Sylvie Delecroix - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - 2015

qui y est vigilant car il a identifié « *Des écarts de compétences entre IDE détentrices du DU et les autres* ». A ce titre, les CSS et CDS sont préoccupées par le maintien du vivier de compétences spécifiques des professionnels pour maintenir la qualité de la prestation.

En outre, la veille de la « télévisite », les IDE préparent les éléments d'information à transmettre au chirurgien sur un document papier spécifique. Elles prennent également des photographies des plaies dont les pansements ne doivent pas être refaits le jour de la télévisite.

Le jour-même, le temps de la visite virtuelle étant programmé et concentré, il mobilise plusieurs soignants simultanément (une IDE pour les pansements, une IDE pour la caméra et une IDE pour écrire les prescriptions). En conséquence, elle induit le respect d'une organisation particulière, le temps de la visite semblant être plus sanctuarisée qu'une visite habituelle. De plus, « *Les pansements sont tous déballés avant la téléconsultation et pas au fur et à mesure comme d'habitude* » IDE A

Pour tous nos interlocuteurs, la réalisation de l'activité est fortement soumise au matériel disponible comme à la qualité de son fonctionnement. La station de télémédecine nécessite une gestion particulière, indispensable à son fonctionnement (batterie rechargée, connexion WIFI opérationnelle partout, zone de stockage sécurisée etc..). Elle peut mobiliser du temps informaticien lorsque la connexion est laborieuse. L'IDE B regrette les problèmes rencontrés dans sa pratique de connexion WIFI, de charge de batterie « *Cela nous met en retard dans la visite, ça désorganise* ». D'autres interlocuteurs attendent avec impatience l'accès à de nouveaux objets connectés comme les « *Google glass qui permettraient de zoomer sur la plaie* ». CDS B

En outre, l'architecture intervient également comme élément facilitateur ou non du déroulement de la séance. Ainsi, la station de télémédecine occupe un volume non négligeable dans les chambres. Des problèmes d'hygiène peuvent apparaître si les câbles de branchement électriques passent sur les lits (prise électrique éloignée) MED A De plus, les variations de luminosité liées aux saisons modifient la vision sur les écrans. CDS A

Enfin, plusieurs de nos interlocuteurs s'accordent à dire que la pratique de la téléconsultation demande plus de « *Rigueur dans l'organisation des pansements et dans le respect des droits des patients* » CDS A

Des changements de pratiques de soins spécifiques

- *L'usage des outils de TIC et l'adaptation des compétences*

Pour le CSS A, la téléconsultation amène les IDE à « *Développer des capacités à parler et à agir devant la caméra.* » Celle-ci est favorisée par la formation DU qui « *Facilite l'ouverture aux nouvelles techniques et la prise de parole. Elle développe aussi les compétences et les*

personnalités » CSS A. De plus, la télémédecine demande aux IDE de renforcer des capacités professionnelles déjà existantes : « *Il faut qu'elles soient très observatrices. Ça demande beaucoup de synthèse, de précision et d'organisation, de gestion du temps de la part des IDE* ». CDS B

Des approches hétérogènes de l'utilisation des outils de TIC sont mentionnées lors des entretiens. Le CSS A rappelle que « *Certaines IDE sont nées avec une souris dans la main, c'est un outil naturel mais d'autres n'ont pas de PC à la maison* ». Les IDE rencontrées mettent en avant la nécessité de maîtriser la gestuelle et les outils techniques mis entre leurs mains. L'IDE A explique « *Qu'il faut être au top niveau pour manipuler la caméra et le casque en même temps [...] avec l'expérience, c'est mieux* ». L'IDE B, quant à elle, témoigne : « *Sans formation, quand on débarque, on a pas le mode d'emploi. On a le stress de faire perdre du temps à tout le monde. On se demande comment ça marche* ». À l'occasion des entretiens, elles réaffirment la nécessité de faire une formation interne à minima, au mieux un DU soit en référence avec l'expertise métier sollicitée ou en télémédecine.

- *Les pratiques des soignants revisités*

En référence aux préconisations de la CNIL concernant les droits des individus, patients et professionnels doivent donner leur accord pour être filmés. Le CSS A et le CDS A ont fait référence à l'obligation de demander l'accord écrit du patient. Un document est remis au patient à cet effet. Lors de la téléconsultation, le chirurgien se doit de vérifier les nom et prénom du patient pour respecter les préconisations d'identitovigilance, pour saisir ses observations et prescriptions dans le dossier informatisé du patient. En conséquence, il interroge l'IDE entre deux chambres. Ainsi, le chirurgien A se fait confirmer l'identité du patient « *On parle bien de M. X?* ». Alors, l'IDE redit le nom du patient suivant dans le couloir, ce que déplore le CDS A « *Cela pose un problème de secret médical. Les IDE n'ont pas réfléchi à cela* ».

Dans le domaine de la réalisation des gestes techniques, le médecin A craint des erreurs d'asepsie. Le risque est plus présent dès qu'il faut montrer la plaie avec la caméra. Il est vigilant à « *Bien cloisonner l'IDE de pansements et l'IDE de la caméra. Il faut beaucoup plus de rigueur* ». Ce que confirment les deux cadres de santé interrogés : « *Plus de rigueur dans l'organisation des soins [...] il faudrait faire des fiches action pour conserver les pansements, pour noter et transmettre le taux d'absorption de la plaie. Il y a des rappels à faire* » CDS B

Les professionnels rencontrés évoquent une image au travers de la caméra qui n'est pas toujours fidèle à la réalité : l'image est différente, les couleurs aussi. « *On ne voit pas bien les contrastes, la profondeur. Alors on décrit au mieux* » IDE B ; « *L'image est correcte mais*

il y a une distorsion, pas de vision en 3D. L'œil de l'IDE apporte des infos complémentaires. La prise en charge est plus complète. Une image d'aspect normal à la caméra peut être anormale et vue par l'IDE » MED B. En conséquence, « *L'œil de l'IDE est important » MED A* A cette occasion, elle est amenée à réaliser des gestes à la demande du chirurgien comme gauger les plaies, tester des zones de même couleur afin d'en définir la nature (tendon ou os par exemple).

- *Une communication adaptée*

Nos interlocuteurs s'accordent à dire que la « *Relation à distance peut être intimidante »* CSS B. Elle abolit la relation duelle entre médecin et patient comme entre médecin et IDE.

Au plan de la relation entre médecin et paramédical, l'IDE A apprécie les échanges de savoirs, de connaissances « *On échange beaucoup sur les connaissances, la prise en charge qui évolue, les plaies [...] elle [le chirurgien] déduit les prescriptions selon l'avis de l'IDE à propos de la compliance au traitement par exemple »*. Le CDS A confirme la présence d'échanges plus riches « *C'est valorisant pour l'IDE »*.

Pour autant, l'IDE B témoigne d'un changement dans la communication entre le médecin à distance et elle : « *On peut lui parler quand même mais on lui parle différemment, à cause de l'écran »*. Elle précise « *La communication côte à côte est plus facile »*.

Pour d'autres professionnels, cette forme de visite se vit en accéléré « *Elle [le chirurgien] prend moins de temps que pour une visite classique. »* CDS A L'IDE A craint « *Une perte de détails qui peuvent être décisifs dans l'échange avec le chirurgien »*.

Pour nos interlocuteurs, la télémédecine modifie le type d'informations diffusé au patient dans cette approche particulière. Le médecin va « *Donner des explications sur le choix de traitement possible, confirmer une sortie »* CDS A mais il ne pourra annoncer des décisions plus cruciales comme « *Une amputation. C'est trop brutal »*. CDS A

Pour certains professionnels, des patients malentendants et / ou âgés n'entendent pas ce que dit le chirurgien. Aussi, ils ont l'impression « *De ne pas avoir vu le médecin »*. IDE A

En réponse, le cadre B préconise de préparer le patient à la téléconsultation « *Il faut leur expliquer avant, les installer ...les redresser dans leur lit pour qu'ils parlent plus facilement...pour un meilleur dialogue »*.

De plus, le cadre A envisage d'équiper son unité d'un casque audio supplémentaire afin de permettre un dialogue direct entre le patient et le médecin à distance.

- Des attentes précises et fortes vis-à-vis du directeur des soins

Chaque interlocuteur a pu envisager le rôle du DS au regard de sa place. Ainsi, les compétences stratégiques, de coordination et opérationnelles ont été abordées de manière complémentaire.

Le directeur des soins : Un stratège reconnu

- *Un partenaire privilégié pour l'ouverture sur le territoire*

Une majorité de nos interlocuteurs incite le DS à se positionner de manière ambitieuse. En effet, pour eux, le DS « *Est au milieu de tout, est là pour faire du lien à l'échelle du territoire* » DS A « *Le DS a un positionnement stratégique. Il a une vision, il est facilitateur. Il fait partie de l'équipe de direction et a accès à des partenariats à l'extérieur* » Expert 3

L'enjeu semble se situer à l'échelle du territoire. « *Les projets de télémédecine s'élargissent sous l'impulsion des ARS. Il faut une réflexion de territoire* » MED A « *Il y a nécessité que le DS impulse l'organisation, le portage du projet, la coordination des projets même si ses activités se dispersent...sinon dès qu'on se relâche, on perd...* » PCME B

Dans cette perspective, le DS se doit d'imaginer de nouveaux partenariats et de nouvelles formes d'organisations car « *On est en association avec un CH à 15 km. Donc, les choses sont à faire autrement qu'à ce jour* ». CSS A « *Cela doit s'inscrire dans le développement du maillage territorial* ». DG B

En conséquence, inscrire le DS dans une réflexion autour du parcours de soins du patient semble évident pour nos interlocuteurs. « *Développement de la prise en charge dans une logique de parcours* » CDS B, « *La légitimité de nous, les DS ? C'est le développement des parcours des patients. Nous avons neuf filières patients dans la CHT. On rend un service de proximité.* » DS A En articulation avec la télémédecine, il est attendu pour « *Développer le partenariat avec l'HAD* » CDS B

Cette réflexion est portée par une vision spécifique de l'hôpital : « *La conception centralisée de l'Hôpital a atteint ses limites. L'hôpital est traversé par les patients.* » DS A « *On doit mettre du lien entre intérieur et extérieur au travers de pratiques externalisées à l'hôpital. La télémédecine, les consultations avancées...* » DG B

Enfin, certains comptent sur le DS pour « *Faire la promotion de la télémédecine* » CDS A « *Le rôle du DS est au niveau de la communication... Déjà...surement [...] faire connaître l'hôpital, qu'est-ce que l'on propose* » CSS B

En outre, les professionnels comptent sur le DS pour imaginer des réponses aux besoins de la population dans une approche de santé publique. Développer des activités adaptées apparaît comme une attente partagée par nos interlocuteurs : « *Développer avec le médecin des activités en plus* » MED B ; « *Développer la réponse aux besoins des patients* » PCME B ; « *Répondre à la demande d'activité car il y a encore des listes d'attente* » IDE A

A défaut, les professionnels de santé semblent prendre l'initiative du projet.

« Régulièrement, le DS n'est pas la première personne sollicitée. Il donne son aval après. Puis présente le projet au directoire et le fait inscrire dans le projet médico-soignant de l'établissement ». Expert 1 Ceci nous est confirmé par le DS B *« Pour être tout à fait honnête avec vous, je n'ai fait que dire oui ».* Dans cette hypothèse, les activités peuvent se développer en dehors de toute approche règlementaire et juridique.

Une fois que l'initiative a été prise par les collaborateurs, le DS intervient en régularisation des *« Situations de braconnage. C'est l'usage différent qui est fait d'un outil par rapport à ce qui est admis »* Expert 2 En effet, plusieurs de nos interlocuteurs ont évoqué ce type de situation : *« On le fait pas officiellement mais les IDE libérales ou en EHPAD envoient des photos et demandent des avis. On a aussi des appels pour avis. L'unité a un iPhone. L'envoi des photos se fait dessus. Les IDE libérales nous appellent pour dire qu'elles ont envoyé une photo sur l'iPhone »* IDE A ; *« Il faut arrêter les envois de photos sur l'iPhone »* DS A *« Il faut sécuriser les échanges de photos. On a arrêté les téléchargements de photos qui étaient faits »* MED A

Ainsi, le DS est identifié et positionné comme garant du respect des droits de patients et des responsabilités des soignants *« Le DS est garant de la continuité des soins, du respect de la réglementation, des droits des patients ».* DS A *« Il existe un risque de dérive éthique. C'est le rôle du DS que d'y être vigilant »* Expert 1 *« Il faut se poser la question de qui écrit, où... pour sécuriser les informations. L'archivage des photos, c'est une obligation du dossier-patient »* DS B

En réponse, l'Expert 1 recommande : *« Une analyse par le DS de l'organisation à faire évoluer est indispensable. Il s'agit de faire émerger les besoins en télémédecine pour les patients à risque notamment personnes âgées et malades chroniques. Il faut s'appuyer sur des données mais elles sont délicates à obtenir pour réaliser le projet médical et le projet de soins ».*

- *Un acteur incontournable pour les orientations stratégiques de l'établissement*

En premier lieu, il est attendu du DS qu'il prenne conscience des enjeux, intérêts et limites de la télémédecine. *« Le DS doit comprendre l'importance à accorder à cela »* MED B *« Le DS doit prendre la mesure de l'organisation que cela représente »* PCME A

Cela implique un positionnement stratégique de sa part au sein de l'équipe de direction : *« Le DS est comme les DH, il participe aux choix stratégiques »* DG A *« Il a un rôle de conseiller, d'aide à la prise de décision, fondamental »* DH C

Ce positionnement semble revêtir un aspect particulier dans le cadre de l'organisation des prises en charge *« Le DS est la voix soignante dans l'équipe »* DH C Un lien spécifique est

à envisager dans le cadre des TIC « *Il faut se positionner vis-à-vis de la Direction des Systèmes d'Information Hospitaliers et mettre une présence soignante dans cette direction tout en continuant à la gérer au sein de la direction des soins. Il existe un enjeu de positionnement du DS au sein de l'équipe de direction. Tout dépend de son investissement dans le champ du SIH* » Expert 1

Sa place au sein de l'équipe de direction est envisagée comme un levier pour faire progresser les projets « *C'est un facilitateur administratif...pour faciliter la vie* » MED A

Son rôle comme rapporteur des besoins en lien avec les nouvelles activités de soins semble clair pour nos interlocuteurs : « *Le DS expose le projet et le besoin de matériel dans le projet [en équipe de direction].* » CSS A « *Le DS est impliqué dans les problèmes de restructuration, les impacts et tout cela..., concerné s'il y a pas de sous, on ne peut rien faire...si la dynamique chute, c'est difficile de penser investissements* » CDS B

Pour cela, il dispose d'outils stratégiques. Le projet de soins est envisagé comme un levier pour l'anticipation des activités à venir : « *Il [le DS] participe à la rédaction du projet médical et de l'organisation soignante. Il anticipe les problèmes à venir. C'est d'ailleurs comme cela qu'a émergé le projet de télémédecine asynchrone* » DS A ; « *Le DS inscrit [le projet de télémédecine] dans le projet de soins comme une alternative à l'Hospitalisation Complète (HC)* ». CSS B

Par ailleurs, les interlocuteurs positionnent DS comme pilote de la Gestion Prévisionnelle de Métiers et de Compétences (GPMC). Il anime la réflexion autour de l'acquisition ou le maintien des compétences spécifiques aux prises en charge à distance. L'Expert 2 envisage cette question comme suit : « *En quoi le DS facilite l'expression des compétences en TIC de ses collaborateurs ? Et l'acceptabilité pour la e-performance ?* ». Une forme de réponse est proposée par l'encadrement soignant : « *On se sert du plan de formation pour la trajectoire professionnelle des agents. Il faut détecter les agents intéressés. On a le devoir de développer les compétences* ». CSS A

Enfin, une fois les orientations stratégiques définies, il s'agit de les faire vivre. Un des préalables identifiés par nos interlocuteurs a été le partage de cette vision avec l'ensemble des soignants et en particulier avec l'encadrement. « *Il faut que le DS et le CSS aient la même vision, qu'on assure le suivi... On ne soit pas opérateur* » CSS A

Le directeur des soins : Leader pour la coordination de projet

La grande majorité de nos interlocuteurs attendent du DS qu'il pilote ce type de projets « *Le DS doit prendre en charge le pilotage du projet.* » PCME B Sa responsabilité au plan de l'organisation des soins semble connue. C'est le « *Premier garant des modalités d'organisation* » CSS A

Celui-ci est vu comme un "chef d'orchestre" « *Animateur de plusieurs interlocuteurs de champs différents* » DG B A ce titre, il planifie, organise, répartit les ressources, décide, arbitre et / ou négocie pour la réussite du projet : « *On doit avoir la vision des points d'étape...savoir quoi prévoir pour entretenir la dynamique de l'extérieur* » CSS A ; « *Le DS a des liens avec les services techniques et financiers. Il est dans le pilotage et la coordination des projets. Il peut aussi inciter et répondre à des appels d'offres* ». Expert 3. Il a un « *Rôle majeur pour s'entourer des bonnes personnes pour monter le projet et en faire une dynamique et la maintenir* » CSS B

Dans le champ particulier du management de l'encadrement des CSS et des CDS, les attendus sont posés : « *Le DS confie le projet au CSS pour la coordination autour du projet. Le CSS rend des comptes, l'évaluation du projet...* » CSS A Les compétences recherchées vis-à-vis des CSS sont les suivantes : « *Le CSS assure le suivi de proximité sans être directement dans l'opérationnel* » CSS B ; « *Le CSS envisage les locaux, la GRH, le matériel, les produits...il prévoit les outils pour l'organisation (entretiens, benchmark, logigramme de parcours...adaptation des documents existants, évaluation du temps de chaque étape)* » CSS B En retour, les CSS attendent du soutien de la part du DS : qu'« *Il gomme les dysfonctionnements* » CSS B

Enfin, le DS est amené à réfléchir au type de management envisageable pour porter le projet : « *Il paraît utile d'associer les professionnels, montrer en quoi la situation initiale est insuffisante et en quoi la situation à venir sera meilleure* » Expert 3

Le directeur des soins : Opérationnel communiquant et évaluateur

Une majorité de nos interlocuteurs attendent du DS une activité soutenue en communication pour générer la motivation des professionnels et les engager dans le projet « *Il faut bâtir la conviction des professionnels de l'intérêt du dispositif* » DG A ; « *Expliquer aux soignants (médecins et paramédicaux) ...ce qui intéresse les équipes, c'est la philosophie, la qualité du service rendu dans ce contexte différent* » DG A ; « *On donne de l'intérêt au travail.* » DS B

Il apparaît comme responsable des compétences des professionnels et du respect de la réglementation : « *Il faut organiser la délégation des tâches* » DS A ; « *Il paraît nécessaire de développer des référents télémédecine. Faut-il une création de filière ? On est à la frontière des pratiques avancées. Ce sont des compétences supplémentaires à valoriser. C'est le rôle du DS que de repérer ces compétences* » Expert 1

Alors, l'évaluation des pratiques professionnelles s'inscrit comme une suite logique :

« *Il s'assure que l'IDE au téléphone a les compétences pour répondre aux questions. Par exemple, avertir le requérant de qui répond aux questions* » DS B ; « *On [le DS et moi] a un œil à distance, on contrôle* » CSS B

Enfin, certains regrettent une absence de formalisation des expériences en cours. « *Il n'y a pas d'écrits sur les changements de pratiques. Malheureusement, il n'y a pas de publication ni de valorisation du rôle des soignants* » *Expert 1*

2.2.2 Une enquête en miroir avec les contenus théoriques

Donc, les prises en charge à distance mobilisant la télémédecine sont utilisées pour répondre à un besoin d'un territoire face à la désertification médicale, au vieillissement de la population comme pour contribuer à la pérennité d'un établissement de santé. Elles peuvent également être envisagées comme une organisation permettant d'améliorer la qualité de la PEC en donnant accès à des avis de spécialistes sans déplacement inutile, de développer le maillage territorial par la coopération avec les IDE libérales et des EHPAD, d'éviter l'encombrement aux urgences en développant la qualité des PEC en premier recours. Certaines réticences au développement de ces organisations s'expliquent notamment par une méconnaissance des enjeux ainsi que des cadres juridiques de réalisation. Pour autant, les acteurs déjà engagés dans ces pratiques sont convaincus de l'aspect inéluctable du développement de la télémédecine.

La conception de ces modes de fonctionnement est liée à la volonté de certains professionnels, relève de la responsabilité et du rôle de l'équipe de direction d'un hôpital et interpelle en particulier la fonction de direction des soins. La pratique interroge de nombreux domaines du management des établissements et des professionnels (orientations stratégiques, partenariat et réseaux, financement, réglementation, mode d'organisation et pratiques de soins, compétences individuelles et collectives, communication et évaluation). De ce fait, elle mobilise les compétences managériales des DS et de l'encadrement soignant.

2.2.3 Des hypothèses validées

Ainsi, le déploiement de ces prises en charge mobilisant les TIC implique le DS dans la réflexion du projet territorial de santé et dans le développement de la coordination externe avec les EPS partenaires. Il a pour rôle d'anticiper et d'intégrer ces formes de prises en charge alternatives dans la réflexion stratégique de l'établissement.

Il amène le DS à coordonner la mise en œuvre de nouvelles formes d'organisations et de pratiques de soins nécessitant le développement de compétences spécifiques

Enfin, ces prises en charge mobilisent le DS dans l'accompagnement de l'encadrement afin de faciliter l'appropriation des modifications induites.

3 Les Prises En Charge à distance & les TIC : Le Directeur des Soins comme « *Coordonnateur d'innovation* »⁶²

Ainsi, les différentes composantes de l'e-santé s'invitent dans le système de santé français et en modifient les fondements. Aux yeux des pouvoirs publics, les prises en charge à distance mobilisant les TIC peuvent concourir à la refonte des organisations sanitaires et médico-sociales. Par là même, elles influent sur l'exercice des professionnels de santé et en particulier les DS dans leurs compétences-métier « *Implication dans la conception, la conduite et le suivi de projets dans les différents champs contribuant au bon fonctionnement de la structure* » et « *Contribution au développement des partenariats et des spécificités pour la continuité de la prise en charge des usagers* »⁶³.

Pour Marie-Aline BLOCH, « *De nouveaux cadres intermédiaires exercent un rôle majeur dans le processus de réforme et d'apprentissage organisationnel, à l'interface entre le terrain – où émergent en permanence de nouveaux besoins, assortis d'un fort potentiel d'innovation – et les décideurs publics veillant au développement, à la généralisation et au financement des dispositifs les plus performants. Nous les avons appelés "coordonnateur d'innovation"»*⁶⁴ Aussi, les DS représentent un exemple de coordonnateur d'innovation qu'elle identifie comme « *Champions organisationnels* » car ceux-ci « *Ont à cœur de créer de nouveaux dispositifs au sein et en dehors de leur établissement, et d'initier de nouveaux modes de management* »⁶⁵.

En conséquence, la réforme du système de santé associée à la révolution des TIC représentent une opportunité pour nous inscrire dans le futur. En effet, « *Demain, dans un contexte en pleine mouvance, la présence des directeurs des soins sera aussi indispensable qu'hier pour accompagner le développement des coopérations pluri professionnelles internes et externes, proposer et accompagner de nouvelles modalités de prises en charge des patients, contribuer à la réussite d'une organisation territoriale des*

⁶² BLOCH Marie-Aline, HENAUT Léonie – « *Coordonnateurs d'innovations : les nouvelles professionnalités en organisation sanitaires et médico-sociales* » - RHF n° 557 Mars- Avril 2014, p16-20

⁶³ Référentiel de compétences des directeurs des soins – EHESP – Décembre 2011, mise à jour Décembre 2014

⁶⁴ BLOCH Marie-Aline, HENAUT Léonie – « *Coordonnateurs d'innovations : les nouvelles professionnalités en organisation sanitaires et médico-sociales* » - RHF n° 557 Mars- Avril 2014, p16-20

⁶⁵ BLOCH Marie-Aline, HENAUT Léonie – « *Coordonnateurs d'innovations : les nouvelles professionnalités en organisation sanitaires et médico-sociales* » - RHF n° 557 Mars- Avril 2014, p16-20

parcours de soins, impulser le développement de compétences nouvelles chez les IDE et AS, et développer un management durable »⁶⁶

Ainsi, penser l'hôpital « hors les murs », envisager les prises en charge à distance mobilisant les TIC, répond à cette vision du métier de DS, dans laquelle nous souhaitons inscrire nos propositions pour l'action. Nous nous positionnerons comme future DS en gestion.

Par ailleurs, les enseignements empiriques tirés de l'enquête ci-avant nous permettent de dégager plusieurs axes comme guides pour l'action à venir. Nous avons choisi de présenter les aspects stratégiques relevant du positionnement du DS dans un projet de déploiement de prises en charge à distance mobilisant les TIC.

Toutefois, le premier axe est envisagé comme un préalable et concerne le groupe professionnel des DS. Les suivants s'appuient sur le référentiel métier du DS⁶⁷ qui nous oriente vers trois compétences complémentaires : stratégiques, de coordination et opérationnelle.

3.1 Acculturer les Directeurs des Soins au paradigme des TIC

Aussi, le DS comme responsable de l'organisation anticipée des soins, est partie prenante de l'équipe de direction et de ce fait, est amené à anticiper sur l'évolution des besoins de santé et les modalités à inventer pour y répondre.

Pour ce faire, la connaissance des enjeux de l'e-santé dont la télémédecine, semble être incontournable pour accompagner les évolutions organisationnelles de demain et envisager l'hôpital « hors-les-murs ». Cette sensibilisation peut être envisagée en formation initiale comme en formation continue. Elle peut s'immiscer dans les enseignements comme une alternative, une complémentarité ou un aspect supplémentaire à envisager dans tous les domaines de l'organisation des soins à l'échelle d'un territoire de santé ou d'un bassin de population.

Les objectifs pédagogiques pourraient être :

- Expliciter les enjeux, les impacts du développement des TIC sur le système de santé, l'avenir des hôpitaux et l'évolution des organisations de soins.
- Réfléchir à l'inscription des prises en charge à distance comme un mode d'organisation possible (complémentaire, supplémentaire ou alternatif) dans les réflexions territoriales.

Les méthodes pédagogiques s'appuieraient sur le développement du e-learning sous la forme d'un « Massive Open Online Course » (MOOC) par exemple, l'expérimentation des forums professionnels, la découverte in-situ de prises en charge à distance opérationnelles,

⁶⁶ LEDOYEN Jean-René – « *Directeur des soins, un métier en continuelle évolution* » - Soins Cadres n° 95 Septembre 2015, p38-41

⁶⁷ Référentiel métier de Directeur des Soins en établissement et en institut de formation – Mars 2010

l'usage de rencontres virtuelles ou visioconférences, la simulation sous l'œil d'une caméra etc. Mais auparavant, peut-être, pour les générations d'aujourd'hui, faudrait-il reprendre les bases de l'usage des outils numériques ?

Ainsi, les DS qu'ils soient destinés à exercer en établissement ou en institut pourraient intégrer dans leur projet la dimension des TIC en santé et leurs impacts sur les organisations et les pratiques de soins.

3.2 Inscrire les Prises En Charge à distance dans la stratégie de l'établissement

Une fois en poste ou de retour de formation continue, le DS participe à la conception du projet d'établissement. A ce titre, il peut s'appuyer sur le principe de collaboration et proposer une co-construction avec les acteurs du territoire. La démarche peut s'inscrire dans une logique de démarche de santé publique et de santé communautaire.

Ensuite, en collaboration étroite avec le PCME, l'équipe de direction dont le directeur du SIH et de la qualité peuvent faire des propositions au DG

3.2.1 Evaluer la pertinence des Prises En Charge à distance à l'échelle territoriale

La mise en place des GHT représente une opportunité à saisir pour envisager l'organisation de l'offre de soins du territoire. La présence du DS dans leurs instances favorise l'inscription de la réflexion dans une logique de parcours de santé ou filière de soins mobilisant les TIC à partir d'une analyse stratégique du territoire.

- Participer à un diagnostic partagé du territoire

En cohérence avec la démarche de santé publique, le DS et ses collègues de l'équipe de direction définissent l'objet étudié (quel territoire ? quels acteurs ?) La réalisation d'un SWOT sera pertinente pour déterminer le périmètre du projet. Puis, une étude épidémiologique, une cartographie de l'offre de soins (Hospi diag), de l'offre en santé ; de l'offre médico-sociale et sociale en allant à la rencontre des partenaires externes (premiers recours, associations d'usagers, établissements médico-sociaux et sociaux du territoire, élus etc.) peut éclairer les réflexions. Enfin, découvrir les besoins et attentes des usagers, envisager l'hôpital hors les murs sera nécessaire pour valider ou non la pertinence de la mise en place de parcours de soins basés sur des prises en charge à distance.

Toutefois, le SWOT pourra faire apparaître un risque concurrentiel fort comme des limites internes dans le déploiement de ces prises en charge. Alors, le DG et l'équipe de direction envisageront la pertinence de la poursuite de la réflexion. Si elle est validée, les membres

de l'équipe de direction pourront aller à la rencontre des acteurs du territoire (usagers, patients, professionnels du premier recours, interlocuteurs des lieux de vie, élus, représentants des politiques publiques etc..) comme rester ouverts à des propositions de coopération ou de collaboration qui leur seraient faites.

En tenant compte de l'histoire du territoire et des organisations déjà en place, l'équipe déterminera le périmètre de l'action. Débuter par une organisation simple, en équipe réduite peut être un socle efficace pour réussir et ensuite envisager un élargissement à d'autres activités et d'autres partenaires.

- S'informer des politiques de santé publique nationale et régionales

Afin d'élaborer un projet d'activités de télémédecine, il paraît indispensable de s'informer des préconisations des plans régionaux de santé et des plans de télémédecine régionaux. En effet, afin d'être financé, ce projet doit tenir compte des orientations indiquées par les ARS. Des opportunités peuvent se présenter notamment grâce à des appels d'offre. À cet effet, mettre en place une veille serait utile (cf. § 1.1.4). Une fois le projet validé, le DS peut participer à l'élaboration des contrats avec l'ARS et à la rédaction de fiches projet utiles à la concrétisation de l'activité.

- S'approprier les conditions réglementaires et méthodologiques de réalisation de l'activité

Afin de répondre aux orientations nationales (cf. § 1.1.4 et 1.3.2), de nombreux outils sont mis à disposition des établissements pour déployer ces prises en charge à distance basées sur les TIC comme le « *Guide-grille de pilotage et de sécurité d'un projet de télémédecine de l'HAS* »⁶⁸. L'ANAP, quant à elle, propose des retours d'expérience au travers de l'analyse de « *La télémédecine en action : 25 projets passés à la loupe* » Tome 1 et 2. Puis, des déclinaisons sont disponibles selon le type de pathologies envisagées : « *La télémédecine en action : prise en charge de l'AVC – support d'aide au déploiement régional* »⁶⁹ ; « *La télémédecine en action : santé des personnes détenues – éléments de constat et d'analyse* »⁷⁰

Enfin, des guides thématiques sont mis à disposition par la DGOS (cf. bibliographie) afin de respecter les conditions réglementaires, juridiques, éthiques et déontologiques. Des recommandations du CNOM sont également accessibles en ligne⁷¹.

⁶⁸ HAS – « *Guide-grille de pilotage et de sécurité d'un projet de télémédecine* » - 2013

⁶⁹ ANAP – « *La télémédecine en action : prise en charge de l'AVC – support d'aide au déploiement régional* » 2014

⁷⁰ ANAP – « *La télémédecine en action : prise en charge de l'AVC – support d'aide au déploiement régional* » 2014

⁷¹ Conseil National de l'Ordre des Médecins « *Télémédecine : les préconisations du CNOM* » 2009

- Réfléchir dans une logique de parcours de soins et / ou santé pour les usagers

En cohérence avec l'approche communautaire de la santé, le groupe porteur de la réflexion dont le DS ou l'un des DS du GHT pourrait être leader, réfléchira aux parcours actuellement suivis par les usagers. Il estimera si une amélioration de ceux-ci est possible grâce à la télémédecine.

Afin de faciliter la démarche, il pourra s'appuyer sur les expériences pionnières comme « Télégéria »,⁷² « PAERPA »⁷³ ainsi que ceux rapportés par l' ANAP dans « *La télémédecine en action : 25 projets passés à la loupe* » Tome 1 et 2.

De plus, un état des lieux des « situations de braconnage » déjà existantes sera utile afin de tenir compte des organisations déjà en place. Une étude de pertinence est à réaliser afin d'en valider l'intégration dans le projet de territoire.

Ainsi, une fois déterminée la pertinence de la réalisation de l'activité, nous pourrons envisager la faisabilité du projet.

3.2.2 Envisager une faisabilité réaliste du projet

En premier lieu, une étude médico-économique est à réaliser afin d'en vérifier l'efficacité. Compte-tenu des contraintes financières des établissements, les projets sont à envisager à coût constant au plan des moyens humains. Les acteurs du premier recours comme ceux des secteurs médico-sociaux et sociaux ont également cet aspect à envisager.

Ensuite, les impacts sur l'activité hospitalière sont à envisager. Le projet contribue-t-il à développer une activité en réponse à un besoin ? Se substituera-t-il à une activité déjà existante ? Quelles conséquences ? De manière spécifique, la prise en charge à distance des « plaies à cicatrisation complexe » est clarifiée par l'arrêté du 17 Avril 2015⁷⁴. Elle ouvre des perspectives de financement.

En second lieu, la faisabilité technique sera étudiée : Existe-t-il une interopérabilité entre les différents SIH impliqués ? Quel est l'état des lieux des SIH existants entre les futurs partenaires ? Quels investissements sont à envisager ? Pour quel budget ? Les compétences humaines informatiques sont-elles présentes pour répondre au projet ? Une messagerie sécurisée entre les partenaires est-elle disponible ? Fonctionnelle ? Une

⁷² ESPINOZA Pierre et al – « *Déploiement de la télémédecine en territoire de santé* » - Techniques Hospitalières n° 725 - Janvier-Février 2011, p9-17

⁷³ PREVOTEAU et al – « *Le système d'information dans PAERPA : un outil de coordination pour des parcours de santé plus fluides* » - RHF n° 565 Juillet-Aout 2015, p74-77

⁷⁴ Arrêté du 17 Avril 2015 portant cahier des charges des expérimentations relatives à la prise en charge par télémédecine des plaies chroniques et / ou complexes mises en œuvre sur le fondement de l'article 36 de la Loi n° 2013-1203 de financement de la sécurité sociale pour 2014.

vigilance particulière sera exercée pour se donner toutes les garanties de respect de la sécurité des données et des droits des patients.

En troisième étape, l'équipe devra évaluer la capacité et la motivation des interlocuteurs médicaux pour porter le projet. Existe-t-il un médecin motivé, impliqué dans la réflexion ? Ayant réalisé ou réalisant déjà ce type de prise en charge ? Des appréhensions sont-elles présentes ? En quoi consistent-elles ? Sur quoi portent-elles ?

En dernier lieu, une évaluation des organisations soignantes en présence sera réalisée par le ou les DS concernés : Quel est le niveau de structuration des organisations médico-soignantes dans les unités de soins ? Quel est leur niveau de formalisation des prises en charge (Dossier Patient Informatisé) ? Quels partenariats sont déjà opérationnels ? Quelles compétences d'encadrement sont disponibles ? Quel est le niveau de formation des professionnels, certains d'entre eux seraient-ils susceptibles d'acquérir les compétences manquantes ?

In fine, si l'étude de faisabilité montre « *Un projet médical répondant à un besoin, un portage médical fort soutenu par un coordonnateur, une organisation adaptée et protocolisée, des nouvelles compétences à évaluer et un modèle économique construit* »⁷⁵, alors le projet médico-soignant pourra être conçu en intégrant notamment une vision de parcours mobilisant la télémédecine.

3.2.3 Concevoir un « *Projet de parcours de soins-qualité* »⁷⁶ porté par tous

Le projet médico-soignant, partie intégrante du projet d'établissement, permet de traduire les intentions en actions concrètes. « *Il exprime la volonté des acteurs de modéliser le parcours de soins en élément structurant de l'organisation. Il s'en suit des propositions d'actions avec une finalité partagée : la coopération de l'ensemble des acteurs à la réalisation d'objectifs communs* »⁷⁷. Nous reprendrons l'intitulé de projet proposé par l'un des intervenants lors du congrès 2015 de l'AFDS « *Projet de parcours de soins – qualité* ». Cette appellation nous paraît intéressante à retenir car elle s'inscrit dans une perspective partagée avec les prises en charge à distance : une logique de parcours au sein d'un territoire, centré sur les patients et les usagers ainsi que sur la qualité et sécurité des soins délivrés.

Cet outil stratégique a pour mission de fixer les objectifs à atteindre. Il permet de clarifier les principes, les valeurs dans lesquels les professionnels vont agir. Basé sur une

⁷⁵ ANAP – « *La télémédecine en action : 25 projets passés à la loupe* » Tome 1 et 2 - 2012

⁷⁶ AFDS – « *De l'hôpital au territoire : vers un projet médico-soignant* » - Journées nationales 2015, Arcachon - le 15/10/2015

⁷⁷ MILLIET Chantal - « *Parcours de soins : la coopération pluriprofessionnelle au service du patient* » - RHF n°557, p34-39

démarche projet, il reprendra les étapes mentionnées plus haut pour l'analyse de l'environnement, en se centrant sur une approche paramédicale. Il donnera l'opportunité de mesurer l'acceptabilité a priori des mutations. Il vérifiera dans l'état des lieux préalable si les professionnels sont en confiance pour agir.

Puis, ces objectifs seront déclinés en plan d'actions concrètes dans une logique d'amélioration permanente de la qualité « Plan-Do-check-Act » (PDCA) ou Roue de Deming. L'un de ses axes pourra être consacré aux prises en charge à distance mobilisant les TIC. Une évaluation du projet est envisagée au travers de la déclinaison de critères et d'indicateurs d'activités, de processus et de résultats spécifiques à ce type de PEC.

L'ensemble de cette démarche peut être envisagée de manière collaborative avec l'encadrement soignant des structures du GHT.

Une fois le projet conçu, il paraît essentiel que les professionnels se l'approprient et puissent s'inscrire dans les évolutions qu'il porte. Ici, encore, le rôle du DS est central.

3.3 Coordonner l'accompagnement des évolutions induites

Comme nous l'avons montré en partie 2, la réalisation d'une activité de télémédecine modifie les organisations et les pratiques de soins dans leur structure. En supplément, des aspects particuliers liés aux TIC se font jour. Ainsi, la réalisation de soins sort du colloque singulier entre soignant et patient pour devenir collectif. Ils donnent à voir des pratiques jusque-là restées confinées au sein des établissements ou des unités de soins.

En parallèle, la modification des organisations comme des pratiques gestuelles se font sous l'œil d'une caméra avec laquelle les professionnels ne sont pas toujours à l'aise. Enfin, cette pratique interroge les périmètres des métiers. Donc, afin que les équipes s'adaptent à ces évolutions professionnelles, le DS envisage l'accompagnement des collectifs de travail et de chaque individu de manière articulée.

3.3.1 Piloter le projet dans une approche coopérative

Dans l'hypothèse du déploiement d'une activité de télémédecine simple (une pratique de soins entre deux établissements), le DS pourra se positionner en appui du CSS et du CDS concernés. Un soutien méthodologique et de communication autour des évolutions induites pourra être suffisant. Après avoir clarifié le périmètre du projet, une coordination souple, limitée dans le temps, favorisant l'autonomie et la prise de responsabilité des CSS et des CDS peut être envisagée.

Pour autant, si le projet s'inscrit dans un déploiement territorial, départemental ou régional, alors le DS se positionnera comme pilote du projet. Il sera nécessaire de créer un espace de coopération. Une Commission de Soins Infirmiers, de Rééducation et Médicotechniques

(CSIMTR) à l'échelle du GHT peut être un outil pertinent pour atteindre cet objectif. Elle favorisera une harmonisation des pratiques et des langages ainsi que le partage éventuel d'expertises paramédicales.

En effet, cette valeur qu'est la coopération « *répond à la volonté des professionnels de collaborer, d'échanger leurs savoirs, d'écouter des différents experts et de renforcer la compétence collective pour une prise en charge personnalisée et adaptée aux besoins du patient* »⁷⁸. C'est dans cette approche que sera organisée la gouvernance du projet (comité de pilotage rassemblant les partenaires internes et externes du projet). Les outils de gestion de projet (WBS, GANTT, Calendrier etc.) seront indispensables pour coordonner le projet, assurer l'adhésion de chacun à la démarche. La communication sera essentielle pour partager les informations de manière transparente, assurer un même niveau d'informations pour tous et acculturer chaque acteur à ce nouveau mode de fonctionnement. Une évaluation sera réalisée sous la forme de retour d'expérience par exemple. Il serait également utile de publier sur cette expérience afin d'enrichir la connaissance collective à propos de ces modes de PEC.

3.3.2 Organiser la mise à disposition des compétences nécessaires

Dans la perspective d'un déploiement d'une activité nouvelle de télémédecine, le DS identifie le coordonnateur du projet puis de l'activité : il s'appuiera sur des compétences en interne repérées grâce à la GPMC ou anticipera la disponibilité de celle-ci. La recherche de cette compétence sera inscrite dans le processus de recrutement ou dans le plan de formation de l'établissement.

Ensuite, pour les professionnels impactés, les compétences spécifiques nécessaires seront identifiées. Une formation en interne sera élaborée, si besoin dans le cadre d'une délégation de tâches protocolisée. Elles pourront s'appuyer sur le partage d'expérience positives, en E-learning et/ou par le biais de stage par comparaison formalisé etc. Des formations plus approfondies comme un DU de spécialités médicales ou en télémédecine seront à envisager.

Selon le type d'activités envisagées, un protocole de coopération entre professionnel sera établi après un inventaire des protocoles déjà élaborés à l'échelle régionale ou nationale. Il sera rédigé spécifiquement pour l'agent impliqué.

La disponibilité des compétences pour la continuité du service rendu sera une préoccupation particulière de l'encadrement soignant.

⁷⁸ MILLIET Chantal - « *Parcours de soins : la coopération pluriprofessionnelle au service du patient* » - RHF n°557, p34-39

Enfin, l'entretien des compétences nécessaires sera envisagé sous la forme d'un partage des compétences (par exemple : réalisation d'un glossaire, d'une banque de données contenant des photos permettant une vision commune et des procédures accessibles à tous). Des sessions de formation commune des équipes impliquées pourraient être organisées par visioconférence pour tous les agents du GHT participant au dispositif. Cela entraînerait une remise à niveau par émulation au sein du territoire. En complément, le DS des instituts de formation sera invité à contribuer à ce volet du projet afin de s'articuler avec la formation des futurs professionnels et éventuellement co-construire un programme de formation par simulation.

3.3.3 Faire connaître les évolutions à venir

Afin de favoriser l'adhésion au projet et lever certaines résistances, il paraît utile d'articuler la rédaction du projet « parcours de soins – qualité » à un plan de communication car « *Pour emporter l'adhésion, le leader doit désormais faire prévaloir l'argument pertinent sur l'argument d'autorité* »⁷⁹

Ce plan de communication aura pour objet de faire connaître le service rendu, son accessibilité et son efficacité. Il permettra également d'accompagner la création de l'espace de coopération utile à la réalisation d'un parcours dans un territoire. Partager l'information avec tous de manière simultanée crée la confiance et soutient la démarche de coopération. Ce plan s'appuiera sur des vecteurs variés de communication afin de sensibiliser le plus grand nombre de personnes (Réseaux sociaux, forums de discussion entre professionnels, lettres, affiches).

Les documents d'information au patient seront particulièrement travaillés afin de délivrer une information claire, loyale et accessible. La traçabilité de la délivrance de cette information y sera intégrée.

Ainsi, compte-tenu des enjeux spécifiques liés aux prises en charge à distance, il nous paraît essentiel d'articuler l'approche organisationnelle avec une approche managériale en cohérence. En effet, « *La coopération est une valeur que le DS est porté à défendre par son management* ». ⁸⁰

⁷⁹ NICOLET Martine - « *Directeurs des soins, cadres de pôle, nouveaux acteurs, nouveau type de management* » - Revue soins cadres, n°86 Mai 2013, p39-42

⁸⁰ MILLIET Chantal - « *Parcours de soins : la coopération pluriprofessionnelle au service du patient* » - RHF n°557, p34-39

3.4 Le Directeur des Soins comme « *Champion organisationnel* »⁸¹

Ainsi, le déploiement de prises en charge à distance mobilisant les TIC à l'échelle d'un territoire sollicite le DS à deux niveaux. Il est amené à inventer de nouvelles organisations de soins. Puis, afin d'en assurer la pérennité et de fédérer les acteurs autour de cette activité, il impulse un management favorisant la coopération.

Compte-tenu des modalités transversales de l'activité, des aléas techniques envisageables, il paraît pertinent de s'appuyer sur les compétences des professionnels en présence et de ce fait, d'identifier avec eux, leur espace d'autonomie et de responsabilités. En conséquence, pour le DS, l'objectif est d'anticiper sur les organisations et les pratiques à adapter puis d'améliorer la structuration des activités. Celle-ci peut être envisagée dans le cadre d'un management participatif grâce aux méthodes du LEAN management. En effet, le LEAN management invite à « *Apprendre à utiliser – beaucoup- plus intelligemment le capital et le travail afin d'améliorer la productivité et de pouvoir tirer parti ensemble et pour tous [...] il s'agit de créer de la valeur et de la croissance sans gaspiller inutilement les ressources disponibles et les efforts humains* ». Aussi, il « *Développe et fait progresser les êtres humains pour qu'ils apprennent à mieux travailler ensemble pour créer de meilleurs processus* »⁸².

3.4.1 Etayer la création de nouvelles organisations

L'approche LEAN semble adaptée aux hôpitaux car ceux-ci fonctionnent dans un contexte d'organisation complexe. Elle l'est d'autant plus pour les prises en charge à distance car les acteurs sont dans et hors l'institution, que les pratiques sont disparates à l'origine du projet. Ainsi, ce management permet de visualiser chaque étape du circuit réalisé par le patient. Il s'appuie sur les compétences et connaissances de l'ensemble des professionnels concernés et interpelle chacune des activités nécessaires. De ce fait, par la formalisation du parcours, chaque personne concernée, patient, entourage, médecins, paramédical, secrétaire, assistante sociale sait ce que l'on attend de lui et où, quand et comment il devra intervenir dans le parcours. Les outils comme les Chemins Cliniques et le Plan de Soins Type semblent des supports adaptés.

Dans cet objectif, le DS crée les conditions pour que les CSS puissent s'approprier les outils comme les procédures, protocoles, modes opératoires. Au préalable, il fait connaître les changements concernant l'utilisation des TIC, les gestes à réaliser, le mode de

⁸¹ BLOCH Marie-Aline, HENAUT Léonie – « *Coordonnateurs d'innovations : les nouvelles professionnalités en organisation sanitaires et médico-sociales* » - RHF n° 557 Mars- Avril 2014, p16-20

⁸² BALLE Mickael, BEAUVALLET Godefroy – « *Le management LEAN* » - Pearson France, 2013, 240 pages

communication en évolution. Il contribue à la prise de conscience des modifications de pratiques et d'usages en cours afin de limiter la résistance aux changements.

Enfin, il veille à leur articulation avec le projet « Qualité – Risques – Evaluation » de la structure. Une vigilance particulière est assurée à propos de l'appropriation des obligations réglementaires et des responsabilités spécifiques liées à cette activité

3.4.2 Favoriser l'intelligence collective par un management adéquat

Concevoir une prise en charge à distance basée sur l'utilisation des TIC pour un patient dans un territoire induit la construction d'une compétence collective qui soit au service de l'organisation et de la qualité des soins. Pour ce faire, le DS comme le CSS « *Doivent se comporter en leader et adopter une posture de coach auprès de leur équipe* »⁸³, ce « *D'autant que l'accompagnement est vraiment la clé de la réussite d'un tel projet ! [Télémédecine entre un CH et 7 EHPAD].* »⁸⁴

Faire le choix d'un management participatif pour le DS et le CSS permet de gagner en flexibilité. Ceci favorise l'adaptation des équipes à leurs nouvelles conditions de fonctionnement. Il introduit de la cohérence pour construire la coopération.

Travailler avec des acteurs souples, capables de gérer l'imprévu et la complexité peut faciliter la gestion des évolutions à venir. Elle permet de rendre les professionnels plus autonomes et responsables. En conséquence, elle induit une gestion efficace des prises de décision afin de gagner en réactivité.

En effet, le management participatif selon LIKERT⁸⁵ fait évoluer le mode de prise de décision. Ainsi, le LEAN invite à déléguer la décision au plus près des activités. Celle-ci se fait en consensus. En adoptant le principe de subsidiarité, le décloisonnement devient possible car il rend chaque individu et/ou chaque collectif légitime pour prendre les décisions qui leur incombent au niveau où ils se trouvent. Il est perçu comme une reconnaissance des connaissances des solutions. A ce titre, il peut renforcer la motivation, l'engagement et prévenir les Risques Psycho-Sociaux (RSP). Mais les acteurs ont une capacité de mise en perspective limitée. Aussi, la concertation est indispensable à la prise de décision. Toutefois, la responsabilisation et l'autonomie peuvent représenter une contrainte, peuvent confronter les individus aux représentations qu'ils ont de leurs métiers et les renvoyer à leurs propres limites. Par ailleurs, il interpelle les rôles et missions de l'encadrement intermédiaire.

⁸³ NICOLET Martine - « *Directeurs des soins, cadres de pôle, nouveaux acteurs, nouveau type de management* » - Revue soins cadres, n°86 Mai 2013, p39-42

⁸⁴ SCHAUMBURG Gérard « *Comment connecter l'Hôpital ?* » DH magazine, 2^{ème} trimestre 2013 – pages 128 à 129

⁸⁵ <http://www.memoireonline.com/02/09/1995/Les-ecoles-de-la-theorie-des-organisations.html>

Aussi, le DS impulse un modèle de management de proximité adapté aux spécificités du projet. «*Sa [le DS] conception d'un projet managérial reconnaissant à l'encadrement de proximité sa compétence clinique et d'animation des équipes favorise la coordination d'un parcours de soins* »⁸⁶. C'est pourquoi nous nous intéressons au modèle de « Management clinique » proposé par Thérèse PSIUK. Celui-ci accompagne « *Le développement d'une culture pluridisciplinaire et une rupture avec le décloisonnement, lequel est un frein énorme aux décisions collectives et aux soins coordonnés.* »⁸⁷

De facto, la mise en œuvre d'une activité de télémédecine peut servir de levier au DS pour donner ou redonner des repères à l'encadrement de proximité quant à leurs rôles et missions. Au-delà des prises en charge à distance, cette évolution pourra bénéficier à toutes les PEC hospitalières et aux professionnels en présence.

Ainsi, au-delà des bénéfices apportés par la structuration et la formalisation des nouvelles organisations, il s'agit de faciliter le fonctionnement dans une logique de décloisonnement, de se comprendre, de se construire un fonctionnement commun, connu et partagé, faisant sens pour tous les professionnels impliqués. Aussi, il paraît logique d'articuler la vision du management avec la vision de la santé et de l'homme portée par la démarche de santé publique et communautaire. La cohérence dans la posture managériale facilite l'inscription du projet de prise en charge à distance basée sur les TIC dans une logique de coopération, centrée sur un usager acteur de sa prise en charge.

⁸⁶ MILLIET Chantal - « *Parcours de soins : la coopération pluriprofessionnelle au service du patient* » - RHF n°557, p34-39

⁸⁷ PSIUK Thérèse « *L'évolution du management vers une gouvernance clinique pour les cadres de santé* » - Techniques hospitalières, n° 752, Juillet-Aout 2015, p 55 - 57

Le Directeur des Soins : Leader dans la conception des organisations de soins du futur

Les prises en charge à distance mobilisant les TIC sont envisagées pour répondre aux besoins d'un territoire de santé afin de faire face à la désertification médicale, au vieillissement de la population, au souhait des usagers de réduire leurs déplacements et d'être soignés à domicile⁸⁸. Elles peuvent également être appréhendées comme une organisation permettant un gain en efficacité par la réduction des temps de déplacement des professionnels de santé ; l'amélioration de la qualité et la sécurité de la PEC grâce la coordination des professionnels de santé d'un même territoire. Ainsi, elles facilitent l'accès à des avis de médecins spécialistes, le développement du maillage territorial par la coopération avec les professionnels libéraux et les EHPAD, prévenant les ré hospitalisations inutiles et l'encombrement des urgences en développant la qualité des PEC en premier recours. A ce jour, ces prises en charge sont multiformes et principalement réalisées au travers d'activités de télémédecine telles que définies dans le Décret n° 2010-1229 du 19 Octobre 2010 relatif à la télémédecine

Malgré des incitations nationales et européennes nombreuses depuis ces cinq dernières années, les activités de télémédecine semblent se développer de manière hétérogène au sein des hôpitaux. « *Loin d'être intégrées à la pratique hospitalière, les téléconsultations sont encore marginales et issues d'initiatives locales* ». ⁸⁹ Les réticences au développement de ces organisations s'expliquent notamment par une méconnaissance des intérêts et limites des dispositifs, des cadres juridiques en vigueur et un déficit de financement pérenne. De plus, cette pratique interroge de nombreux domaines du management des établissements et des professionnels (orientations stratégiques, partenariat et réseaux, financement, réglementation, mode d'organisation et pratiques de soins, compétences individuelles et collectives, communication et évaluation). Enfin, ces nouvelles modalités de PEC interviennent dans un univers en évolution qui modifie les modes de management et induit une évolution des rôles de l'encadrement soignant. Sa mise en œuvre se confronte à la notion de coordination horizontale comme verticale et de coopération entre établissements et entre professionnels dans une perspective de décloisonnement, n'allant pas toujours de soi pour les établissements de santé.

88 SAINSAULIEU Ivan, VEGA Anne – Dossier « L'hôpital hors les murs : une alternative organisationnelle ou socioprofessionnelle ? » Revue les sciences de l'éducation pour l'ère nouvelle ; n°47, 116 pages

89 MATHIEU-FRITZ Alexandre, ESTERELE Laurence – « *Les transformations des pratiques professionnelles lors des téléconsultations médicales* », Revue Française de Sociologie, 2013, 54 (2), pp.303-329

Pour autant, les usages des TIC dans le cadre de la santé et des soins semblent se développer de manière exponentielle et sont identifiés comme incontournables à l'avenir. Au-delà de la télémédecine, Claude EVIN, alors Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé d'Ile-de-France, a déclaré que « *Les objets connectés à domicile modifient profondément l'offre de soins.* »⁹⁰ Des expériences utilisant des objets connectés à domicile se diffusent rapidement. « *Il s'agit d'une tablette tactile utilisable par un patient à son domicile qui contient un logiciel de réadaptation et de stimulation cognitive : Gradior. Tous ces outils vont révolutionner nos pratiques et les modes de prise en charge, c'est passionnant et très prometteur.* »⁹¹ Ces outils renforceront le développement des prises en charge dans le lieu de vie comme l'HAD ou un retour à domicile précoce comme les PRogrammes d'Accompagnement au retour à DOmicile (PRADO) par exemple. Concomitamment, les évolutions structurelles à venir comme la création de « Grandes régions » peuvent renforcer la vision territoriale de l'organisation de l'offre de soins. De même, la mise en place des GHT induira un besoin de coordination et de coopération entre les établissements de santé, le premier recours et les secteurs médico-sociaux et sociaux.

C'est pourquoi, réfléchir à cette évolution des prises en charge à distance, « hors les murs » de l'hôpital, notamment en lien avec le développement des TIC, devient indispensable pour les équipes dirigeantes des hôpitaux publics français. En son sein, le DS est identifié comme responsable de l'organisation des soins et est amené à anticiper sur l'évolution des besoins de santé et les modalités à inventer pour y répondre. En conséquence, le DS s'interroge sur sa contribution dans le développement de ce type de PEC.

Cette étude permet d'apprendre que le déploiement de ces prises en charge mobilisant les TIC implique les DH et les DS dans la réflexion stratégique d'un projet territorial de santé et dans le développement d'une coordination avec les partenaires du territoire. Au préalable, il paraît nécessaire d'acculturer les DH et les DS à ce type de PEC comme aux TIC. Il s'agira d'accompagner une évolution organisationnelle aux caractéristiques spécifiques. En effet, la distance et la technologie renforcent la nécessité de structuration des organisations, de coordination et de coopération entre les professionnels et les institutions.

Après vérification de sa pertinence, cette réflexion peut se concrétiser par un projet de « parcours de soins – qualité » territorial grâce à un pilotage coopératif. Ensuite, le DS, comme « *Coordonnateur d'innovation de type champion organisationnel* »⁹² sera amené à

⁹⁰ EVIN Claude – Cours UE1 « SANTE Publique » E.H.E.S.P.- Formation Directeur des Soins E.H.E.S.P. - 20 Janvier 2015

⁹¹ DEL MAZO Frédéric, JACQUET Jacques, LAFFONT Patrick, « *D'un écran à l'autre, des pratiques renouvelées* » DH magazine, 2^{ème} trimestre 2013 – pages 130 à 131

⁹² BLOCH Marie-Aline, HENAUT Léonie – « *Coordonnateurs d'innovations : les nouvelles professionalités en organisation sanitaires et médico-sociales* » - RHF n° 557 Mars- Avril 2014, p16-20

coordonner la mise en œuvre de ces nouvelles formes d'organisations et de pratiques de soins nécessitant le développement de compétences spécifiques. Le pilotage du projet se réalisera dans le cadre de la CSIRMT du GHT. Il garantira le respect des droits du patient ainsi que des responsabilités des professionnels concernés.

Le DS pourra s'appuyer sur les principes du LEAN management pour accroître l'autonomie et les responsabilités des professionnels, leur permettant la réactivité nécessaire à l'efficacité de ces dispositifs. La formation des professionnels sera construite en concertation avec les DS des établissements et les partenaires du territoire ainsi que le DS des instituts de formations paramédicales. Elle utilisera les TIC comme vecteur d'harmonisation des langages et des pratiques.

Enfin, pour être en cohérence avec les principes de coopération, le DS favorisera la mise en place d'un management participatif au sein de l'encadrement soignant afin de créer de l'intelligence collective. En effet, celle-ci permet de développer l'adaptabilité des acteurs et facilite l'appropriation des modifications induites. Les cadres de proximité peuvent se référer au concept de gouvernance clinique pour accompagner l'adaptation inévitable de leur mode de management. En effet, « *Les professionnels de santé ne peuvent plus ignorer l'intelligence collective générée par la santé connectée. Certains l'ont déjà adoptée afin d'améliorer leurs pratiques et la PEC des patients. Une tendance à suivre d'autant qu'un cadre juridique se profile au niveau européen.* »⁹³

En référence au « Télénursing »⁹⁴, déjà en cours au Québec, nous pouvons d'ores et déjà anticiper sur des nouvelles modalités d'exercice du métier d'IDE. Sous l'influence des évolutions technologiques, verrons-nous se développer les pratiques avancées ? Les consultations infirmières en lien avec l'éducation thérapeutique ? Des parcours de santé intégrant des actions de prévention ?

⁹³ E-santé : « *l'explosion de la santé connectée appelle à un encadrement des pratiques pour taire les craintes* » - Dossier Hospimédia , Février 2015, 9 pages.

⁹⁴ DESCOTEAUX Josée – « *Télésanté et pratiques : les soins infirmiers, loin des mains, près des yeux* » - Perspective infirmière, Mars-Avril 2010, p17-19

Bibliographie

LOIS, RAPPORTS et RECOMMANDATIONS

Commission Européenne « *Plan européen e-santé 2012-2020* », Décembre 2012

Loi n° 2009-879 du 21 Juillet 2009 portant réforme de l'Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires (article 78 relatif à la télémédecine et article 51 relatif à la coopération entre professionnels)

Décret n° 2010-1229 du 19 Octobre 2010 relatif à la télémédecine

Arrêté du 17 Avril 2015 portant cahier des charges des expérimentations relatives à la prise en charge par télémédecine des plaies chroniques et / ou complexes mises en œuvre sur le fondement de l'article 36 de la Loi n° 2013-1203 de financement de la sécurité sociale pour 2014.

ANAP – « *La télémédecine en action : 25 projets passés à la loupe* » Tome 1 et 2 - 2012

ANAP – « *La télémédecine en action : prise en charge de l'AVC* » – support d'aide au déploiement régional » 2014

ANAP – « *La télémédecine en action : santé des personnes détenues* » – éléments de constat et d'analyse » 2015

Conseil National de l'Ordre des Médecins « *Télémédecine : les préconisations du CNOM* » 2009

DGOS – « *Guide pour l'élaboration du Programme Régional de Télémédecine* » - 2012

DGOS – « *Guide méthodologique pour l'élaboration des contrats et des conventions en télémédecine* » - 2012

DGOS – « *Recommandations pour la mise en œuvre d'un programme de télémédecine* » - 2012

DGOS – « *Télémédecine et responsabilités juridiques* » - 2012

DGOS – « *Rapport d'analyse des projets article 70 de la Loi HPST* » - 2012

HAS – Guide « *Chemins cliniques, une méthode d'amélioration de la qualité* », Juin 2004

HAS - « *Rapport d'évaluation : Le recours à l'Hôpital en Europe* » Mars 2009

HAS – « *Guide-grille de pilotage et de sécurité d'un projet de télémédecine* » - 2013

LASBORDES Pierre – rapport « *La télésanté : un nouvel atout au service de notre bien-être* » - 15 Octobre 2009

Référentiel de compétences des directeurs des soins – EHESP – Décembre 2011, mise à jour Décembre 2014

SIMON Pierre, ACKER Dominique - rapport « *La place de la télémédecine dans l'organisation des soins* », Novembre 2008

OUVRAGES

BALLE Mickael, BEAUVALLET Godefroy – « *Le management LEAN* » - Pearson France, 2013, 240 pages

BLOCH Marie-Aline, HENAUT Léonie – « *Coordination et parcours : la dynamique du monde sanitaire, social et médico-social* » - Collection : Santé Social, Dunod, 2014, 336 p

GETZ I, CARNEY B – « *Liberté et compagnie* » - Champs essais, Flammarion 2013, 388 pages

LE BOTERF Guy – « *Compétence et navigation professionnelle* » - Paris, Editions d'organisation. 1997

PARIENTE Philip, PHILIPPON Jean-François « *Les systèmes d'information de santé* », Berger-Levrault, Juin 2008, 457 pages.

SALGUES Bruno, PAQUEL Norbert – « *Télésanté, espoir du monde rural ?* » - Michel Houdiard Editeur, 2013, 158 pages

SAINT-JEAN Michèle, PEOC'H Nadia, BASTIANI Bruno – « *Accompagner le changement dans le champ de la santé* » - De Boeck, 2015, 182 pages

REVUES

AIGOUY C., VIOUJAS V. « *La télémédecine dans les établissements de santé : Vademecum* », Les Etudes Hospitalières, 2014, 173p.

BLOCH Marie-Aline, HENAUT Léonie – « *Coordonnateurs d'innovations : les nouvelles professionnalités en organisation sanitaires et médico-sociales* » - RHF n° 557 Mars- Avril 2014, p16-20

CAZELLET Lisette – « *Nouvelles technologies, télémédecine et soins* » - Revue Soins tiré à part – Décembre 2014

CHAIDRON Nathalie « *itinéraires cliniques en Belgique francophone* » - Soins Cadres, Mai 2006, n°58, p 37-40

DEFOUR Jean-Marie, PICHAN Michel, SAFRANEZ Didier « *Coopérer : un choix affirmé* » DH magazine, 2^{ème} trimestre 2013 – pages 123 à 125

DEL MAZO Frédéric, JACQUET Jacques, LAFFONT Patrick, « *D'un écran à l'autre, des pratiques renouvelées* » DH magazine, 2^{ème} trimestre 2013 – pages 130 à 131

DESCOTEAUX Josée – « *Télesanté et pratiques : les soins infirmiers, loin des mains, près des yeux* » - Perspective infirmière, Mars-Avril 2010, p17-19

ESPINOZA Pierre et al – « *Déploiement de la télémédecine en territoire de santé* » - Techniques Hospitalières n° 725 - Janvier-Février 2011, p9-17

GREGOIRE Julie, « *un outil de télégestion simplifiant la gestion d'aide à domicile* », - Gérontologie et Société, Février 2005 n° 113, p. 25-35.

HOUSSET Jacky – « *Directeur des soins et coordination territoriale : quel parcours des personnes âgées ?* » - RHF n° 564, p20-22

KAROUT Patrick, « *Service vigilance solution de veille préventive à distance pour l'accompagnement à domicile de personnes en perte d'autonomie* » - Gérontologie et Société, Février 2005 n° 113, p. 37-50.

LEDOYEN Jean-René – « *Directeur des soins, un métier en continuelle évolution* » - Soins Cadres n° 95 Septembre 2015, p38-41

MANRIQUE Gérard– « *Les soins de demain s'inventent aujourd'hui : la vision d'un industriel IBM division santé et sciences du vivant* » - *Gérontologie et Société*, Février 2005, pages 89 à 96

MATHIEU-FRITZ Alexandre, ESTERELE Laurence – « *Les transformations des pratiques professionnelles lors des téléconsultations médicales* », *Revue Française de Sociologie*, 2013, 54, pp.303-329

MILLIET Chantal - « *Parcours de soins : la coopération pluriprofessionnelle au service du patient* » - RHF n°557, p34-39

NICOLET Martine - « *Directeurs des soins, cadres de pôle, nouveaux acteurs, nouveau type de management* » - *Revue soins cadres*, n°86 Mai 2013, p39-42

PREVOTEAU Claire et al – « *Le système d'information dans PAERPA : un outil de coordination pour des parcours de santé plus fluides* » - RHF n° 565 Juillet-Aout 2015, p74-77

PSIUK Thérèse « *L'évolution du management vers une gouvernance clinique pour les cadres de santé* » - *Techniques hospitalières*, n° 752, Juillet-Aout 2015, p 55 - 57

SAINSAULIEU Ivan, VEGA Anne – Dossier « *L'hôpital hors les murs : une alternative organisationnelle ou socioprofessionnelle ?* » *Revue les sciences de l'éducation pour l'ère nouvelle* ; n°47, 116 pages

SCHAUMBURG Gérard « *Comment connecter l'Hôpital ?* » *DH magazine*, 2^{ème} trimestre 2013 – pages 128 à 129

SIMON Pierre, « *Ressources humaines et télémédecine* » - RHF n° 554 - Sept/Octobre 2013, page 12

STORDEUR Sabine, « *De nouvelles capacités de leadership au service de la qualité* », 2001, page 6/8

TALBOT Lise R, VINCENT C., « *Les technologies dans le soutien à domicile des personnes âgées d'une expérience de télésurveillance vers un programme de télésoins à domicile* » *Gérontologie et Société*, Février 2005 n°113, p 51-61.

VAYSSETTE P, « *Télémédecine : beaucoup d'hôpital, peu de ville* » - Réseaux, santé et territoire – n°44 – mai-juin 2012, p26-29

VILTER Vladimir, LENAIN Claire – « *Des messageries sécurisées pour tous les professionnels de santé* » - RHF n°557, p46-48

DOSSIERS

BLOCH Marie-Aline et al – « *La coordination dans le champ sanitaire et médico-social : Enjeux organisationnels et dynamiques professionnelles.* » Etude réalisée pour la Fondation Paul Bennetot par le Centre de Gestion Scientifique de Mines-ParisTech, Février 2011.

DOSSIER – « *Télémédecine et pratiques soignantes* » - RHF n° 554 - Septembre/Octobre 2013, pages 11 à 30

DOSSIER « *Performance – opportunité des séjours : l'outil AEP dans les hôpitaux belges* » - Gestions hospitalières, décembre 2012, n°521, p 619-624

DOSSIER « *Déploiement de la télémédecine en territoire de santé* » - Techniques Hospitalières n° 725 - Janvier-Février 2011, p9-30

DOSSIER « *L'avenir est dans les réseaux* » - DH magazine n° 146 (2ème trimestre 2013) p120-131

DOSSIER « *La e-santé en Europe* » - Les dossiers européens, mai-juin 2009, 48 pages.

CONFERENCES

AFDS – « *De l'hôpital au territoire : vers un projet médico-soignant* » - Journées nationales 2015, Arcachon - le 15/10/2015

Conférence « *L'hôpital hors les murs – des relais : comment ? Pourquoi ? Pour qui ?* » - Strasbourg, 30 et 31 Janvier 2009

Conférence GISEH « *Piloter le changement dans les structures hospitalières : le cas des itinéraires cliniques belges* » - Gestions hospitalières, février 2012, n°513, p 112-116

EVIN Claude - Cours UE1 « Santé Publique » - Formation Directeur des Soins E.H.E.S.P.
- Janvier 2015

HUBERT Jacqueline - « *Les futures modalités de l'organisation des territoires de santé ; Article 27 de la future Loi de Santé 2015* » - 5^{ème} séminaire des Directeurs des Soins de l'E.H.E.S.P.- 19 Juin 2015.

IRDES « *Journée d'étude – évaluation des politiques publiques et coordination des soins* »
6 Janvier 2015

5^{ème} Séminaire des Directeurs des Soins de l'E.H.E.S. P- « *Le directeur des soins, vecteur du changement* » 19 Juin 2015

KELLER Catherine - Cours UE3 « *Stratégie et projet d'établissement* » - Formation Directeur des Soins E.H.E.S.P - 11 Mars 2015

TOURAINÉ Marisol, « *Stratégie e-santé* », discours du 28 Mars 2013 – journée Télésanté, Paris

INTERNET

<http://www.sante.gouv.fr/telemedecine>

ANASTASY Christian – interview « *Christian Anastasy (ANAP) appelle à investir plutôt dans les nouvelles technologies que dans les murs des hôpitaux* » - directhospital.com 22.03.2015

E-santé : « *L'explosion de la santé connectée appelle à un encadrement des pratiques pour taire les craintes* » - Dossier Hospimédia , Février 2015, 9 pages.

SIMON Pierre, « *La télémédecine peut aider à structurer les GHT et développer l'ambulatoire* », APM – 29/04/2015

<http://www.memoireonline.com/02/09/1995/Les-ecoles-de-la-theorie-des-organisations.html>

<http://www.leconomiste.com/article/herbert-simon-jamais-vos-decisions-ne-seront-rationnelles>

FORMATION

MOOC « *Initiation à la e-santé* » - Association FORMATICSanté – Formation suivie du 15 Octobre au 19 Novembre 2015

Liste des annexes

Annexe I : Guide d'entretien pour les soignants

Annexe II : Guide d'entretien spécial universitaires, associations et ARS

Annexe I : Guide d'entretien pour les soignants et les directeurs

Contexte : EDS à l'EHESP, réalisation d'un mémoire dans l'objet est d'étudier la contribution d'un DS dans le développement des prises en charge à distance utilisant les TIC

Cadre de l'entretien : anonymat, accord enregistrement,

Fin entretien : remerciements et envoi de l'écrit après validation par le jury

Présentation enquêté : fonction, expérience dans le poste, lien avec le sujet

Présentation du projet de télémédecine réalisé

QUESTIONS	INDICATEURS
Q1 : Qu'est-ce que la télémédecine pour vous ?	Différentes formes Intérêts et limites Place de la télémédecine dans les organisations de soins et les pratiques
Q2 : A votre connaissance, pourquoi a-t-on mis en place d'une activité de téléconsultation dans votre établissement ?	Existence ou volonté de créer un partenariat Réponse à un problème de santé publique acquisition de nouvelles activités ou compétences
Q3 : Est-ce que l'usage des TIC modifie les organisations et les pratiques ? en quoi ?	Obligation de structure parcours Modification activités et tâches Coordination de parcours de soins Coopération entre professionnels
Q4 : Quel est le rôle du DS dans le déploiement de ces PEC ?	Inscription dans le territoire création de nouvelles formes d'organisations accompagnement de nouvelles compétences respect des obligations réglementaires Présentation aux instances + projet de soins + projet social (formation, protocoles de coopération) Démarche projet pour le CSS Management des professionnels (orga processus, GRH (formation, fiche de poste, GPMC) ; gestion matérielle, locaux

Annexe II : Guide d'entretien spécial universitaires, associations et ARS

Contexte : EDS à l'EHESP, réalisation d'un mémoire dans l'objet est d'étudier la contribution d'un DS dans le développement des prises en charge à distance utilisant les TIC

Cadre de l'entretien : anonymat, accord enregistrement,

Fin entretien : remerciements et envoi de l'écrit après validation par le jury

Présentation enquêté : fonction, expérience dans le poste, lien avec le sujet

QUESTIONS	INDICATEURS
Qu'est-ce qu'une prise en charge à distance pour vous	Patient dans un autre lieu que le professionnel Elle s'appuie sur les TIC Différentes formes existantes Financement
Quels sont les facteurs favorisant le développement des PEC avec TIC ?	Existence ou volonté de créer un partenariat Coordination de parcours de soins Coopération entre professionnels
Quels sont les facteurs limitant le développement des PEC avec TIC ?	Création de nouvelles formes d'organisations Évolution des professions réglementées acquisition de nouvelles compétences
Quel est le rôle du DS dans le déploiement de ces PEC ?	Inscription dans le territoire Présentation aux instances + projet de soins + projet social (formation, protocoles de coopération) Démarche projet pour le CSS Management des professionnels (orga processus, GRH (formation, fiche de poste, GPMC) ; gestion matérielle, locaux

Directeurs des Soins**Promotion 2015**

Prises en Charge à Distance & Technologies de l'Information
et de la Communication :

Le Directeur des Soins comme « *Coordonnateur d'innovation* »

Résumé :

Les prises en charge à distance mobilisant les TIC sont envisagées pour répondre aux besoins d'un territoire de santé afin de faire face à la désertification médicale, au vieillissement de la population, à la transition épidémiologique. Or, la télémédecine interroge le management des établissements et des professionnels. Pour autant, les usages des TIC dans le cadre de la santé et des soins seront incontournables à l'avenir. C'est pourquoi, réfléchir à cette évolution des prises en charge à distance, « hors les murs » de l'hôpital, devient indispensable. En conséquence, le Directeur des Soins s'interroge sur sa contribution.

Cette étude permet de montrer que le déploiement de ces prises en charge mobilisant les TIC implique les équipes de direction dans la réflexion stratégique et partenariale d'un projet territorial de santé. Au préalable, il paraît nécessaire de les acculturer à ce type de prises en charge comme aux TIC. Il s'agira de concevoir un « parcours de soins – qualité » territorial. Le Directeur des Soins, comme « *Coordonnateur d'innovation de type champion organisationnel* » pilote la mise en œuvre de ces nouvelles formes d'organisations et de pratiques de soins nécessitant le développement de compétences spécifiques. Il favorise le management participatif pour créer de l'intelligence collective et guide l'encadrement de proximité vers la coordination et la coopération.

Mots clés :

Prises en charge à distance – télémédecine – Technologies de l'Information et de la Communication – innovation – territoire de santé – coopération – coordination – management – directeur des soins – compétences

L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.