



EHESP

Directeur d'hôpital

Promotion : **2019-2020**

Date du Jury : **Décembre 2020**

**La télésanté en milieu hospitalier, un
outil de gestion de l'incertitude au
service des patients, des agents et du
territoire**

**L'exemple du déploiement en période de crise du Covid-19 d'une cellule
de rappel et de suivi des cas confirmés et des cas contacts au centre
hospitalier Victor Dupouy d'Argenteuil (Val d'Oise, 95)**

Axel TOPÇU

Remerciements

Je souhaite adresser mes remerciements les plus chaleureux à l'ensemble de l'équipe de direction du centre hospitalier d'Argenteuil pour l'accueil qui m'a été réservé dans le cadre de mes stages d'observation (2 mois) et de direction (8 mois). Ces deux expériences professionnelles se sont déroulées dans les meilleures conditions possibles au regard du contexte particulier associé à la crise sanitaire du Covid-19.

Je remercie en particulier mon maître de stage, M. Bruno KERHUEL (directeur du projet « Nouvel hôpital » et des usagers) qui m'accompagne depuis maintenant plusieurs années dans mon évolution professionnelle avec la plus grande bienveillance. Ses remarques avisées m'ont toujours permis d'avancer et de mieux comprendre le fonctionnement et l'organisation de l'hôpital public. Le caractère stratégique des missions qu'il m'a confiées (ou pour lesquelles il a œuvré en interne afin qu'elles me soient confiées) dans le cadre de mon stage de direction m'ont permis de progresser dans de nombreux domaines de connaissances et de compétences.

Je remercie également M. Bertrand MARTIN (chef d'établissement), pour la confiance qu'il m'a accordée dans le cadre de mon stage de direction. J'ai eu l'occasion de participer avec une forte autonomie à de nombreux projets structurants et valorisants au sein d'un établissement particulièrement intéressant de la périphérie parisienne.

La rédaction de ce mémoire a été facilitée par la mise à disposition de données, documents et informations par M. Vincent CHARNAY-FAURE (GCS SESAN), Dr Marie-Catherine DESCAMPS (médecin du travail), M. Jacob GUIGUI (DAC Joséphine Val-d'Oise Sud), Mme Florence LE RAY (responsable des ressources humaines) et Mme Pauline MAISONNEUVE (directrice des affaires médicales, directrice déléguée de l'Hôpital de Taverny).

Sommaire

Introduction	1
1 La crise sanitaire associée au Covid-19 a révélé un ensemble d'usages de la télésanté qui façonnent de nouveaux parcours de santé	7
1.1 <i>La progression notable des usages de la télésanté dans un contexte d'épidémie associée à une pathologie émergente</i>	7
1.1.1 La volonté d'éviter la saturation des hôpitaux.....	7
1.1.2 Les évolutions réglementaires et tarifaires	8
1.1.3 Le soutien des tutelles et des acteurs de l'économie numérique	11
1.1.4 L'adhésion de la communauté médicale	14
1.2 <i>La définition de nouveaux parcours de santé basés sur le télé-suivi au centre hospitalier d'Argenteuil</i>	15
1.2.1 La réponse à différentes phases de la crise sanitaire	15
1.2.2 L'analyse du profil des personnes prises en charge	19
1.2.3 La prévention mise au cœur des parcours de santé.....	22
2 La télésanté permet de composer avec une incertitude renforcée à plusieurs niveaux et affiche des perspectives favorables de développement en milieu hospitalier	27
2.1 <i>L'usage de la télésanté à l'hôpital, un outil de gestion de l'incertitude à trois niveaux</i>	27
2.1.1 Incertitude autour des patients : briser les frontières associées aux circuits de prise en charge ambulatoire	27
2.1.2 Incertitude autour des agents : mobiliser des agents hospitaliers en éviction des services de soins.....	30
2.1.3 Incertitude autour du territoire : composer avec l'engagement variable de la médecine de ville.....	33
2.2 <i>L'utilisation coordonnée de la télésanté en milieu hospitalier, levier de déclouisonnement territorial</i>	36
2.2.1 Assumer à l'hôpital la mise en œuvre d'actions au service de la population dans le domaine de la télésanté.....	36

2.2.2	Adopter une stratégie territoriale à l'échelle de plusieurs établissements afin d'éviter les effets de dispersion	38
2.2.3	Mobiliser les acteurs de la ville autour d'enjeux spécifiques associés à la prise en charge des patients	40
	Conclusion.....	43
	Bibliographie	45
	Liste des annexes	I

Liste des sigles utilisés

AGVMRS	Association gérontologique Vallée de Montmorency – Rives de Seine
AP-HP	Assistance publique – Hôpitaux de Paris
ARS	agence régionale de santé
ASA	autorisation spéciale d'absence
AVC	accident vasculaire cérébral
CHA	centre hospitalier d'Argenteuil
CMO	congé maladie ordinaire
CNOM	Conseil national de l'ordre des médecins
CNR	Centre national des infections respiratoires
COVID-19	maladie à coronavirus 2019
CPE	carte de personnel d'établissement
CPS	carte de professionnel de santé
DGOS	Direction générale de l'offre de soins
DMP	Dossier médical partagé
EOH	équipe opérationnelle d'hygiène
EPS	établissement public de santé
ETP (1)	équivalent temps plein
ETP (2)	éducation thérapeutique du patient
FIR	fonds d'intervention régional
FSV	Fonds de solidarité vieillesse
GCS	groupement de coopération sanitaire
GRH	gestion des ressources humaines
HAS	Haute autorité de Santé
HPST	Hôpital, patients, santé et territoire
LFSS	loi de financement de la sécurité sociale
MARS	Message d'alerte rapide sanitaire
OMS	Organisation mondiale de la santé
ORL	oto-rhino-laryngologiste
ORTIF	Outil régional de télémédecine d'Île-de-France
PCA	Plan de continuité de l'activité
PTA	plateforme territoriale d'appui
RALFSS	rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale
ROR	Relevé opérationnel des ressources
SAMU	service d'aide médicale urgente

SRI serveur de rapprochement des identités
URPS union régionale des professionnels de santé

Introduction

La gestion des « distances » en période de crise sanitaire

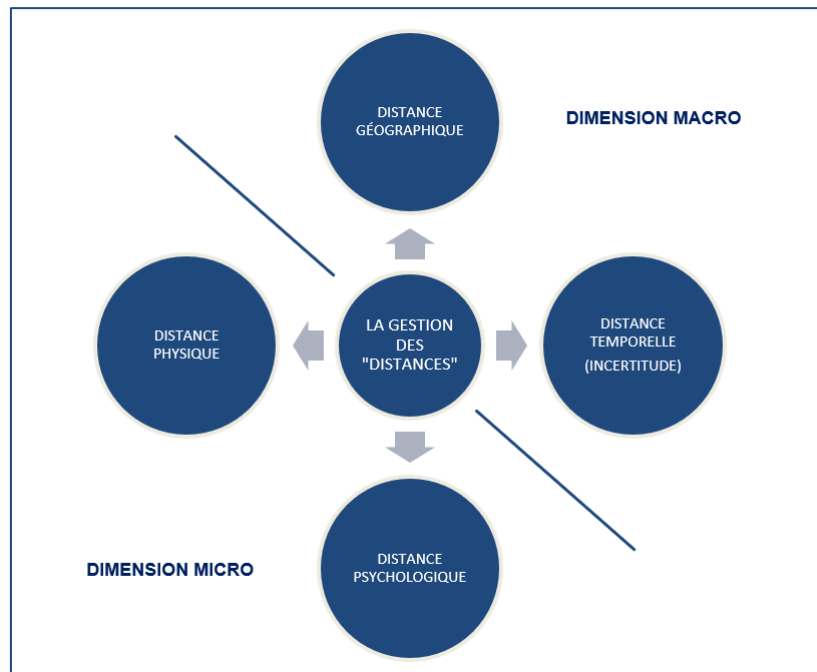
La crise sanitaire du Covid-19 s'est traduite par la nécessité pour les établissements publics de santé (EPS) d'assurer la continuité de l'ensemble de leurs activités de soins, particulièrement en matière de prise en charge des cas confirmés, probables, possibles et contacts d'infection à SARS-CoV-2. Dans ce contexte, il a été nécessaire d'adapter rapidement l'organisation de l'hôpital aux défis posés par la phase épidémique constatée à l'échelle nationale à partir du 14 mars 2020 et de s'intéresser à une forme de gestion de la distance au sein de chaque établissement.

La gestion de la distance fait référence à de nombreuses contraintes auxquelles doivent régulièrement faire face les hôpitaux, mais qui ont été accentuées dans le cadre de la crise sanitaire. Les mesures de restriction voire d'interdiction des visites recommandées dès le 7 mars ont contribué à instaurer une forme de distance physique et psychologique entre les patients et leurs familles. D'ailleurs, cette évolution a été marquée par le confinement prononcé à l'échelle nationale à partir du 17 mars, qui a contribué à rendre la distance géographique encore plus prégnante dans certaines situations. Aussi, les recommandations sanitaires mises en œuvre au sein des services en lien avec les équipes opérationnelles d'hygiène (EOH) ont eu pour effet d'accentuer la distance physique au cœur même des activités de soins, entre les patients et le personnel hospitalier, qui se devait de respecter un nombre important de règles de sécurité en raison de la contagiosité du virus. Enfin, les orientations ministérielles ont également contribué à mettre en œuvre une certaine distance organisationnelle (voire spatiale) entre les services de soins qui accueillent des cas confirmés, probables et possibles et ceux qui accueillent des cas négatifs.

Une distance s'est démarquée par son caractère particulièrement prégnant au cours de la crise sanitaire. Le caractère émergent de la maladie a induit une distance temporelle assez forte entre les choix institutionnels mis en œuvre au sein de l'hôpital et la validation objective de ces choix par la cinétique constatée de l'épidémie et l'évolution des connaissances médicales et scientifiques. Au sein de chaque établissement, cette incertitude radicale¹ s'est traduite par la nécessité d'adapter le plus rapidement possible la prise en charge des patients aux évolutions constatées ou anticipées, en utilisant l'ensemble des ressources humaines et matérielles disponibles. Il a également été nécessaire de respecter un principe de précaution dans la prise de décision afin de s'assurer d'une prise en charge effective de l'ensemble des patients, qui réponde autant que possible aux enjeux de la qualité des soins. La difficulté à

¹ L'incertitude radicale se définit comme l'absence de connaissance par rapport à la nature d'un événement (ex. degré de gravité de la maladie, facteurs de risque associés) ainsi que par rapport aux probabilités de réalisation de cet événement (ex. progression du nombre de personnes malades).

diagnostiquer de manière fiable et généralisée les cas confirmés pendant l'épidémie témoigne d'une forte incertitude médicale. Il en est de même pour la diversité des formes cliniques de l'infection à Sars-CoV-2 (légères, modérées, sévères ou graves) qui a rendu particulièrement complexe l'organisation de parcours de soins dédiés à la prise en charge du Covid-19.



Le développement des usages de la télésanté à l'hôpital

Ce mémoire fait le choix de s'intéresser à la place occupée par la télésanté en milieu hospitalier dans le cadre de la crise sanitaire afin de répondre à une certaine incertitude médicale autour de la prise en charge ambulatoire des patients.

La télésanté est une expression relativement récente et forgée à partir de loi n°2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé afin d'englober l'ensemble des pratiques relevant de la télémédecine (art. L. 6316-1 du code de la santé publique) et du télésoin (art. L. 6316-2). La télémédecine a été reconnue en tant que « *forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication* » à partir de loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST). Le décret n°2010-1129 du 19 octobre 2010 relatif à la télémédecine a rapidement défini cinq actes de télémédecine (téléconsultation, téléexpertise, télésurveillance, téléassistance et réponse médicale²) ainsi que les conditions de mise en œuvre et d'organisation de cette pratique émergente³. Le

² La réponse médicale est associée à la régulation médicale des services d'aide médicale urgente (SAMU – Centre 15) de telle sorte qu'elle occupe une place à part dans le domaine de la télésanté.

³ HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ, 2019, *Qualité et sécurité des actes de téléconsultation et de téléexpertise*, 150 p.

développement de la télémédecine s'effectue pendant plusieurs années dans un cadre expérimental marqué par le financement, essentiellement à l'hôpital, de plusieurs projets au périmètre hétérogène à l'aide du fonds d'intervention régional (FIR)⁴. L'article 36 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2014⁵ marque un changement de stratégie avec la mise en place d'expérimentations dites « ÉTAPES » (2015-2018) orientées plutôt vers la ville et financées à l'aide de crédits fléchés au sein du FIR. L'article 54 de la LFSS pour 2018⁶ permet de faire entrer dans le droit commun les actes de téléconsultation et de téléexpertise qui deviennent remboursés par l'assurance maladie en ville et à l'hôpital. Les expérimentations restent maintenues pour les actes de télésurveillance autour de cinq cahiers des charges republiés pour la prise en charge de cinq pathologies (insuffisance cardiaque, insuffisance rénale, insuffisance respiratoire, diabète et prothèses cardiaques implantables)⁷. Le télésoin relève d'une reconnaissance plus tardive initiée par la loi n°2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé qui le définit comme « *une forme de soins à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication* ». La pratique concerne donc essentiellement les auxiliaires médicaux au sens des articles R. 4311-1 à 4394-3 du code de la santé publique⁸. Les décrets d'application qui doivent préciser les professionnels concernés et les activités couvertes n'ont pas été publiés au moment de la rédaction de ce mémoire.

L'usage de la télésanté a été encouragé principalement grâce à l'assouplissement du cadre réglementaire, notamment dans le cadre du décret n°2020-227 du 9 mars 2020 qui supprime dans certaines conditions les obligations de connaissance préalable du patient et de vidéoconférence pour les actes de téléconsultation en lien avec le Covid-19. L'objectif était de préserver les capacités de prise en charge des hôpitaux pour les patients qui présentent des formes graves de la maladie et de limiter l'exposition du personnel hospitalier. La télésanté a ainsi permis de répondre à l'enjeu déjà bien documenté de gestion de la distance géographique d'un patient par rapport à l'offre de soins⁹. Elle semble également avoir permis

⁴ COUR DES COMPTES, 2017, « Chapitre VII. La télémédecine : une stratégie cohérente à mettre en œuvre » in *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, pp. 297-330.

⁵ Loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014

⁶ Loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018

⁷ MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ, *ÉTAPES : Expérimentations de Télémédecine pour l'Amélioration des Parcours En Santé* [visité le 15/08/2020], disponible sur Internet : <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/telemedecine/article/etapes-experimentations-de-telemedecine-pour-l-amelioration-des-parcours-en>

⁸ Il s'agit notamment des infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues, ergothérapeutes et psychomotriciens, orthophonistes et orthoptistes.

⁹ Plusieurs rapports considèrent que le développement de la télémédecine peut apporter une solution à l'existence de nombreux « déserts médicaux ». Voir notamment : SENAT, 2020, *Rapport d'information de MM. Hervé MAUREY et Jean-François LONGEOT, fait au nom de la commission de l'aménagement du territoire et du développement durable*, n°282 (2019-2020), 85 p.

de répondre à l'enjeu moins documenté de distance physique entre les patients et le personnel hospitalier.

Un outil de gestion de l'incertitude à plusieurs niveaux

En particulier, l'usage de la télésanté au sein des hôpitaux semble avoir permis de composer avec l'incertitude médicale présente pendant la crise sanitaire du Covid-19 à plusieurs niveaux. D'une part, l'évolution rapide des outils a permis de réduire le temps de réaction des structures managériales pour déployer de nouveaux parcours de soins adaptés à l'évolution de la situation sanitaire. D'autre part, la place centrale occupée par le patient dans de nombreux dispositifs de télésanté a permis de composer avec de nombreuses incertitudes autour du statut de prise en charge d'un patient (cas confirmés, cas probables, cas suspects, cas contacts). En parallèle, la télésanté a également permis de faire face à certaines conséquences d'une forte incertitude médicale dans les domaines de la gestion des ressources humaines (GRH) et de la continuité des parcours de santé entre la ville et l'hôpital.

Ainsi, de quelle manière la télésanté permet-elle de lutter contre une forte incertitude médicale en période de crise sanitaire ? Est-ce que des développements parallèles sont possibles afin de soutenir les activités courantes de l'hôpital ?

La prise en charge ambulatoire des patients atteints du Covid-19 sera analysée, qu'ils soient maintenus à domicile ou en retour au domicile après avoir été hospitalisés. Il s'agit de patients qui ne présentent pas à un moment donné de critère de gravité mais pour lesquels l'incertitude autour de leur état de santé reste suffisamment élevée pour qu'une continuité de la prise en charge soit organisée à domicile. La majorité des patients atteints du Covid-19 relevait d'une prise en charge ambulatoire, même si l'attention des autorités de tutelle s'est concentrée en grande partie sur l'hospitalisation conventionnelle et sur les capacités de réanimation.

La pertinence d'un déploiement au sein d'une structure hospitalière

Le développement de la télésanté est orienté en ville depuis 2012, même si la crise sanitaire du Covid-19 a montré que les usages ont été significativement encouragés au sein des structures hospitalières.

Cette évolution est intrinsèquement liée au contexte de crise sanitaire, qui place temporairement les établissements de santé au cœur de l'attention médiatique et de la réponse des pouvoirs publics. La pertinence de cette dynamique peut néanmoins être analysée en matière de forces et de faiblesses organisationnelles constatées au sein de l'hôpital pendant la crise sanitaire. Elle peut également être analysée sous l'angle des opportunités et des menaces anticipées dans le cas où les hôpitaux viendraient à prendre un rôle plus important en matière de développement de la télésanté.

Dès lors, quel est l'intérêt de déployer des outils de télésanté en milieu hospitalier, en comparaison avec la ville ? Quelles sont les contraintes et les opportunités spécifiques associées ? Au-delà de constituer en interne un outil de gestion de l'incertitude, ce mémoire soutient l'idée que le développement de la télésanté en milieu hospitalier permet, dans certaines conditions, d'ouvrir l'hôpital sur la ville et de lui faire assumer une responsabilité forte vis-à-vis de son bassin de population.

La mise en place d'une cellule de rappel et de suivi à l'hôpital

La rédaction de ce mémoire s'appuie essentiellement sur l'expérience professionnelle tirée de la mise en place d'une cellule de rappel et de suivi des cas confirmés, probables, possibles et contacts au centre hospitalier Victor Dupouy d'Argenteuil (CHA), situé dans le Val-d'Oise (95). Face à l'augmentation du nombre de patients affectés par le Covid-19, le CHA a souhaité mettre en place un nouveau circuit de prise en charge ambulatoire des cas confirmés (mais aussi probables ou possibles) basé sur le télésuivi. La mise en place d'une telle organisation a été recommandée par l'ARS Île-de-France à partir du 22 mars 2020. L'autorité de tutelle a notamment incité les établissements de santé à recourir alternativement à deux outils développés dans le cadre de la crise sanitaire : COVIDOM développé par l'Assistance publique – Hôpitaux de Paris (AP-HP) avec la société Nouvéal ou eCOVID basé sur la plateforme Terr-eSanté et développé par le groupement de coopération sanitaire (GCS) SESAN. Ces outils permettent aux personnes enregistrées de renseigner chaque jour plusieurs critères d'autosurveillance qui font l'objet d'un suivi par une équipe médicale et/ou soignante sur un tableau de bord dédié.

La mise en place de cette cellule de rappel et de suivi a exigé de détacher jusqu'à 6 équivalents temps plein (ETP) médicaux et non-médicaux. Plus de 2 000 dossiers ont été ouverts à destination des cas confirmés, probables, possibles et contacts sur la période du 18 mars au 4 juin 2020. Le recours au télésuivi dans ce cadre a permis de répondre à plusieurs enjeux dans le domaine de la gestion des distances pendant la crise sanitaire, notamment pour composer avec une forte incertitude médicale.

Le CHA s'est engagé également dans l'utilisation d'autres outils de télésanté, dans le domaine de la téléconsultation notamment (ORTIF, développé également par le GCS SESAN). Les organisations déployées dans ce cadre pourront être évoquées mais feront volontairement l'objet d'une analyse moins approfondie.

1 La crise sanitaire associée au Covid-19 a révélé un ensemble d'usages de la télésanté qui façonnent de nouveaux parcours de santé

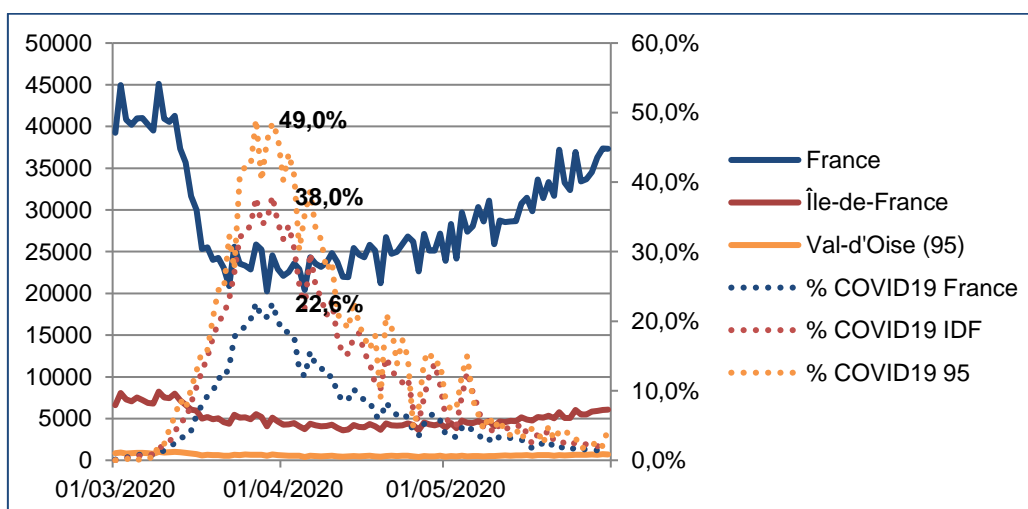
La volonté de préserver les capacités de prise en charge des formes sévères et graves de la maladie en milieu hospitalier s'est traduite par des évolutions réglementaires importantes qui ont favorisé le développement de la télésanté en ville et à l'hôpital (1.1). Le télé-suivi mis en place au CHA à destination des patients affectés par le Covid-19 témoigne de la structuration de nouveaux parcours de santé qui mettent l'accent sur la prévention dans un contexte d'épidémie émergente (1.2.).

1.1 La progression notable des usages de la télésanté dans un contexte d'épidémie associée à une pathologie émergente

1.1.1 La volonté d'éviter la saturation des hôpitaux

La phase 3 « épidémique » associée à la circulation active du virus SARS-CoV-2 est constatée à l'échelle nationale à partir du 14 mars 2020¹⁰. Elle s'accompagne de difficultés à garantir un accueil et une prise en charge de qualité pour l'ensemble des patients ambulatoires en raison d'un afflux aux urgences important et d'une régulation médicale surchargée (SAMU – Centre 15)

Le graphique suivant présente le nombre de passages aux urgences et la proportion associée à un diagnostic du Covid-19 en France, en Île-de-France (11) ainsi que dans le Val-d'Oise (95) pour la période du 1^{er} mars au 31 mai.



¹⁰ Le 14 mars 2020, 838 nouveaux cas ont été confirmés (dont 376 en Île-de-France).

Le nombre de passages chute à partir du confinement mis en place le 17 mars. Cependant, cette diminution constatée à l'échelle nationale reste moins marquée à l'échelle de l'Île-de-France et du Val-d'Oise (95). Aussi, la proportion de passages aux urgences pour un diagnostic associé au Covid-19 augmente fortement au cours de la crise sanitaire pour atteindre jusqu'à 49% le 27 mars dans le Val-d'Oise.

Dans ce contexte, le guide méthodologique de préparation à la phase épidémique du Covid-19 publié le 16 mars 2020¹¹ introduit une nouvelle stratégie d'atténuation dont « (...) *le principe général vise à assurer la prise en charge des patients non graves à domicile afin de ne pas saturer les établissements de santé* »¹². Le recours à la télémédecine est encouragé, notamment en ville, afin de permettre une prise en charge ambulatoire des patients non graves et des personnes vulnérables en établissement social et médico-social. Les établissements de santé doivent surtout rester mobilisés afin d'assurer la prise en charge des patients qui présentent des formes sévères ou graves, le cas échéant dans le cadre de soins de réanimation (augmentation capacitaire, déprogrammation des activités non-urgentes, structuration de filière de soins). Les recommandations régionales transmises par l'ARS Île-de-France à partir du 22 mars 2020 encouragent néanmoins les établissements de santé à recourir à des solutions de télésanté afin de réussir à désengorger leurs services d'urgences. Un message d'alerte rapide sanitaire (MARS) transmis le 2 avril 2020 dans la même perspective précise les premières évolutions réglementaires qui doivent permettre d'encourager l'usage de la télésanté à l'hôpital dans un contexte de crise sanitaire¹³.

1.1.2 Les évolutions réglementaires et tarifaires

Le décret n°2020-227 du 9 mars 2020¹⁴ ainsi que plusieurs arrêtés ministériels adoptés dans le cadre de la loi n°2020-290 du 23 mars 2020 d'urgence sanitaire assouplissent les conditions de recours à la télésanté, notamment au sein des établissements de santé. Une frise temporelle a été réalisée dans le cadre de ce mémoire afin de retracer les principales évolutions réglementaires survenues depuis le début de la crise sanitaire dans le domaine de

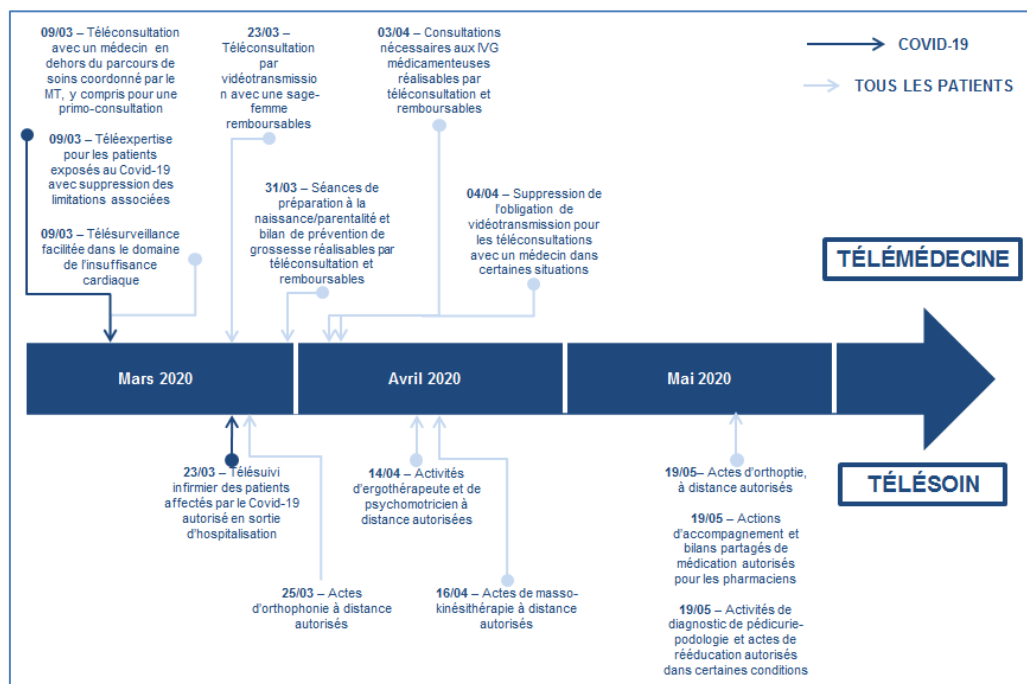
¹¹ Guide méthodologique du 16 mars 2020 intitulé « Préparation à la phase épidémique de Covid-19 des établissements de santé, de la médecine de ville et des établissements et services médico-sociaux »

¹² La stratégie d'atténuation est basée sur trois axes majeurs : la prise en charge des formes modérées en ville, la prise en charge des formes sévères et graves à l'hôpital et la préservation des personnes fragiles au sein des établissements médico-sociaux.

¹³ Message d'alerte rapide sanitaire n°2020-22 du 2 avril 2020 intitulé « Gestion de l'oxygène médical – Stratégie et dispositifs de test diagnostic – Solutions de télésanté »

¹⁴ Décret n°2020-227 du 9 mars 2020 adaptant les conditions du bénéfice des prestations en espèces d'assurance maladie et de prise en charge des actes de télémédecine pour les personnes exposées au covid-19

la télésanté en matière de prise en charge des patients affectés par le Covid-19 et par d'autres pathologies¹⁵.



Les évolutions réglementaires ont été significatives dans le champ de la télémédecine. A titre notable, les deux obligations fortes qui encadraient le recours à la téléconsultation ont été supprimées pour les patients atteints du Covid-19 à partir du 9 mars (connaissance préalable du patient) et du 4 avril 2020 (vidéotransmission). La nécessité de respecter le parcours de soins coordonné (et d'être orienté vers la téléconsultation par un médecin traitant) est également supprimée. L'usage unique du téléphone dans le cadre d'une téléconsultation devient par ailleurs possible en cas d'absence de connexion à internet haut débit ou très haut débit ainsi que dans certaines situations, précisées par le décret n°2020-459 du 21 avril 2020¹⁶ (patient présentant les symptômes de l'infection ou étant reconnu atteint du Covid-19, patient âgé de plus de 70 ans, patient reconnu atteint d'une affection grave et patiente enceinte). La téléexpertise a bénéficié en parallèle d'adaptations réglementaires favorables puisque le champ des actes susceptibles d'être pris en charge (affection longue durée, maladies rares, etc.) a été revu pour inclure les patients exposés au Covid-19 et les limitations associées au nombre d'actes téléexpertise remboursables et facturables ont été levées dès lors qu'ils sont en lien avec le Covid-19. Les conditions pour pouvoir être éligible à un projet de télésurveillance dans le domaine de l'insuffisance cardiaque chronique ont enfin été allégées

¹⁵ Annexe 1

¹⁶ Décret n° 2020-459 du 21 avril 2020 modifiant le décret n° 2020-73 du 31 janvier 2020 portant adoption de conditions adaptées pour le bénéfice des prestations en espèces pour les personnes exposées au coronavirus

de telle sorte que l'obligation d'avoir récemment fait l'objet d'une hospitalisation a été supprimée.

La crise sanitaire a également permis d'accélérer significativement la mise en œuvre des dispositions prévues par la loi n°2019-774 du 24 juillet 2019. A titre dérogatoire, les actes de télésoin ont été progressivement autorisés et pris en charge entre le 23 mars et le 19 mai 2020 pour les pharmaciens et certains auxiliaires médicaux (infirmiers, orthophonistes, ergothérapeutes et psychomotriciens, masseurs-kinésithérapeutes, orthoptistes et pédicures-podologues). L'obligation de vidéotransmission et de connaissance préalable du patient est restée maintenue pour ces professionnels de santé dans la mesure où la pratique est sensiblement plus récente. Le télésuivi infirmier des patients affectés par le Covid-19 bénéficie d'un cadre plus souple où la vidéotransmission n'est pas obligatoire, même si elle recommandée dans la mesure où elle facilite l'identification des interlocuteurs et la communication entre le patient et le professionnel de santé (décret n°2020-277 du 19 mars 2020). Cette singularité a été actée à la suite d'un avis rendu par la Haute Autorité de santé (HAS) le 16 mars 2020 qui précise ainsi que le télésuivi infirmier « *se déroule préférentiellement par vidéotransmission ou par téléphone (dans ce dernier cas, autant que possible après une première visite présentielle) en fonction des équipements de l'infirmier et du patient* »¹⁷. Elle est également liée au fait que le télésuivi infirmier a pour objectif principal de renforcer une surveillance médicale (donc effectuée par un médecin) dans le cas des patients Covid-19 maintenus à domicile ou en retour au domicile après une hospitalisation. La continuité du cadre réglementaire associé à ces nouvelles prises en charge déployées en avance de phase devrait être assurée de manière transitoire jusqu'à la parution de décrets d'application, à minima jusqu'au 31 décembre 2021.

Les incitations tarifaires relatives à l'élargissement des usages de la télésanté sont associées à l'ordonnance n°2020-428 du 15 avril 2020¹⁸ qui a supprimé rétroactivement à compter du 20 mars 2020 pour toute la durée de l'état d'urgence le ticket modérateur à la charge des usagers et/ou des complémentaires santé pour « *les actes réalisés en téléconsultation, les actes d'accompagnement de la téléconsultation, ainsi que pour les actes de télésoin* ». Cette évolution a été prolongée par l'ordonnance n°2020-737 du 17 juin 2020¹⁹

¹⁷ Avis n°2020.0022/AC/SEAP du 16 mars 2020 du collège de la Haute Autorité de santé relatif à l'inscription sur la liste des actes et prestations mentionnée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale du télésuivi infirmier renforçant un suivi médical des patients COVID-19 maintenus à domicile ou en retour au domicile après avoir été hospitalisés

¹⁸ Ordonnance n°2020-428 du 15 avril 2020 portant diverses dispositions sociales pour faire face à l'épidémie de Covid-19

¹⁹ Ordonnance n°2020-737 du 17 juin 2020 modifiant les délais applicables à diverses procédures en matière sociale et sanitaire afin de faire face aux conséquences de la propagation de l'épidémie de covid-19

qui permet une prise en charge à 100% par l'assurance maladie de ces actes de télésanté jusqu'au 31 décembre 2020.

La crise sanitaire a ainsi permis de développer massivement les usages de la télésanté. Un rapport publié récemment par l'assurance maladie²⁰ comptabilise près de 5,5 millions de téléconsultations réalisées entre mars et avril 2020, soit une progression d'un facteur 30 par rapport à la dynamique des mois précédents le confinement. Le développement des usages aurait été surtout le fait des médecins libéraux (96%) et dans une moindre mesure des centres de santé (2%) et des établissements de santé (2%). Malgré l'assouplissement du cadre réglementaire, le rapport souligne que le parcours de soins coordonné a été respecté la plupart du temps dans la mesure où 80% des téléconsultations ont associé des patients et des médecins qui avaient déjà eu consultation en présentiel au cours des 12 mois précédents. A titre de comparaison, un rapport publié par la direction générale de l'offre de soins (DGOS) en mars 2018 soulignait la réalisation de quelques centaines de téléconsultations à peine pour l'année 2017²¹. Les données relatives aux autres pratiques de télésanté ne semblent pas consolidées au sein d'une source institutionnelle fiable au moment de la rédaction de ce mémoire.

1.1.3 Le soutien des tutelles et des acteurs de l'économie numérique

Le développement des usages de la télésanté en milieu hospitalier n'a pas été entraîné seulement par des évolutions réglementaires et tarifaires. En Île-de-France, l'ARS a cherché à soutenir et à coordonner les initiatives en matière de télésanté. Dès le 24 février 2020, elle a sollicité le GCS SESAN pour adapter l'ensemble de ses outils numériques au contexte de la crise sanitaire du Covid-19 (ORTIF, ROR, Terr-eSanté).

Le GCS SESAN, bras armé de l'ARS Île-de-France pour le numérique

En tant qu'organisme de droit privé à but non lucratif, le GCS SESAN travaille en collaboration avec l'ARS Île-de-France pour développer les systèmes d'information de santé (SIS) depuis 2008. Il réunit près de 200 adhérents constitués d'établissements sanitaires et médico-sociaux, mais aussi de professionnels de santé libéraux.

²⁰ ASSURANCE MALADIE, 2020, *Rapport sur l'évolution des charges et produits de l'assurance maladie au titre de 2021. Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses. Propositions de l'assurance maladie pour 2021*, 273 p.

²¹ DIRECTION GÉNÉRALE DE L'OFFRE DE SOINS, 2018, *Rapport au Parlement sur les expérimentations relatives à la prise en charge par télé-médecine prévues par l'article 36 de la loi n°2013-1203 de financement de la sécurité sociale pour 2014*, 20 p.

Véritable « bras armé » de l'ARS Île-de-France pour les questions en lien avec le numérique, il assure par délégation la maîtrise d'ouvrage opérationnelle du schéma directeur des systèmes d'information (SDSI 2014-2018) ainsi que la conduite et le développement de divers projets structurants dans le domaine de la e-santé. A titre notable, le GCS SESAN a mis en œuvre les solutions suivantes à l'échelle régionale :

- le serveur de rapprochement des identités (SRI) ;
- le répertoire opérationnel des ressources (ROR) ;
- l'outil régional de télémedecine d'Île-de-France (ORTIF) ;
- la plateforme d'aide à l'orientation et à l'admission des patients vers les structures sanitaires et médico-sociales (ViaTrajectoire) ;
- la solution numérique de coordination au service des patients et des professionnels de santé et du secteur médico-social (Terr-eSanté).

La solution Terr-eSanté fait l'objet d'une attention particulière dans le cadre de ce mémoire. Son développement est issu du programme national Territoire de soins numérique (TSN) mis en place pour la période 2015-2017, dans le cadre duquel l'ARS Île-de-France a lancé le projet eParcours destiné à optimiser la prise en charge coordonnée des patients sur leur territoire. Dans ce contexte, le projet Terr-eSanté affiche initialement trois objectifs :

- améliorer la qualité de la prise en charge et sécuriser le parcours du patient ;
- partager l'information nécessaire au suivi du patient ;
- contribuer à l'innovation dans le domaine de l'e-santé.

Dans ce contexte, la solution Terr-eSanté a été adaptée pour intégrer un module de télésuivi²² nommé eCOVID, qui s'appuie sur la possibilité pour les cas confirmés, probables ou possibles de remplir chaque jour 8 critères d'autosurveillance qui font l'objet d'un suivi réalisé par une équipe médicale et/ou soignante à partir d'un tableau de bord spécifique²³. Certains hôpitaux franciliens ont néanmoins souhaité recourir à d'autres solutions de télésanté, notamment dans le domaine du télésuivi. C'est notamment le cas de l'AP-HP qui a accompagné le développement de la solution COVIDOM en partenariat avec la société Nouvéal. Les principes de fonctionnement basés sur l'autosurveillance restent similaires, avec quelques différences notables précisées dans la seconde partie de ce mémoire. Dans le cadre de la crise sanitaire, l'ARS Île-de-France a ainsi recommandé aux établissements de santé de

²² La solution proposée s'inscrit dans le cadre du télésuivi infirmier renforçant la surveillance médicale des patients affectés par le Covid-19 tel que défini par l'avis de la HAS du 16 mars 2020. En pratique, l'engagement dans la surveillance des équipes médicales semble situer le module à mi-chemin entre la télésurveillance (champ de la télémedecine) et le télésuivi (champ du télésoin).

²³ Annexe 5

recourir de manière alternative à l'usage de COVIDOM ou d'eCOVID pour le télé-suivi des cas confirmés maintenus à domicile ou en sortie d'hospitalisation. Les deux structures associées ont apporté leur concours à la mise en œuvre de ces solutions au sein des structures hospitalières et libérales intéressées (présentation en visioconférence des modalités d'utilisation, prise en compte des nouveaux besoins, support téléphonique à destination des professionnels de santé, etc.).

La mobilisation d'entreprises du secteur du numérique a permis de réagir rapidement à l'évolution de la situation sanitaire, grâce à une adaptation rapide de plusieurs outils numériques. Elle a également permis de recentrer l'action de l'administration hospitalière sur la définition des parcours de santé et sur l'adoption de décisions stratégiques. Il restait évidemment nécessaire de déployer de manière opérationnelle certaines ressources humaines (médecins, soignants) et matérielles (webcams, ordinateurs, téléphones), mais l'accompagnement d'acteurs spécialisés a permis de faire évoluer avec une réactivité accrue les parcours de santé mis en place. Aussi, les conditions de mise à disposition de certains outils ont été particulièrement avantageuses.²⁴ Néanmoins, l'accompagnement par des prestataires extérieurs peut se traduire en temps normal par un coût supplémentaire pour les hôpitaux qu'il reste nécessaire d'évaluer au cas par cas au regard des bénéfices apportés.

Les développements apportés au module eCOVID au cours de la crise sanitaire

Le module eCOVID développé au sein de la plateforme Terr-eSanté n'a cessé de s'adapter pour répondre en permanence aux enjeux posés par la crise sanitaire. Le développement informatique a été assuré par le cabinet de conseil et de technologies Accenture tandis que le GCS SESAN a régulièrement communiqué auprès des utilisateurs institutionnels et individuels par la diffusion d'environ 15 notes de version, retraçant les principaux développements techniques. L'outil s'est progressivement adapté aux besoins de ses utilisateurs (ex. suivi des cas contacts), mais aussi à l'état des connaissances médicales et scientifiques (ex. prise en compte de la perte d'odorat comme symptôme) :

- 4 avril : affichage simplifié du numéro de téléphone et des critères d'autosurveillance (coloration rouge/orange/vert), meilleures possibilités de filtrage (date de mise à jour des mesures, âge, commune de résidence)
- 9 avril : accès facilité au module (onglet « eCOVID » dans Terr-eSanté), affichage de l'état de santé général du patient (coloration rouge/orange/vert), meilleures

²⁴ L'entreprise Doctolib a par exemple rendu la téléconsultation gratuite pour l'ensemble des médecins hospitaliers et libéraux à partir du 5 mars 2020.

possibilités de filtrage (état de santé du patient, vérifications déjà effectuées) et statuts de prise en charge précisés (testé positif/négatif, avec oxygénothérapie).

- 29 avril : nouveaux critères d'autosurveillance (perte d'odorat, troubles digestifs), rappels automatiques envoyés aux patients par SMS et mail pour remplir les objectifs (entre 10h et 14h), création d'un statut de prise en charge pour les cas contacts
- 13 mai : mise en place d'un lien entre les cas confirmés et les cas contacts, alignement des données récoltées pour répondre aux exigences de l'assurance maladie (AMELI PRO)
- 11 juin : développement d'un tableau de bord dédié aux cas contacts (score de confinement, facteurs de risques, signes évocateurs, besoins particuliers)

1.1.4 L'adhésion de la communauté médicale

Au sein d'un établissement de santé, le développement de nouveaux usages de la télésanté doit faire l'objet d'un soutien institutionnel important mais aussi obtenir l'adhésion de la communauté médicale. Les enjeux organisationnels non-spécifiques (afflux aux urgences, surcharge de la régulation médicale) peuvent ne pas suffire pour inciter les médecins hospitaliers à développer de nouveaux usages de la télésanté. En fonction du type d'usage envisagé, les motivations concrètes à rechercher au sein de la communauté médicale peuvent être différentes. Au CHA, deux grands types d'usage de la télésanté se sont développés, en association avec deux formes de pratique médicale : une pratique « incertaine » portée sur la prise en charge du Covid-19 et une pratique « adaptée » portée sur la prise en charge des pathologies courantes. Ces deux pratiques se sont avérées complémentaires eu égard à certaines caractéristiques propres de la crise sanitaire qui ont posé des difficultés en matière d'organisation des soins hors Covid-19. Des lignes directrices transmises le 8 mai 2020 rappellent ainsi la nécessité de maintenir certains soins et examens indispensables aux besoins de santé hors Covid-19²⁵. Le recours à la télésanté doit être privilégié, mais certaines activités peuvent être assurées en présentiel malgré le confinement et la déprogrammation des activités non-urgentes (chirurgies urgentes ou ne pouvant être différées, maladies chroniques, suivi des femmes enceintes et en post-accouchement, suivi des jeunes enfants, santé sexuelle et maladies transmissibles, femmes et enfants victimes de violences). La frontière entre ces deux types d'usages a bien évidemment été variable au cours de la crise

²⁵ Message d'alerte rapide sanitaire n°2020-31 du 8 avril 2020 intitulé « Organisation des soins hors Covid-19 »

sanitaire, en fonction des montées en charge capacitaires et de l'activation de certains services destinées à permettre la prise en charge de cas confirmés ou cas possibles.

	Pratique incertaine	Pratique adaptée
Type de prise en charge	Cas confirmés, probables ou possibles au Covid-19	Autres pathologies courantes
Actes de télésanté privilégiés	Téléconsultation Télésurveillance Régulation médicale	Téléconsultation Téléexpertise
Obstacles à lever	Méconnaissance de la maladie Afflux aux urgences	Confinement national Déprogrammation
Motivation	Suivi médical Connaissance médicale et scientifique	Suivi médical Accès aux soins File active
Services concernés	Services d'urgences et post-urgences Services de médecine polyvalente Services de médecine de spécialité	Services de chirurgie Services hautement spécialisés (hématologie, oncologie, etc.) Services associés à la maternité

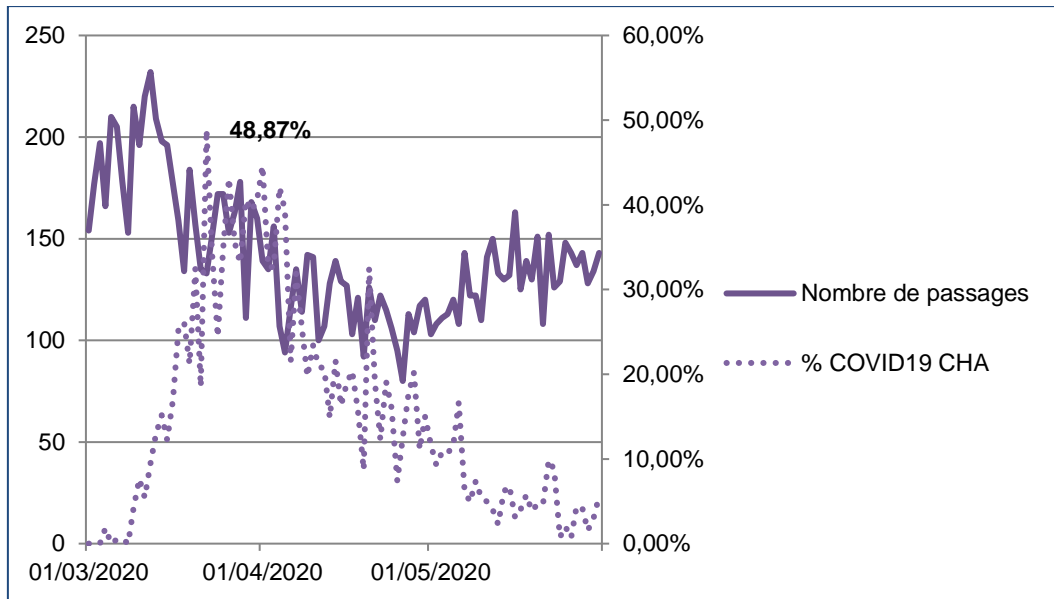
Dans le cadre du télésuivi des cas confirmés, c'est donc essentiellement le caractère émergent de la pathologie qui a suscité l'intérêt des médecins hospitaliers, marqué notamment par :

- un nombre notable de patients ambulatoires qui affichent une dégradation importante de leur état de santé entre le 6^{ème} et le 12^{ème} jour en ce qui concerne la dyspnée et la toux ;
- la nécessité de garder sous surveillance des patients qui sortent d'hospitalisation dans le cadre d'une amélioration constatée de leur état de santé, qui reste incertaine eu égard au caractère émergent du Covid-19.

1.2 La définition de nouveaux parcours de santé basés sur le télésuivi au centre hospitalier d'Argenteuil

1.2.1 La réponse à différentes phases de la crise sanitaire

Le CHA se situe au cœur d'un bassin de vie à forte densité urbaine de 488 000 habitants. Il affiche pendant la crise sanitaire une dynamique de prise en charge des patients aux urgences similaire à celle constatée à l'échelle nationale, régionale et départementale.



L'hôpital a fait le choix de recourir au module eCovid développé par le GCS SESAN à partir de la plateforme Terr-eSanté pour assurer un télésuivi des cas confirmés, probables et possibles dans le cadre de l'épidémie du Covid-19²⁶. Les usages ont largement évolué pendant la crise sanitaire, notamment pour assurer le suivi des cas contacts à partir de mai 2020²⁷, de telle sorte que les organisations humaines et techniques mises en place n'ont cessé de s'adapter.

Phase 1 – Période épidémique (mars à avril 2020)

Les premières inclusions ont débuté à partir du 15 mars 2020, à l'aide du support téléphonique extérieur mis en place par le GCS SESAN qui pouvait être contacté à la demande du personnel médical et soignant 7 jours sur 7 de 8h00 à 22h00²⁸. L'infectiologue référent de l'hôpital a assuré à ce stade directement la surveillance médicale (1,2 ETP). Les inclusions sont restées isolées et dépendantes du bon vouloir de chaque professionnel de santé. Néanmoins, le support téléphonique s'est rapidement révélé surchargé tandis que le volume des inclusions journalières ne reflétait pas réellement l'afflux de patients aux urgences ou au centre de dépistage (10 à 15 par jour).

A partir du 30 mars, les agents d'accueil du dépistage ambulatoire (1,2 ETP) ont été formés afin de pouvoir procéder directement aux inclusions, avec pour consigne d'inclure systématiquement les cas possibles sauf en cas d'opposition formelle ou d'impossibilité de

²⁶ La différence entre cas confirmés, probables et possibles fera l'objet de précisions ultérieures.

²⁷ Message d'alerte rapide sanitaire n°2020-48 du 7 mai 2020 intitulé « Déploiement stratégie de contact tracing post-confinement et modalités de mise en œuvre au sein des établissements de santé »

²⁸ Le GCS SESAN a activé son plan de continuité d'activité (PCA) dans le cadre de la crise sanitaire afin de continuer à appuyer les activités des établissements de santé et des professionnels de santé libéraux.

communiquer²⁹. En conséquence, le volume des inclusions journalières a significativement augmenté (60 à 80 par jour). L'incertitude du diagnostic associée à la faible capacité de réalisation de tests virologiques par RT-PCR a conforté d'un point de vue médical l'inclusion indifférenciée des cas possibles, probables et confirmés. Le délai de rendu des résultats (jusqu'à 72 heures) a suggéré de ne pas limiter les critères d'inclusion car certaines aggravations de l'état de santé pouvaient être constatées dans ce laps de temps. La surveillance médicale était concentrée surtout sur l'évolution des signes d'aggravation de la maladie, avec certaines priorisations qui pouvaient être effectuées en raison du nombre de personnes faisant l'objet d'un suivi actif (120 par jour).

Les sorties d'hospitalisation ont commencé à être repérées par un soignant (1 ETP) à partir du 1^{er} avril afin que les patients puissent faire l'objet d'un télésuivi dans le cadre de leur retour à domicile³⁰. Les inclusions pouvaient donc avoir lieu à trois niveaux différents puisque les agents chargés de l'annonce des résultats par téléphone (2 ETP) avaient également pour consigne de vérifier que les patients avaient bien été inclus au moment de leur dépistage (et de procéder à leur inclusion dans le cas contraire)³¹.

Phase 2 – Période intermédiaire (avril à mai 2020)

L'organisation s'est progressivement structurée dans le champ de la surveillance médicale et des inclusions autour d'une cellule de rappel et de suivi. Le renforcement des capacités de diagnostic médical associé à la réduction des délais de rendu et de communication des résultats aux patients a permis d'orienter la télésurveillance sur les cas confirmés et probables. En parallèle, la surveillance médicale s'est organisée autour de plusieurs médecins et internes qui assuraient une permanence 7 jours sur 7 (1,2 ETP). Les critères d'inclusion n'ont pas évolué afin de respecter un principe de précaution, mais la surveillance médicale a procédé au suivi de moins en moins de patients actifs (50 à 60 par jour). Les appels téléphoniques n'ont plus procédé à une priorisation des patients en fonction des signes d'aggravation et de moins en moins étaient invités à se représenter à l'hôpital pour une évaluation clinique.

Phase 3 – Période élargie (mai à juin 2020)

Le 29 avril, le module eCOVID évolue afin de permettre la recherche et le suivi des cas contacts. Des critères spécifiques sont définis afin d'être renseignés et suivis par le professionnel de santé et/ou par la personne elle-même sur un autre tableau de bord (facteurs de risque, présence de signes évocateurs, évaluation de la qualité du confinement à domicile).

²⁹ Annexe 2

³⁰ Annexe 3

³¹ Pour les cas négatifs, il était proposé seulement aux personnes symptomatiques d'être incluses dans le dispositif de télésuivi eu égard à l'importance estimée ou avérée des faux-négatifs.

Le lien entre le cas confirmé et les cas contacts devient par ailleurs visible facilement au sein du système d'information.

Les inclusions s'élargissent pour intégrer les cas contacts du domicile, recherchés dans le cadre d'enquêtes téléphoniques réalisées au moment de l'annonce d'un résultat positif³². En parallèle, les inclusions « historiques » s'orientent structurellement vers les cas confirmés et probables (et non plus vers les cas possibles) qui sont approchés par téléphone lors de l'annonce d'un résultat positif. Les sorties d'hospitalisation continuent d'être suivies mais elles restent de plus en plus rares. De manière notable, les ressources humaines dédiées progressent pour le personnel médical (2,2 ETP) et non-médical (6,4 ETP) en raison d'une charge de travail globale plus importante.

	Phase 1 – Période épidémique (mars à avril 2020)	Phase 2 – Période inter. (avril à mai 2020)	Phase 3 – Période élargie (mai à juin 2020)
Contexte hospitalier	Afflux aux urgences Régulation surchargée Augmentation capacitaire	Stabilisation	Reprise des activités programmées Déconfinement
Diagnostic	Clinique, Imagerie Capacités insuffisantes du laboratoire	Clinique, Imagerie, Biologie Capacités limitées du laboratoire	Biologie Capacités suffisantes du laboratoire
Population dépistée	Orientation du SAMU Professionnels de santé Formes sévères et graves	Professionnels de santé Population générale	Population générale
Forme de télé suivi	Signes d'aggravation avec priorisation	Signes d'aggravation sans priorisation	Signes d'aggravation sans priorisation Signes évocateurs
Type de cas	Cas possible Cas probable	Cas possible Cas probable Cas confirmé	Cas contact Cas probable Cas confirmé
Modalités d'inclusion	Accueil dépistage Sorties d'hospitalisation Rappel des négatifs/positifs	Accueil dépistage Sorties d'hospitalisation Rappel des négatifs/positifs	Rappel des négatifs/positifs Sorties d'hospitalisation
Modalités d'exclusion	Aucune	Aucune	Inactivité
Ressources humaines	4,2 ETP PNM 1,2 ETP PM	4,2 ETP PNM 1,2 ETP PM	6,4 ETP PNM 2,2 ETP PM

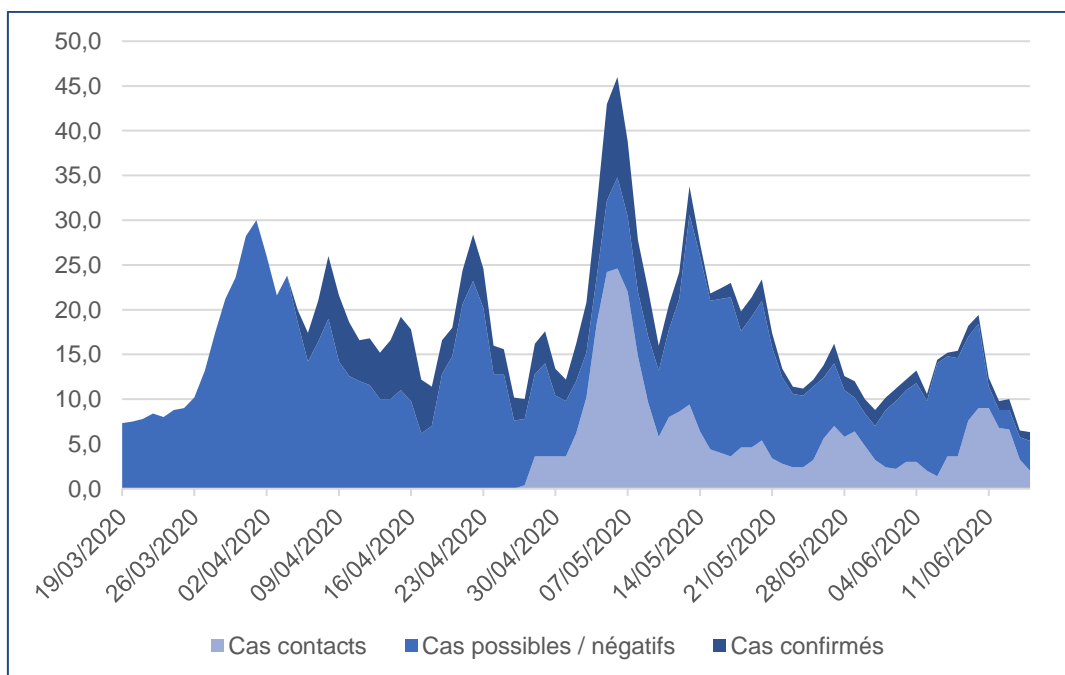
³² Annexe 4

1.2.2 L'analyse du profil des personnes prises en charge

L'exploitation d'une base de données mise à disposition par le GCS SESAN apporte certaines informations sur le profil des personnes qui ont fait l'objet d'un télé-suivi au CHA à l'aide du module eCovid de Terr-eSanté sur la période du 19 mars au 14 juin 2020.

Le graphique ci-dessous présente le nombre d'inclusions quotidiennes au sein du module en fonction du statut de prise en charge. Les données sont retraitées avec une moyenne glissante destinée à lisser les variations associées aux weekends où le nombre d'inclusion était faible voire inexistant³³. Le rythme moyen d'inclusions quotidiennes est de 31,6 personnes sur la période. Il est possible de distinguer les trois phases analysées dans la précédente sous-partie :

- Période épidémique (mars à avril) : Les cas confirmés, probables, possibles et négatifs ne sont pas distingués. Le renseignement d'un critère d'autosurveillance défavorable par le patient lui-même suffit à attirer l'attention de la surveillance médicale.
- Période intermédiaire (avril à mai) : Les cas confirmés commencent à être distingués au sein du module grâce à une meilleure organisation du travail au sein de la cellule de rappel et de suivi, mais aussi à l'augmentation des capacités de test du laboratoire de biologie médicale.
- Période élargie (mai à juin) : Les cas contacts commencent à faire l'objet d'un suivi. Ils constituent l'essentiel des personnes incluses au sein du dispositif et la proportion des cas confirmés commence à diminuer de manière notable.



³³ Le centre de dépistage a été ouvert du lundi au samedi de 9h00 à 17h00. La cellule de rappel et de suivi n'a été ouverte que du lundi au vendredi de 9h00 à 17h00, avec une permanence assurée le samedi matin à partir de début juin (9h00-12h00)

Il convient de noter que le statut des cas possibles et des cas contacts est basculé depuis avril 2020 vers un statut de cas confirmé lorsque la personne faisait l'objet d'un test virologique par RT-PCR qui se révélait positif. Cependant, le statut d'un cas possible n'est jamais basculé vers un statut de cas négatif lorsque le test se révélait négatif par commodité au regard de la perte de temps associée. Par conséquent, les cas possibles et négatifs concentrent en majeure partie des cas confirmés pendant la période « épidémique » tandis qu'ils concentrent en majeure partie des cas négatifs pendant les périodes « ciblée » et « élargie ».

Le profil des personnes prises en charge semble varier légèrement en fonction de la période considérée et du type de prise en charge. Sur l'ensemble de la période, 1712 personnes ont été incluses au sein du module eCovid avec un taux d'adhésion global de 22% (376) et une durée d'autosurveillance de 11,9 jours quel que soit le statut de prise en charge (cas confirmés, cas possibles et négatifs, cas contacts). Il est significativement plus élevé pour les femmes (21%) que pour les hommes (14%) même lorsque les effets démographiques sont neutralisés.

Phase 1 – Période épidémique (mars à avril 2020)	
	Cas possibles et négatifs
Nombre	263 personnes
Age moyen	41,8 ans
Sexe	67% F (176) 33% H (87)
Taux d'adhésion	48,3% (127)
Durée de l'autosurveillance	<p>Moyenne de 10,4 jours</p>

La période « épidémique » (19/03 – 04/04) montre une surreprésentation significative des femmes, qui tendent à représenter les deux tiers des personnes incluses dans le dispositif. Les modalités d'inclusion qui ciblaient les passages au centre de dépistage peuvent expliquer cette dynamique. En effet, le dépistage a été réservé pendant un certain temps aux professionnels de santé qui sont majoritairement de sexe féminin. Le taux d'adhésion est également particulièrement élevé (48%) en raison probablement de la méconnaissance importante de la maladie qui peut se traduire par une forte inquiétude au sein de la population.

Phase 2 – Période ciblée (avril à mai 2020)

	Cas possibles et négatifs	Cas confirmés	Ensemble
Nombre	298 pers.	105 pers.	403 pers.
Age moyen	41,5 ans	55,6 ans	45,1 ans
Sexe	79,2% F (236) 20,8% H (62)	54,3% F (57) 45,7% H (48)	72,7% F (293) 27,3% H (110)
Taux d'adhésion	28,19% (84)	40,9% (43)	31,5% (127)
Durée de l'autosurveillance	<p>Moy. de 12,6 jours</p>	<p>Moy. de 17,4 jours</p>	<p>Moy. de 14,3 jours</p>

La période « ciblée » (05/04 – 27/04) permet de distinguer plus clairement les cas confirmés, qui apparaissent relativement plus âgés que les cas possibles et négatifs (56 ans contre 41 ans). Le taux d'adhésion est en forte baisse chez les cas possibles et négatifs (28%) mais aussi chez les cas confirmés (41%). La surreprésentation des femmes est moins forte chez les cas confirmés (54%) car le dépistage organisé à l'attention des professionnels de santé en majorité de sexe féminin était surtout à visée préventive (contrairement au dépistage à visée diagnostique). La durée de l'autosurveillance augmente néanmoins pour l'ensemble (14,3 jours), avec une répartition qui tend à séparer deux grandes catégories de personnes (celles qui se suivent quelques jours et celles qui se suivent plusieurs semaines). Cette répartition peut éventuellement suggérer une forte polarité entre les formes légères et les formes sévères de la maladie (critère objectif) ou entre une inquiétude modérée et une inquiétude importante par rapport à la maladie (critère subjectif).

Phase 3 – Période élargie (mai à juin 2020)				
	Cas possibles et négatifs	Cas confirmés	Cas contacts	Ensemble
Nombre	593 pers.	129 pers.	324 pers.	1046 pers.
Age moyen	46,5 ans	50,2 ans	31,8 ans	42,4 ans
Sexe	60,0% F (356) 40,0% H (237)	54,3% F (70) 45,7% H (59)	50,3% F (163) 49,7% H (161)	56,3% F (589) 43,7% H (457)
Taux d'adhésion	9,3% (55)	17,8% (23)	12,0% (39)	11,2% (117)
Durée de l'autosurveillance	<p>Moy. de 8,8 jours</p>	<p>Moy. de 13,2 jours</p>	<p>Moy. de 13,8 jours</p>	<p>Moy. de 11,4 jours</p>

La période « élargie » (28/04 – 18/06) met en évidence les cas contacts, qui apparaissent comme significativement plus jeunes (32 ans), en raison de l'inclusion de nombreux enfants du domicile familial lors des activités de *contact tracing* réalisées par la cellule de rappel et de suivi. L'adhésion au dispositif est très faible pour les cas contacts (12%), mais ils tendent à s'autosurveiller pour une durée plus longue (13,8 jours). En effet, un nombre important de cas contacts se révèlent être des cas confirmés au bout de quelques jours, sans que leur statut de prise en charge ne soit modifié, de telle sorte que leur durée d'autosurveillance est mécaniquement prolongée. En outre, l'adhésion générale au dispositif s'effondre pour les cas possibles et négatifs (9%) mais aussi pour les cas confirmés (18%) dans le cadre d'une cinétique épidémiologique favorable et d'une meilleure connaissance de la maladie qui semble diminuer l'inquiétude de la population. Enfin, la proportion d'hommes (45%) et de femmes (55%) pour les cas possibles, négatifs et confirmés apparaît comme plus équilibrée, en raison de l'ouverture progressive du dépistage à la population générale.

1.2.3 La prévention mise au cœur des parcours de santé

La notion de parcours de santé est utilisée afin de refléter avec plus d'exactitude la prise en charge globale qui a été mise en place à destination des patients dans le cadre du Covid-19. Au-delà des soins, la notion intègre la mise en place d'actions dans le domaine de la prévention sanitaire et sociale (en amont) ainsi que de l'accompagnement social et médico-social (en aval).

A partir du 6 mai 2020, les établissements de santé reçoivent une série d'instructions dans le cadre de la levée progressive des mesures de confinement destinées à organiser la recherche et le suivi des cas contacts (*contact tracing*) ainsi que le dépistage des cas possibles (élargissement des conditions d'accès, approvisionnement des laboratoires, remontées des résultats aux tutelles)³⁴. Les pouvoirs publics mettent ainsi l'accent sur la prévention afin d'éviter une résurgence épidémique en brisant de manière précoce les chaînes de transmissions du virus, notamment au sein du foyer familial. Les mesures s'articulent autour de 3 axes qui requièrent un engagement important des hôpitaux (dépister, tracer et isoler). A titre notable, il a été demandé aux hôpitaux et à la médecine de ville de participer à un « premier niveau » de prise en charge des cas contacts. Ils doivent assurer la prise en charge des cas possibles de Covid-19 en matière d'actes (prescription d'un test virologique et de masques chirurgicaux, réalisation d'un arrêt de travail), d'identification des cas contacts du domicile (transmissions d'informations au « deuxième niveau ») et de délivrance des conduites

³⁴ Instruction interministérielle du 6 mai 2020 relative à la stratégie de déploiement des tests, traçabilité des contacts et mesures d'isolement et de mise en quatorzaine

à tenir (isolement au domicile). Le rôle propre des hôpitaux a été précisé par les tutelles et concerne notamment « *les personnes qui sont prises en charge aux urgences, en consultations et en hospitalisation [lorsqu'ils] n'ont pas de médecin traitant* »³⁵. Le « deuxième niveau » est assuré par l'assurance maladie qui doit finaliser l'identification des cas contacts en dehors du foyer et prendre en charge ces personnes (organisation d'un test virologique, accès à des masques chirurgicaux, accompagnement sanitaire ou social pour l'isolement) tandis que le « troisième niveau » est assuré par les ARS et les cellules régionales de Santé Publique France (SPF) qui sont chargées d'identifier des chaînes de transmission plus grandes sur le territoire et de répondre à des situations complexes (écoles, établissements pénitentiaires).

En conséquence, les hôpitaux se sont engagés dans la conduite de nouvelles actions dans le domaine de la prévention et de l'éducation en santé. Le fait de s'insérer dans une telle démarche n'est pas nouveau dans la mesure où le code de la santé publique prévoit que les établissements de santé publics, privés d'intérêt collectif et privés « (...) *mènent des actions de prévention et d'éducation à la santé* ». Il est également prévu qu'ils « (...) *participent à la mise en œuvre de la politique de santé et des dispositifs de vigilance destinés à garantir la sécurité sanitaire* » (Art. L. 6111-1 du code de la santé publique). La notion de prévention recouvre néanmoins une réalité complexe à identifier et reste « *définie par ses actions et ses politiques et non par son objet* »³⁶. Il est possible de distinguer une prévention primaire (réduction de la fréquence d'une maladie ou d'un problème de santé dans une population saine), une prévention secondaire (détection et traitement précoce d'un problème de santé) et une prévention tertiaire (réduction de la progression et des complications d'une maladie avérée ou d'un problème de santé)³⁷. L'hôpital intervient nécessairement à tous les niveaux en matière de prévention, mais les interventions ciblées concernent surtout la prévention de l'obésité, de l'alcoolisme et du tabagisme. Il accompagne également les personnes qui souffrent d'une maladie chronique (diabète, asthme, polyarthrite rhumatoïde, etc.) dans le cadre de l'éducation thérapeutique du patient (ETP)³⁸. Ces missions spécifiques font l'objet d'une attention modérée de la part des pouvoirs publics dans la mesure où elles sont également conduites par d'autres structures (non-spécificité). Par ailleurs, elles demeurent relativement cloisonnées vis-à-vis des activités traditionnelles de diagnostic, surveillance et traitement des malades. Cependant, les usages de la télésanté dans le cadre de la crise

³⁵ Message d'alerte rapide sanitaire n°2020-48 du 7 mai 2020 intitulé « Déploiement stratégie de contact tracing post-confinement et modalités de mise en œuvre au sein des établissements de santé »

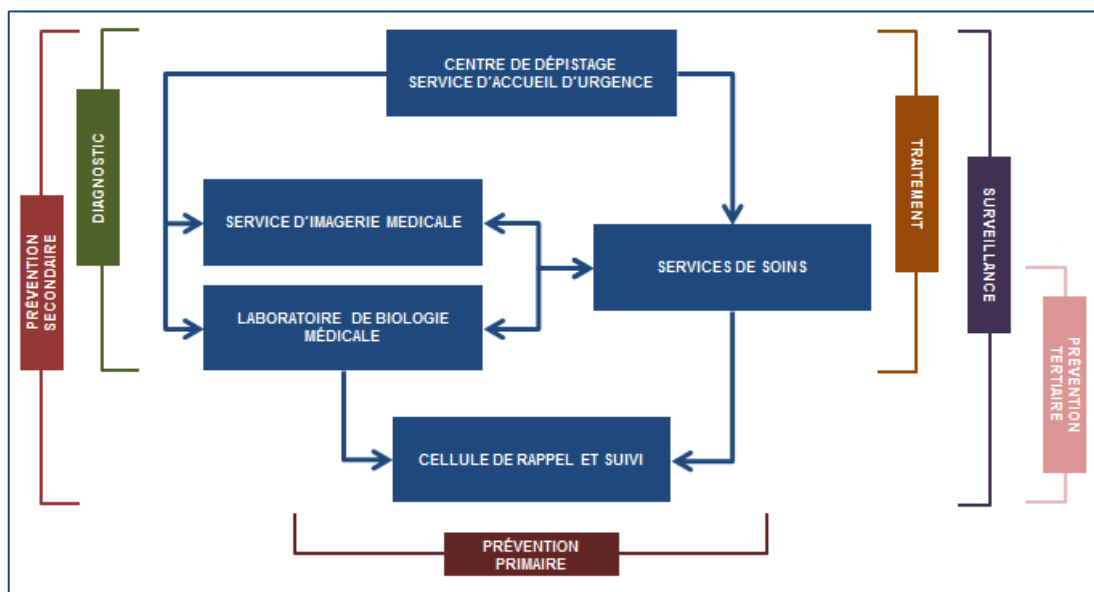
³⁶ BOURDILLON, F., BRÜCKER G., TABUTEAU D., 2016, *Traité de santé publique*, 3^{ème} édition, Paris : Médecine Sciences Publications, 716 p.

³⁷ Distinction formulée par le glossaire de la Banque de données de santé publique (BDSP)

³⁸ Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), l'éducation thérapeutique du patient (ETP) a pour objectif « *d'aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique* ».

sanitaire ont montré que d'une part, la distance physique et psychologique par rapport au patient imposait d'insister plus fortement sur la prévention, d'autre part qu'un plus grand « chaînage » de toutes ces activités (prévention, diagnostic, surveillance et traitement) était possible en milieu hospitalier.

Par exemple, l'organisation déployée par le CHA a témoigné d'une intégration relativement importante de ces différentes activités dans le cadre de la prise en charge globale des patients Covid-19. Le circuit du patient mis en place montre une volonté de coordonner les activités de diagnostic, de traitement et de surveillance. Le diagnostic est réalisé au service d'accueil d'urgence (lorsqu'il est clinique) mais aussi entre le centre de dépistage, le service d'imagerie médicale et le laboratoire de biologie médicale (lorsqu'il est biologique ou effectué par imagerie). Les patients qui nécessitent d'être hospitalisés peuvent être traités dès leur arrivée aux urgences, même si l'essentiel du traitement est assuré dans les services de soins. Ces derniers font l'objet d'une surveillance constante jusqu'à leur sortie (voire au-delà). Les patients ambulatoires rentrent directement à domicile, avec une surveillance assurée dans le cadre du télésuivi des cas confirmés mis en place par la cellule de rappel et de suivi.



Les activités de prévention sont réalisées à plusieurs niveaux du circuit du patient, même si les activités mises en place par la cellule de rappel et de suivi permettent d'insister sur certains aspects au bénéfice du patient ambulatoire :

- Prévention primaire : rechercher les cas contacts du foyer familial, *évaluer les conditions de respect du confinement à domicile, conseiller pour éviter les transmissions intrafamiliales*, délivrer un arrêt de travail pour le cas contact, *signaler*

les situations sociales complexes, surveiller l'évolution de la situation chez les cas contacts.

- Prévention secondaire : annoncer un résultat positif/négatif à un cas possible, *évaluer les signes évocateurs et les facteurs de risque chez les cas contacts*, organiser un dépistage pour chaque cas contact.
- Prévention tertiaire : délivrer un arrêt de travail pour le cas confirmé, *évaluer les signes de gravité et les facteurs de risque chez le cas confirmé*

Les missions marquées en italique ci-dessus réalisées par la cellule de rappel et de suivi ont nécessité l'usage du module eCOVID, développé dans le cadre de la crise sanitaire au sein de la plateforme Terr-eSanté.

*

*

*

La multiplication des usages de la télésanté en ville comme à l'hôpital s'est déroulée dans un contexte très particulier d'épidémie émergente associée à l'existence d'une incertitude médicale particulièrement élevée. La pérennité des usages en milieu hospitalier doit cependant être interrogée. Le développement de la télésanté à l'hôpital témoigne-t-il d'une forme de désorganisation temporaire du système de santé ?

Les caractéristiques organisationnelles de certains parcours de santé semblent témoigner d'un potentiel de développement qui reste important en milieu hospitalier. La télésanté permet de répondre à une forte incertitude médicale qui reste permanente pour l'ensemble des acteurs du système de santé. Les usages semblent donc devoir être encouragés mais aussi organisés à l'hôpital pour les années à venir.

*

*

*

2 La télésanté permet de composer avec une incertitude renforcée à plusieurs niveaux et affiche des perspectives favorables de développement en milieu hospitalier

La télésanté permet de faire face aux conséquences d'une incertitude médicale impossible à réduire mais aussi de mobiliser des professionnels de santé évincés des services de soins et de composer avec l'engagement variable de la médecine de ville sur le territoire (2.1.). Le développement des usages de la télésanté en milieu hospitalier affiche des perspectives favorables et doit être accompagné afin de constituer un véritable levier de décloisonnement territorial (2.2.).

2.1 L'usage de la télésanté à l'hôpital, un outil de gestion de l'incertitude à trois niveaux

2.1.1 Incertitude autour des patients : briser les frontières associées aux circuits de prise en charge ambulatoire

L'incertitude radicale est intrinsèque à l'activité médicale car l'information sur l'occurrence ou sur les caractéristiques d'une maladie est nécessairement limitée pour les patients mais aussi pour les médecins. La situation d'incertitude est atténuée en temps normal par un équilibre asymétrique associé à un savoir médical spécialisé (ex. durée et coût des études) et singularisé (ex. adaptation aux particularités d'un malade). La pratique médicale est également encadrée par des institutions de confiance (ex. barrières à l'entrée, serment d'Hippocrate, codes de déontologie, codes éthiques)³⁹.

Cet équilibre a été remis en cause par la crise sanitaire dans le cadre d'une incertitude médicale renforcée vis-à-vis de la nature de l'évènement (ex. degré de gravité de la maladie) et des probabilités de réalisation de cet évènement (ex. progression du nombre de personnes malades). En particulier, la difficulté supposée ou avérée⁴⁰ de caractériser de manière fiable les cas confirmés à l'aide d'un diagnostic à sensibilité et spécificité élevée a perturbé l'organisation de parcours de santé adaptés à chaque personne. La diversité des formes

³⁹ DA SILVA N., RAULY A., juin 2016, « La télémédecine, un instrument de renouvellement de l'action publique ? Une lecture par l'économie des conventions », *Économie et institutions* [en ligne], 24, pp. 1-19. [visité le 15/08/2020], disponible sur Internet : <https://journals.openedition.org/ei/5758>

⁴⁰ Le Centre national des infections respiratoires (CNR) a estimé que la sensibilité des tests virologiques réalisés par RT-PCR était de 90%. Voir l'avis du 9 mai 2020 relatif à la réalisation des prélèvements et la sensibilité des tests RT-PCR pour la détection du SARS-CoV-2.

cliniques de l'infection à Sars-CoV-2 est également venue caractériser cette forte incertitude médicale : formes asymptomatiques ou pauci-symptomatiques, formes avec pneumonies sans signe de gravité, formes graves se manifestant soit d'emblée, soit secondairement par des aggravations ultérieures de l'état de santé nécessitant une hospitalisation conventionnelle ou en réanimation⁴¹. Dans ce contexte, des lignes directrices ont été élaborées par les autorités sanitaires afin d'organiser différents circuits de prise en charge ambulatoire en fonction des signes de gravité, de l'environnement social et familial, mais aussi de l'existence et de la disponibilité d'un médecin traitant pour chaque patient⁴². Elles prévoient notamment différentes modalités de surveillance à domicile, qui relèvent du choix du médecin (autosurveillance, suivi médical, suivi infirmier, hospitalisation à domicile). L'orientation médicale est restée assez fragile au regard de l'incertitude médicale et les acteurs concernés ont été particulièrement nombreux (patient/entourage, infirmiers libéraux, médecins traitants, SAMU-Centre 15) ce qui s'est traduit par une lisibilité dégradée des circuits de prise en charge ambulatoire.

Les usages de la télésanté en milieu hospitalier ont permis de composer avec cette incertitude médicale en plaçant la prévention au cœur des parcours de santé, et en articulant de manière plus intégrée les différentes activités de diagnostic, traitement et surveillance à destination des patients. Surtout, ils ont permis de recentrer la prise en charge médicale sur le patient qui est devenu dans de nombreuses circonstances le premier acteur de son parcours de santé. Par exemple, le télésuivi organisé au CHA à l'aide du module eCovid est basé sur l'autosurveillance quotidienne des cas possibles, probables et confirmés à partir de 8 à 10 critères d'aggravation⁴³ (et des cas contacts à partir de 12 critères plus spécifiques).

Critère utilisé	Réponse possible	Cas possibles	Cas contacts
		Cas probables	Cas confirmés
Quelle est votre température ?	Température (°C)	X	X
Avez-vous des maux de tête ?	Oui / Non		X
Avez-vous des signes ORL ?	Non		X
	Écoulement nasal		
	Obstruction nasale		

⁴¹ HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ, *Réponses rapides dans le cadre du COVID-19 – Prise en charge des patients COVID-19, sans indication d'hospitalisation, isolés et surveillés à domicile* [visité le 15/08/2020], disponible sur Internet : https://www.has-sante.fr/jcms/p_3182290/fr/prise-en-charge-des-patients-covid-19-sans-indication-d-hospitalisation-isoles-et-surveilles-a-domicile

⁴² Fiche ARS du 20 mars 2020 intitulée « Lignes directrices pour la prise en charge en ville des patients symptomatiques en phase épidémique de Covid-19 ».

⁴³ Les critères « Avez-vous une perte d'odorat ? » et « Avez-vous des troubles digestifs ? » ont progressivement été rajoutés dans le cadre de l'évolution des connaissances médicales et scientifiques associées à la maladie.

Quelle est votre fréquence cardiaque ?	FC (bpm)	X	
Quelle est votre fréquence respiratoire ?	FR (ipm)	X	
Avez-vous des frissons ?	Oui / Non	X	X
Avez-vous eu un malaise dans les dernières 24 heures ?	Oui / Non	X	
Ressentez-vous une grande fatigue inhabituelle ?	Oui / Non		X
Comment évaluez-vous votre gêne respiratoire ?	Respiration normale	X	X
	Gêne faible		
	Gêne modérée		
	Gêne importante		
	Gêne maximale		
Comment évaluez-vous votre toux ?	Pas de toux	X	X
	Toux occasionnelle		
	Toux modérée		
	Toux importante		
	Toux invalidante		
Votre état général et psychologique vous permet-il de rester à domicile ?	Oui / Non	X	
Avez-vous une perte de goût ?	Oui / Non		X
Présence de troubles digestifs ?	Non	X	X
	Diarrhées		
	Vomissement		
	Impossible de s'alimenter		
Avez-vous une perte d'odorat ?	Oui / Non	X	
Avez-vous d'autres symptômes évocateurs ?	Oui / Non		X
Avez-vous besoin d'aide ?	Oui / Non		X

L'appropriation par le patient des différents critères d'aggravation de la maladie a permis une orientation plus dynamique entre les différents circuits de prise en charge ambulatoire. En effet, l'investissement du patient dans la gestion de sa maladie⁴⁴ permet de réagir plus rapidement qu'avec l'unique engagement des professionnels de santé. Ainsi, il devient possible de limiter les conséquences concrètes de l'incertitude médicale, en matière de réduction des délais pour mettre en œuvre un choix thérapeutique par exemple. Il restait nécessaire d'accompagner l'éducation à la santé des patients, notamment afin de leur permettre de mesurer eux-mêmes leurs constantes cardiaques et respiratoires (ex. supports pédagogiques intégrés au sein de l'application et du site web, explications apportées par les

⁴⁴ L'enjeu de l'appropriation des critères d'aggravation d'une maladie se retrouve dans la gestion de plusieurs maladies chroniques instables (asthme chronique, diabète de type 1 et 2, insuffisance cardiaque, etc.).

équipes par téléphone). L'intervention des équipes médicales et soignantes était préservée, mais recentrée sur des fonctions d'éducation, de contrôle et d'orientation. En parallèle, la standardisation associée au télésuivi a permis de prendre en charge une file active plus importante de patients dans la mesure où les cas possibles, probables et confirmés présentant exclusivement des indicateurs positifs n'étaient pas rappelés par la cellule dédiée⁴⁵. Cette capacité augmentée permet de mettre au second plan le statut de prise en charge d'un patient et de se concentrer sur l'évolution des critères d'aggravation de la maladie au bénéfice d'un plus grand nombre de patients.

2.1.2 Incertitude autour des agents : mobiliser des agents hospitaliers en éviction des services de soins

L'incertitude médicale propre à la crise sanitaire se prolonge dans le domaine de la gestion des ressources humaines (GRH). En effet, la progression de l'épidémie s'est traduite par la nécessité de maintenir à distance des services de soins de nombreux agents hospitaliers (déprogrammation, évictions professionnelles). Le nombre d'agents concernés n'a cessé de varier, mais il a été possible de s'appuyer sur cette dynamique pour les mobiliser sur des fonctions en lien avec la télésanté.

Les établissements de santé publics et privés ont été invités à procéder à une « *déprogrammation des activités chirurgicales ou médicales non-urgentes (...) sans préjudice de perte de chance pour les patients* » afin d'augmenter la capacité de soins critiques, de prioriser l'accueil des patients affectés par le Covid-19 et de prioriser l'affectation des personnels⁴⁶. Cependant, les agents libérés de leurs missions habituelles n'ont pas toujours été en mesure de participer aux activités de prise en charge des patients affectés par le Covid-19 au sein des services de soins (besoins insuffisants, manque de compétences, absence de volonté). Au CHA, plusieurs médecins et soignants inoccupés ont ainsi pu être affectés à temps plein ou à temps partiel au sein de la cellule de rappel et de suivi. Ainsi, 3 médecins de spécialité oto-rhino-laryngologiste (ORL) ont pu contribuer un certain temps aux activités de télésuivi sur le module eCovid. Leur contribution a permis de réussir à assurer pendant un certain temps la continuité de l'activité de télésuivi pendant le weekend⁴⁷. Le personnel soignant et administratif de la cellule de rappel et de suivi est également issu en majeure partie des services de consultations externes, hôpitaux de jour et psychiatrie. Ces agents peuvent

⁴⁵ Ils pouvaient représenter jusqu'à 50% des personnes adhérents au télésuivi sur le module eCovid

⁴⁶ Message d'alerte rapide sanitaire n°2020-11 du 14 mars 2020 intitulé « Covid-19 – Actualisation des informations au 14 mars 2020 »

⁴⁷ Les médecins de spécialité ORL du CHA ont progressivement été mis à contribution pour réaliser des actes de trachéotomie dans les services de soins critiques

donc faire l'objet d'une attention particulière en période de crise sanitaire afin d'être mobilisés temporairement sur des fonctions en lien avec la télésanté.

Un nombre important d'agents hospitaliers ont également fait l'objet d'un arrêt pour maladie dans le cadre d'une infection à SARS-CoV-2. Le cadre juridique applicable a été celui d'un arrêt de travail de droit commun⁴⁸. Les modalités de prescription ont été élargies dans certaines conditions à la médecine du travail⁴⁹ et le jour de carence a fait l'objet d'une suspension à compter du 24 mars 2020⁵⁰. Entre le 9 mars et le 22 juin, 109 agents du CHA ont fait l'objet d'un arrêt de travail de droit commun pour un motif associé au Covid-19, avec une surreprésentation notamment des aides-soignants, des infirmiers et des internes de médecine. Cependant, de nombreux agents ont fait l'objet de mesures d'isolement, d'éviction ou de maintien à domicile sans être malade afin de respecter un principe de prévention et de limiter la progression de l'épidémie de Covid-19, notamment dans les situations suivantes :

- personne vulnérable ou « à risque » pour laquelle les consignes sanitaires recommandent de respecter une mesure d'isolement ou cohabitant avec une personne vulnérable ;
- personne asymptomatique mais considérée comme « *cas contact étroit* »⁵¹ ;
- parent d'un enfant de moins de 16 ans dont la structure d'accueil ou l'établissement scolaire est fermé ou parent d'un enfant en situation de handicap pris en charge dans une structure fermée ;

Le cadre juridique associé à ces évictions professionnelles est resté complexe pour l'employeur public. Les dispositions dérogatoires prévues par le décret n°2020-73 du 31 janvier 2020 (modifié)⁵² qui instaurent notamment un arrêt de travail sans maladie ne s'appliquent qu'aux assurés du régime général de la sécurité sociale. Ainsi, les vacataires et les contractuels affiliés au régime général et à l'IRCANTEC pouvaient bénéficier d'un arrêt de travail dérogatoire tandis que les fonctionnaires affiliés à la CNRACL ne pouvaient bénéficier que d'une autorisation spéciale d'absence (ASA) sur le fondement de l'instruction n°7 du 23 mars 1950 ou d'un congé maladie ordinaire (CMO). Au CHA, il y a eu 90 agents en position

⁴⁸ Le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) a émis plusieurs recommandations le 16 mars, le 7 avril et le 23 mai 2020 qui précisent la conduite à tenir en matière d'éviction des professionnels de santé en fonction de leur statut virologique par rapport à l'infection à Sars-CoV-2

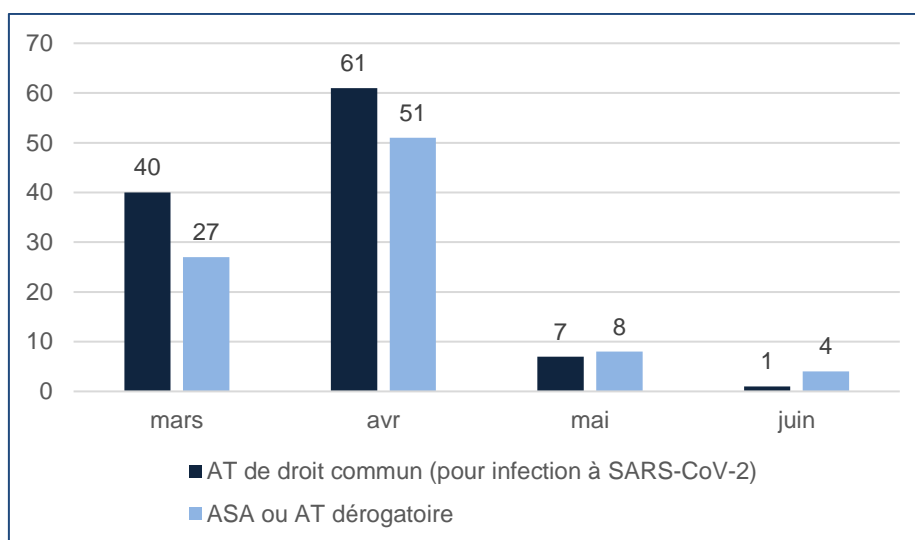
⁴⁹ Ordonnance n°2020-386 du 1^{er} avril 2020 adaptant les conditions d'exercice des missions des services de santé au travail à l'urgence sanitaire et modifiant le régime des demandes préalables d'autorisation d'activité partielle

⁵⁰ Loi n°2020-290 du 23 mars 2020 d'urgence pour faire face à l'épidémie de Covid-19

⁵¹ Avis du 7 mai 2020 relatif à la conduite à tenir en cas de contact d'une personne ayant des antécédents évocateurs de Covid-19 avec une personne malade du Covid-19 (HCSP)

⁵² Décret n° 2020-459 du 21 avril 2020 modifiant le décret n° 2020-73 du 31 janvier 2020 portant adoption de conditions adaptées pour le bénéfice des prestations en espèces pour les personnes exposées au coronavirus

d'absence dans le cadre d'une ASA ou d'un arrêt de travail dérogatoire sur la période de mars à juin 2020.



Source : DRH, CHA (2020)

L'avis du 31 mars 2020 relatif à la prévention et à la prise en charge des patients à risque de formes graves de Covid-19 du HCSP précise 11 critères pathologiques susceptible de caractériser une vulnérabilité et de justifier à ce titre d'une éviction professionnelle. Cependant, ce principe de prévention ne s'appliquait pas de manière automatique pour les soignants, pour lesquels l'avis provisoire du 14 mars précise déjà que « *la pertinence de ces mesures [d'éviction] devra être évaluée au cas par cas en lien avec la médecine du travail de l'établissement en fonction de la gravité de la pathologie et de son évolutivité* ». En fonction des situations individuelles, les évictions recommandées par la médecine du travail pouvaient concerner seulement les services à risque de forte exposition au SARS-CoV-2 (réanimation, infectiologie, urgences, etc.). Une réaffectation et/ou un aménagement du poste de travail pouvait temporairement être envisagé(s)⁵³.

Une part significative des soignants de la cellule de rappel et de suivi du CHA exerçaient précédemment dans les services de soins et ont donc fait l'objet d'une affectation temporaire sur des fonctions en lien avec la télésanté. L'inconvénient de cette gestion réside dans un *turn over* important des agents mobilisés dans ce cadre car la reprise progressive des activités normales au sein de l'hôpital s'est traduite par le besoin de les remplacer régulièrement. Il semble néanmoins exister un « vivier » permanent d'agents hospitaliers qui ne sont pas en mesure de travailler dans les services de soins (sans que leur nombre ne puisse parfaitement être anticipé) dans le cadre de restrictions d'aptitude et d'inaptitudes

⁵³ Le cadre juridique associé à ces réaffectations et/ou aménagements reste incertain. L'article 71 de la loi n°86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière insiste sur la nécessité « *d'altération de l'état physique* » pour évoquer la notion d'inaptitude, ce qui n'était pas nécessairement le cas.

prononcées de manière routinière par la médecine du travail. L'employeur public est d'ailleurs tenu à une obligation de moyen pour procéder à l'aménagement du poste de travail et/ou au reclassement de l'agent qui en formule la demande⁵⁴. Les avis formulés par la médecine du travail reflètent régulièrement une interdiction du port de charges lourdes, de telle sorte que le développement de la télésanté en milieu hospitalier pourrait s'appuyer de manière pérenne sur la mobilisation de ces agents même en dehors d'une période de crise sanitaire.

	Inaptitudes temporaires liées au COVID-19	Inaptitudes temporaires pour autre motif	TOTAL	Restrictions d'aptitude liées au COVID-19	Restrictions d'aptitude pour autre motif	TOTAL
mars/avril 2020	21	3	24	61	23	84
mars/avril 2019	0	2	2	0	30	30

Source : SST, CHA (2020)

2.1.3 Incertitude autour du territoire : composer avec l'engagement variable de la médecine de ville

L'engagement de la médecine de ville est variable en fonction des territoires en temps normal, comme en période de crise sanitaire. Le développement des usages de la télésanté en milieu hospitalier se révèle être une opportunité destinée à composer avec ces déséquilibres territoriaux et à garantir à tous un égal accès aux soins.

En effet, la médecine française est associée à un mode d'exercice libéral ou mixte (53,2%), notamment en ville, même si le mode d'exercice salarié (47,2%) tend à augmenter depuis plusieurs années (+10% par rapport à 2010)⁵⁵. A ce titre, l'exercice libéral est fondé sur plusieurs principes, et notamment celui de la liberté d'installation du médecin, posés par la charte de 1927 et consacrés par voie législative et réglementaire⁵⁶. En conséquence, l'organisation de l'offre de soins ambulatoire affiche structurellement des déséquilibres territoriaux qui sont régulièrement attribués à la médecine libérale par les corps de contrôle de l'administration⁵⁷.

L'investissement de la médecine libérale dans le cadre de la crise sanitaire a été souligné, avec la publication de plusieurs articles de presse et/ou la communication

⁵⁴ Décret n°89-376 du 8 juin 1989 pris pour l'application de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière et relatif au reclassement des fonctionnaires pour raisons de santé

⁵⁵ CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MÉDECINS, 2018, *Atlas de la démographie médicale en France*, 165 p.

⁵⁶ Art. L. 162-2 du code de la sécurité sociale

⁵⁷ COUR DES COMPTES, 2017, « Chapitre II. Des politiques de maîtrise de la dépense trop souvent mises en défaut » in *Rapport public thématique sur l'avenir de l'assurance maladie*, pp. 45-83.

institutionnelle autour de plusieurs initiatives organisées en ville⁵⁸. La stratégie de prise en charge en ville a ciblé notamment les patients présentant une forme simple ou modérée du Covid-19 qui devaient faire l'objet d'un maintien à domicile. Le médecin traitant a été invité à jouer un rôle important en matière d'orientation médicale, notamment en cas d'apparition de signes de gravité qui devait conduire à appeler le SAMU – Centre 15. Les professionnels de santé en ville ont également été invités à recourir à plusieurs outils de télésanté pour appuyer cette prise en charge ambulatoire.

Les déséquilibres territoriaux n'ont pas été effacés par la crise sanitaire et l'investissement de la médecine de ville est resté à géométrie variable. En particulier, les patients affectés par des formes simples ou modérées sans médecin traitant⁵⁹ étaient invités à contacter directement le SAMU – Centre 15 avant d'être orientés en fonction du contexte local vers les urgences d'un hôpital, ou vers un médecin de ville. En outre, les professionnels de santé ne se sont pas organisés en ville de la même manière, lorsqu'ils se sont organisés, pour répondre aux orientations des tutelles en matière de prise en charge ambulatoire. Les unions régionales des professionnels de santé (URPS)⁶⁰ qui participent notamment « à des actions dans le domaine des soins, de la prévention, de la veille sanitaire, de la gestion des crises sanitaires, de la promotion de la santé et de l'éducation thérapeutique » et « au déploiement et à l'utilisation des systèmes de communication et d'information partagés »⁶¹ n'ont pas été en mesure d'accompagner la structuration de parcours de soins dans tous les territoires. Les dispositifs d'appui à la coordination des parcours complexes, destinés à être intégrés au sein de plateformes territoriales d'appui (PTA) d'ici juillet 2022⁶², ont parfois constitué le support d'initiatives organisées en ville pour répondre à certains enjeux posés par la crise sanitaire.

⁵⁸ Par exemple, les initiatives pilotées par l'ARS et l'URPS dans la région Occitanie ont été largement relayées par plusieurs articles de presse : mise à disposition d'un système de téléconsultation (MEDICAM) auprès de 2 300 médecins, mise en place de 140 centres de consultation dédiés au Covid-19. Voir notamment : AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ D'OCCITANIE, *Coronavirus : les professionnels de santé libéraux se mobilisent activement à l'entrée en phase épidémique* [visité le 15/08/2020], disponible sur Internet : <https://www.occitanie.ars.sante.fr/coronavirus-les-professionnels-de-sante-liberaux-se-mobilisent-activement-lentree-en-phase>

⁵⁹ D'après l'assurance maladie, 5,4 M d'assurés du régime général n'auraient pas déclaré de médecin traitant (soit 10% de la population française). Voir notamment : GATTUSO, C., janvier 2020, « Nicolas Revel, directeur général de l'Assurance maladie : l'accès au médecin traitant me préoccupe », *Le Généraliste* [en ligne], pp. 1-2. [visité le 15/08/2020], disponible sur Internet : <https://www.legeneraliste.fr/actu-pro/nicolas-revel-directeur-general-de-lassurance-maladie-laces-au-medecin-traitant-me-preoccupe>

⁶⁰ La loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires et le décret n°2010-585 du 2 juin 2010 relatif aux unions régionales de professionnels de santé introduisent une représentation institutionnelle à l'échelle régionale des professions de santé libérales.

⁶¹ Art. R. 4031-2 du code de la santé publique

⁶² La loi de modernisation du système de santé du 28 janvier 2016 et le décret n°2016-919 du 4 juillet 2016 relatif aux fonctions d'appui aux professionnels pour la coordination des parcours de santé complexes prévoient l'intégration des réseaux de santé, des MAIA, PTA CTA, CLIC/PAT d'ici juillet 2022.

Dans les Yvelines (78), l'APTA 78 a accompagné l'organisation d'un circuit de prise en charge ambulatoire à destination des cas possibles, cas confirmés et cas contacts autour des communes de Versailles et Saint-Germain-en-Laye.

Un circuit de prise en charge ambulatoire mis en place par l'APTA 78

Dans le cadre du déconfinement progressif annoncé à compter du 11 mai 2020, l'APTA 78 a accompagné la mise en place en ville d'une organisation structurée et basée sur la télésanté destinée à casser les chaînes de transmissions du Covid-19, à affiner la surveillance épidémiologique ainsi qu'à optimiser les mesures d'isolement des personnes contaminées. Le dispositif est piloté en lien avec la délégation départementale de l'ARS, la préfecture et le conseil départemental.

Les cas possibles pouvaient être inclus dans le dispositif par le médecin traitant, la régulation médicale ou les deux hôpitaux de proximité (Versailles et Saint-Germain-en-Laye). Le suivi médical et médico-social était ensuite assuré directement par le médecin traitant (selon ses propres modalités) ou par une cellule départementale de l'APTA 78 qui exerçait deux missions :

- Tracer : une équipe médico-soignante (3,5 ETP) s'occupait du télésuivi des cas confirmés à l'aide du module eCovid plateforme Terr-eSanté et pouvait proposer, si besoin, une téléconsultation et/ou une orientation vers le SAMU – Centre 15.
- Isoler : une équipe fixe (5 ETP) et une équipe mobile (2 ETP) composées de professionnels de santé et de travailleurs sociaux assuraient le suivi des cas contacts et l'évaluation du confinement à domicile et pouvaient proposer, si besoin, un confinement à l'hôtel ainsi que des services à domicile (kit sanitaire, portage de courses/repas/médicaments, blanchisserie).

Une équipe administrative et logistique était également chargée de la coordination de l'ensemble du dispositif (2,5 ETP).

En fonction du contexte, le recours à certains usages de la télésanté en milieu hospitalier peut être envisagé afin de permettre aux patients de bénéficier d'une prise en charge ambulatoire qui serait indisponible en ville, de manière analogue à ce qui peut exister pour les actes et consultations externes. Le fait de procéder à un rééquilibrage ville/hôpital au sein d'un même bassin de vie préserve l'ancrage territorial nécessaire à la plupart des usages de la télésanté. Si la télésanté permet de s'affranchir dans une certaine mesure de la distance géographique, il apparaît que les usages restent encore ancrés au sein des territoires pour

s'articuler avec des circuits de prise en charge complémentaires et/ou de recours (ex. distribution à domicile de kits sanitaires, régulation médicale).

2.2 L'utilisation coordonnée de la télésanté en milieu hospitalier, levier de décloisonnement territorial

2.2.1 Assumer à l'hôpital la mise en œuvre d'actions au service de la population dans le domaine de la télésanté

Le développement des usages de la télésanté en milieu hospitalier se heurte depuis plusieurs années à la volonté de ne plus confier à l'hôpital un rôle central dans la prise en charge des patients⁶³. L'hôpital est invité à se recentrer sur sa mission première, à savoir le traitement des épisodes aigus d'une pathologie. C'est d'ailleurs cette dimension de l'exercice hospitalier qui intéresse également le plus les praticiens. L'intérêt pour la surveillance médicale reste structurellement faible, ce qui se traduit par exemple par une attention modérée pour les actes et consultations externes.

Les principaux usages de la télésanté (téléconsultation, télésurveillance, etc.) s'insèrent également dans une dynamique de prise en charge qui va au-delà du traitement des épisodes aigus d'une pathologie. La télésanté n'intéresse donc pas toujours la communauté médicale, en dehors de certaines initiatives très ciblées⁶⁴. En parallèle, les tutelles ne cherchent pas à favoriser le développement de la télésanté en milieu hospitalier depuis plusieurs années. Dans son rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale (RALFSS) publié pour l'année 2017, la Cour des comptes relevait notamment que « *fin 2012, la politique nationale de soutien au développement de la télémédecine a été réorientée, tout au moins dans son principe, des établissements hospitaliers vers la médecine de ville (...)* ».

L'hôpital n'a pourtant pas le choix de s'intéresser à la surveillance médicale. La Cour des comptes, dans le rapport précité, soulignait que « *pour trois maladies chroniques (diabète, insuffisance rénale, insuffisance cardiaque), le nombre de séjours hospitaliers publics ou privés dont le seul motif était la surveillance, sans autre acte médical classant [est de] 100 000*

⁶³ MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ, *Parcours de santé, de soins et de vie* [visité le 15/08/2020], disponible sur Internet : <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/article/parcours-de-sante-de-soins-et-de-vie>

⁶⁴ Par exemple, l'Hôpital de Taverny qui délivre des soins de suite et de réadaptation (SSR) en cardiologie et pneumologie s'est engagé dans le cadre de l'article 54 de la LFSS 2018 dans une expérimentation relative à la télésurveillance de patients affectés par une insuffisance cardiaque chronique avec pour objectif de réduire de réduire les réhospitalisations.

(...) sur l'ensemble de l'année 2015 ». C'est donc le premier acteur concerné, notamment dans certains territoires où la médecine de ville est défaillante. Il fait face à des conséquences importantes en matière de fréquentation aux urgences et d'hospitalisations évitables. Le développement des pathologies chroniques va rendre encore plus important la surveillance médicale dans les prochaines années⁶⁵. Il dispose également de certaines ressources qui doivent permettre de développer les usages de la télésanté et d'en tirer des bénéfices (agents en éviction des services de soins, file active importante de patients, rôle central au sein d'un bassin de vie). Il importe néanmoins de procéder à des développements préalables pour faciliter l'usage de la télésanté en milieu hospitalier, notamment en matière d'authentification des professionnels de santé. Par exemple, la mise à disposition d'une carte de professionnel de santé (CPS) ou d'une carte de professionnel d'établissement (CPE) reste assez limitée pour le personnel hospitalier et ne permet pas d'assurer une bonne traçabilité des soins⁶⁶.

L'expérience de la crise sanitaire a montré que la communauté hospitalière peut être sensibilisée aux usages de la télésanté en situation de forte incertitude médicale. L'épidémie du Covid-19 a aussi montré qu'il est possible de mettre en place des organisations dédiées même au sein d'établissements de santé de taille moyenne. Le rôle de la communauté médicale doit rester central pour développer des projets en lien avec la télésanté à l'hôpital. Les projets doivent néanmoins être plus structurants à l'échelle de l'établissement et ne pas relever exclusivement d'initiatives (voire d'expérimentations) limitées à l'implication de quelques médecins et/ou à certains parcours de soins très spécialisés. Dans ce cadre, il semble important de confier l'animation stratégique de projets dans le domaine de la télésanté à un directeur adjoint identifié sur l'organigramme, sans que son périmètre fonctionnel ne se limite forcément à ce sujet en fonction de la taille de l'établissement. Les enjeux transversaux associés à la télésanté (affectation du personnel médical et soignant, utilisation de logiciels informatiques, facturation) peuvent se traduire par l'investissement dispersé de plusieurs directeurs en charge des affaires médicales, des finances, ou des systèmes d'information. Si l'organisation d'une transversalité au sein de l'équipe direction est nécessaire, il reste important de pouvoir identifier une personne référente pour assurer une gestion de projet et un management des organisations déployées dans le domaine de la télésanté.

Recommandation n°1 : *Systématiser à l'hôpital l'organisation de projets structurants dans le domaine de la télésanté, qui s'appuient sur une large mobilisation de la*

⁶⁵ En France, 11 millions de personnes seraient concernées par une affection de longue durée (ALD), ce qui représente 16% de la population.

⁶⁶ COUR DES COMPTES, 2017, « Chapitre VII. La télémédecine : une stratégie cohérente à mettre en œuvre » in *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, pp. 297-330.

communauté médicale et soignante, ainsi que sur l'animation stratégique d'un directeur adjoint identifié.

La télésanté exclut néanmoins certains segments de la population, notamment lorsqu'elle s'appuie sur l'implication individuelle du patient (faible adhésion, impossibilité technique, illettrisme). La fracture numérique concernerait également jusqu'à 15% de la population française (illettrisme, accès à internet), de telle sorte qu'il reste nécessaire de préserver à l'hôpital des circuits de prise en charge classiques⁶⁷.

2.2.2 Adopter une stratégie territoriale à l'échelle de plusieurs établissements afin d'éviter les effets de dispersion

La multiplication rapide des usages de la télésanté dans le cadre de la crise sanitaire s'est traduite par certains effets de dispersion qu'il est nécessaire de contrôler. Les initiatives ont été nombreuses et parfois peu coordonnées. L'autonomie des hôpitaux a également favorisé une concurrence en matière de communication autour des projets mis en place au sein d'un même territoire. Il importe de s'assurer de l'existence d'une stratégie territoriale de développement des usages de la télésanté en milieu hospitalier.

En Île-de-France, le télésuivi des patients affectés par le Covid-19 s'est organisé par exemple autour de plusieurs solutions informatiques. L'AP-HP ainsi que plusieurs centres hospitaliers ont souhaité recourir à COVIDOM (Nouvéal) tandis que d'autres hôpitaux⁶⁸ ont accordé leur confiance au module eCovid de la plateforme Terr-eSanté (GCS SESAN). Les deux solutions présentent pourtant des similitudes importantes et s'adressent à un même profil de patient. La même dynamique peut être retrouvée dans le domaine de la téléconsultation autour de solutions comme ORTIF (GCS SESAN) et Doctolib (Doctolib). L'ARS Île-de-France a recommandé l'usage de certaines solutions, dans le respect de l'autonomie des établissements publics de santé qui ont procédé librement au choix d'un prestataire⁶⁹.

	COVIDOM	eCovid
Développement technique	Nouvéal	Accenture
Mise en œuvre opérationnelle	AP-HP	GCS SESAN
Coût pour l'établissement et/ou patient	Gratuit	Gratuit

⁶⁷ LEGLEYE S., ROLLAND A., octobre 2019 « Une personne sur six n'utilise pas Internet, plus d'un usager sur trois manque de compétences numériques de base », *Insee Première*, n°1780, pp. 1-4. [visité le 15/08/2020], disponible sur Internet : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4241397>

⁶⁸ Par exemple, il s'agit notamment du CH d'Argenteuil, du CH de Melun, du GH d'Eaubonne-Montmorency et du CH Sud Francilien.

⁶⁹ Recommandations de l'ARS Île-de-France du 22 mars 2020 relatives à l'organisation des services d'urgences

Principe de fonctionnement	Autosurveillance, avec rappels automatiques	Autosurveillance, à l'initiative du patient (avec rappels automatiques depuis juin 2020)
Inclusion des patients	Adultes Inclusion directe par médecin hospitalier, libéral ou régulation médicale	Adultes et enfants Inclusion à la demande par une cellule téléphonique régionale et/ou directe par une structure hospitalière ou de coordination en ville
Critères d'autosurveillance	8 critères : température, dyspnée, fréquence cardiaque, fréquence respiratoire, saturation (si disponible), frissons, malaise	8 critères : température, dyspnée, fréquence cardiaque, fréquence respiratoire, toux, frissons, malaise
Type de télésuivi	Suivi médical et infirmier Organisation centralisée Alertes automatiques et/ou démarche active du professionnel de santé	Suivi médical et/ou infirmier Organisation centralisée ou décentralisée Démarche active du professionnel de santé
Horaires de fonctionnement	7 jours sur 7 8h à 17h pour les alertes automatiques 9h à 15h pour les sollicitations spécifiques liées aux patients à risques	7 jours sur 7 Deux à trois vérifications des tableaux de bord par jour

La présence d'une concurrence entre plusieurs prestataires a favorisé une certaine émulation qui semble fondamentale pour développer de nouveaux usages de la télésanté en milieu hospitalier. Cependant, il est nécessaire de chercher à organiser cette multiplication des usages autour de nombreux prestataires extérieurs, à l'échelle d'un territoire qui présente une pertinence géographique importante dans le domaine de la santé.

Recommandation n°2 : *Rationaliser la multiplication des usages de la télésanté autour de nombreux prestataires extérieurs au sein d'un même territoire qui doit présenter une pertinence élevée en matière d'organisation de l'offre de soins (région, bassin de vie).*

A l'échelle d'un même groupement hospitalier de territoire (GHT), les usages de la télésanté semblent avoir été relativement convergents. La loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé et le décret n°2016-524 du 27 avril 2016 relatif aux GHT prévoient la mise en place de fonctions mutualisées obligatoires assurées par l'établissement support, notamment dans le domaine de « *la stratégie, l'optimisation et la gestion commune d'un système d'information hospitalier convergent* ». La constitution fréquente de directions des systèmes d'information de territoire (DSIT) a permis le plus

souvent de ne recourir qu'à une seule solution informatique pour une activité déterminée de télésanté à l'échelle d'un groupement. Dans le GHT Sud Val-d'Oise (95) – Nord Hauts-de-Seine (92), la DSIT a œuvré dans le cadre de la crise sanitaire afin d'éviter une dispersion des établissements parties (GH d'Eaubonne – Montmorency, CASH De Nanterre, Hôpital de Taverny, EPS Roger Prévost) autour de différentes solutions informatiques. Néanmoins, les usages n'ont pas nécessairement été coordonnés. Il aurait été possible de mutualiser certaines fonctions de la cellule de rappel et de suivi pour générer des économies de gamme importantes⁷⁰.

Le GHT Alpes du Sud situé dans les Hautes Alpes (05) a récemment communiqué autour de l'adoption d'un schéma directeur territorial de télémedecine (SDTT) qui se veut être particulièrement ambitieux⁷¹. Il effectue un diagnostic des 13 projets de télémedecine en cours de déploiement qui couvrent l'ensemble des actes encadrés par la réglementation actuelle, par exemple en télésurveillance (télé-AVC) et téléexpertise (téléradiologie, télédermatologie). Il comporte un plan d'action dans différents domaines (informatique, juridique, organisationnel, etc.) et affiche des objectifs ambitieux en matière de réduction des hospitalisations évitables pour les personnes âgées (-15%) et du coût des transports sanitaires (-15% d'ici 2022). Les établissements de santé pourraient chercher à s'inspirer de telles expériences pour organiser à l'échelle de leur groupement une stratégie cohérente de développement de la télésanté qui effectue un diagnostic de l'ensemble des initiatives actuelles et qui élabore des objectifs communs pour les prochaines années.

Recommandation n°3 : *Définir un schéma directeur territorial de télésanté (SDTT) à l'échelle de chaque groupement hospitalier de territoire (GHT) qui réalise un diagnostic exhaustif des usages actuels et qui prévoit un ensemble d'objectifs ambitieux pour les prochaines années.*

2.2.3 Mobiliser les acteurs de la ville autour d'enjeux spécifiques associés à la prise en charge des patients

La difficulté à prévoir l'engagement de la médecine de ville en matière de prise en charge des patients invite à conforter la place centrale occupée par l'hôpital dans certains territoires, mais elle ne doit pas se traduire par un hospitalo-centrisme qui dessert l'organisation du système de santé. Le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie

⁷⁰ Le fait de s'appuyer sur un nombre plus important de médecins et de soignants entre plusieurs établissements aurait par exemple permis d'assurer une plus grande réactivité et permanence des activités de la cellule de rappel et de suivi (weekends, soirées).

⁷¹ CORDIER C., juillet 2020, « Le GHT des Alpes-du-Sud affiche les ambitions de sa stratégie de télémedecine », *Hospimedia* [en ligne], pp. 1-2. [visité le 15/08/2020], disponible sur Internet : <https://www.hospimedia.fr/actualite/articles/20200713-e-sante-le-ght-des-alpes-du-sud>

(HCAAM) soulignait dans l'avis du 24 mai 2018 relatif à la stratégie de transformation de notre système de santé qu'il « *ne s'agit pas d'organiser la présence ou le maintien d'un type d'offreur sur un territoire (...) mais d'organiser l'accès des habitants d'un territoire à des services pertinents et de qualité définis concrètement (...)* ». Les coopérations avec la ville doivent donc être recherchées autant que possible dès lors qu'elles permettent de concourir à l'objectif de permettre un meilleur accès aux soins pour les patients (ex. disposer d'un médecin traitant, avoir accès à une consultation dans des délais rapides, accéder à un service d'éducation thérapeutique).

La mobilisation des acteurs de la ville dans le domaine de la télésanté ne peut se faire qu'autour d'incitations tarifaires ou d'enjeux concrets en lien avec la prise en charge des patients. Dans le cadre de la crise sanitaire, les incitations ont surtout été tarifaires. Le *contact tracing* organisé par l'assurance maladie s'appuie sur des mesures tarifaires spécifiques et avantageuses à destination des médecins libéraux, qui peuvent facturer un ensemble de majorations associées à l'enregistrement dans Ameli Pro d'un cas confirmé et d'un ou plusieurs cas contacts⁷². La définition d'un modèle de financement basé exclusivement sur le paiement à l'acte dans le domaine de la télésanté peut accompagner un développement particulièrement rapide des usages en ville. Ce modèle présente néanmoins des risques inflationnistes largement documentés⁷³ et favorise une certaine concurrence entre les acteurs de santé d'un territoire.

La situation actuelle des comptes de la sécurité sociale⁷⁴ invite à mobiliser les acteurs de la ville sur la recherche de solutions concrètes destinées à améliorer la prise en charge des patients et à faciliter le travail des médecins libéraux : accès rapide à un compte-rendu, identification standardisée des patients, visibilité à distance des résultats de biologie et/ou d'imagerie, échanges avec les médecins hospitaliers, etc. Au CHA, l'usage du module eCovid a permis à s'intéresser à l'ensemble des fonctionnalités disponibles sur la plateforme Terr-eSanté qui se veut être à l'origine un outil de coordination entre plusieurs professionnels de santé. La plateforme est notamment connectée aux logiciels de gestion administrative des patients de nombreux hôpitaux de la région (dont l'AP-HP) ainsi qu'au SRI. A ce titre, elle

⁷² Pour chaque cas confirmé enregistré sur Ameli Pro (module Contact Covid), un médecin libéral bénéficie notamment d'une majoration « *pour consultation initiale d'information du patient et de mise en place d'une stratégie thérapeutique* » (MIS) d'une valeur de 30 euros. Voir notamment : ASSURANCE MALADIE, *Les médecins au cœur du circuit de « contact tracing » des patients Covid-19* [visité le 15/08/2020], disponible sur Internet : <https://www.ameli.fr/medecin/actualites/les-medecins-au-coeur-du-circuit-de-contact-tracing-des-patients-covid-19>

⁷³ COUR DES COMPTES, 2017, « Chapitre VII. La télémédecine : une stratégie cohérente à mettre en œuvre » in *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, pp. 297-330.

⁷⁴ Le déficit du régime général et du Fonds de solidarité vieillesse (FSV) devrait atteindre 41 Md€ en 2020 selon un rapport publié en mai 2020 par le Haut Conseil sur l'état des lieux du financement de la protection sociale. Voir notamment : HAUT CONSEIL SUR L'ÉTAT DES LIEUX DU FINANCEMENT DE LA PROTECTION SOCIALE, 2020, *2020 : une rupture sans précédent pour la sécurité sociale*, 13 p.

intègre automatiquement un nombre important de documents (comptes rendus, synthèses, résultats et prescriptions) qui sont accessibles directement pour le patient et pour l'ensemble des membres de son cercle de soins (médecin traitant, structure hospitalière, autres professionnels de santé). L'usage de ces fonctionnalités reste encore assez limité, sauf en matière de coordination des parcours complexes⁷⁵. La faible utilisation de la plateforme en ville et à l'hôpital ainsi que l'articulation complexe avec le dossier médical partagé (DMP)⁷⁶ ne facilitent pas l'utilisation de la plateforme qui permettrait pourtant de développer un lien ville – hôpital important à l'échelle d'un territoire. La crise sanitaire a permis d'envisager de communiquer plus largement sur l'usage de cette plateforme auprès de la médecine de ville, notamment en ciblant les médecins traitants des cas confirmés enregistrés par la cellule de rappel et de suivi sur Terr-eSanté. L'objectif était d'inviter les médecins traitants à rejoindre la plateforme afin d'accéder non seulement aux indicateurs de télésuivi sur eCovid (et de prendre éventuellement part à la surveillance médicale), mais aussi aux documents de santé de leurs patients. Certains praticiens hospitaliers ont également manifesté le souhait de prolonger certains usages en hématologie et diabétologie afin de créer et/ou de renforcer les liens avec la ville en capitalisant sur l'expérience tirée de la crise sanitaire.

L'hôpital semble disposer d'une capacité d'entraînement importante dans la mesure où il est susceptible de générer une quantité importante de données de santé (comptes rendus, prescriptions, etc.) dont la mise à disposition de façon simple, structurée et organisée auprès des professionnels de santé de ville est susceptible de faciliter leurs activités quotidiennes. Le développement des usages de la télésanté s'appuie en grande partie sur une gestion dynamique des données de santé. En fonction des contextes territoriaux, l'hôpital pourrait s'insérer plus activement dans une démarche de mobilisation des acteurs de la ville destinée à créer de nouveaux parcours de santé autour de la télésanté.

Recommandation n°4 : *Capitaliser sur la gestion d'une quantité importante de données de santé à l'hôpital (comptes rendus, prescriptions, etc.) pour mobiliser directement les professionnels de santé en ville autour de certains usages de la télésanté susceptibles de faciliter leurs activités quotidiennes et d'améliorer la prise en charge des patients.*

⁷⁵ Sur le territoire du CHA, l'Association gérontologique Vallée de Montmorency – Rives de Seine (AGVMRS) constitue le dispositif d'appui à la coordination des parcours de santé complexes. Elle a répondu à 917 demandes d'intervention en 2019, en provenance essentiellement des établissements de santé (46% des demandes).

⁷⁶ Le DMP se différencie de Terr-eSanté dans la mesure où il s'adresse surtout aux patients. Il constitue le carnet numérique de santé d'un patient et affiche l'objectif de stocker un ensemble de documents. Terr-eSanté fournit un ensemble de services interactifs qui s'adressent surtout aux professionnels de santé (partage de notes, messagerie instantanée, etc.).

Conclusion

La multiplication des usages de la télésanté en milieu hospitalier dans le cadre de l'épidémie du Covid-19 s'est déroulée en rupture avec une stratégie nationale actée depuis plusieurs années. La volonté affichée par les autorités de tutelle de préserver les capacités d'accueil et de prise en charge de l'hôpital pour les patients qui présentent des formes sévères ou graves de la maladie n'a pas résisté à la présence d'une forte incertitude médicale. En effet, la définition de parcours de soins différenciés est restée particulièrement complexe en raison des difficultés à diagnostiquer les malades, à appréhender l'évolution de la maladie ainsi qu'à anticiper la cinétique épidémiologique. En parallèle, les déséquilibres territoriaux en matière d'offre de soins n'ont pas été effacés de telle sorte que l'hôpital n'a pas eu d'autre choix que de prendre part à des actes ambulatoires qui auraient pu être effectués en ville, le cas échéant, à distance à l'aide des technologies de l'information et de la communication (téléconsultation, téléexpertise, télésurveillance).

L'hôpital public ne doit pas pour autant devenir le lieu de déploiement privilégié de la télésanté dans la mesure où il a vocation à assurer essentiellement le traitement des épisodes aigus d'une pathologie. Il ne doit cependant pas rester en retrait des principaux usages aussi longtemps qu'il sera amené à jouer un rôle important en matière de prise en charge ambulatoire des patients sur son territoire. Il a montré qu'il est capable de mobiliser en permanence une quantité importante de ressources humaines et matérielles. Il dispose structurellement d'une forte capacité d'entraînement des acteurs de santé de son territoire. Il intègre surtout une communauté médicale et soignante qui souhaite répondre aux besoins de santé de la population.

L'organisation des usages de la télésanté à l'hôpital est donc nécessaire autour de référents clairement identifiés et d'un projet médical partagé entre les établissements d'un même territoire. Les coopérations avec la ville doivent également être recherchées afin de se traduire par un investissement variable des structures hospitalières qui tient compte du contexte territorial. Ce mémoire affiche dans cette perspective l'objectif de présenter un exemple d'organisation dédiée à la télésanté susceptible d'être mise en place au sein d'un centre hospitalier général de taille moyenne.

Bibliographie

- **Ouvrages**

BOURDILLON, F., BRÛCKER G., TABUTEAU D., 2016, *Traité de santé publique*, 3^{ème} édition, Paris : Médecine Sciences Publications, 716 p.

PENAUD, P., 2016, *Politiques sociales*, 3^{ème} édition, Paris : Dalloz, 1180 p.

- **Rapports**

ASSURANCE MALADIE, 2020, *Rapport sur l'évolution des charges et produits de l'assurance maladie au titre de 2021. Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses. Propositions de l'assurance maladie pour 2021*, 273 p.

CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MÉDECINS, 2018, *Atlas de la démographie médicale en France*, 165 p.

COUR DES COMPTES, 2017, « Chapitre VII. La télémédecine : une stratégie cohérente à mettre en œuvre » in *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, pp. 297-330.

COUR DES COMPTES, 2017, « Chapitre II. Des politiques de maîtrise de la dépense trop souvent mises en défaut » in *Rapport public thématique sur l'avenir de l'assurance maladie*, pp. 45-83.

DIRECTION GÉNÉRALE DE L'OFFRE DE SOINS, 2018, *Rapport au Parlement sur les expérimentations relatives à la prise en charge par télémédecine prévues par l'article 36 de la loi n°2013-1203 de financement de la sécurité sociale pour 2014*, 20 p.

HAUT CONSEIL SUR L'ÉTAT DES LIEUX DU FINANCEMENT DE LA PROTECTION SOCIALE, 2020, *2020 : une rupture sans précédent pour la sécurité sociale*, 13 p.

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ, 2019, *Qualité et sécurité des actes de téléconsultation et de téléexpertise*, 150 p.

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ, 2008, *Rapport sur les disparités territoriales des politiques de prévention sanitaire*, 91 p.

SENAT, 2020, *Rapport d'information de MM. Hervé MAUREY et Jean-François LONGEOT, fait au nom de la commission de l'aménagement du territoire et du développement durable*, n°282 (2019-2020), 85 p.

- **Articles de périodiques**

CORDIER C., juillet 2020, « Le GHT des Alpes-du-Sud affiche les ambitions de sa stratégie de télémédecine », *Hospimedia* [en ligne], pp. 1-2. [visité le 15/08/2020], disponible sur Internet : <https://www.hospimedia.fr/actualite/articles/20200713-e-sante-le-ght-des-alpes-du-sud>

DA SILVA N., RAULY A., juin 2016, « La télémédecine, un instrument de renouvellement de l'action publique ? Une lecture par l'économie des conventions », *Économie et institutions* [en ligne], 24, pp. 1-19. [visité le 15/08/2020], disponible sur Internet : <https://journals.openedition.org/ei/5758>

GATTUSO, C., janvier 2020, « Nicolas Revel, directeur général de l'Assurance maladie : l'accès au médecin traitant me préoccupe », *Le Généraliste* [en ligne], pp. 1-2. [visité le 15/08/2020], disponible sur Internet : <https://www.legeneraliste.fr/actu-pro/nicolas-revel-directeur-general-de-lassurance-maladie-laces-au-medecin-traitant-me-preoccupe>

LEGLEYE S., ROLLAND A., octobre 2019 « Une personne sur six n'utilise pas Internet, plus d'un usager sur trois manque de compétences numériques de base », *Insee Première*, n°1780, pp. 1-4. [visité le 15/08/2020], disponible sur Internet : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4241397>

- **Sites internet**

AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ D'OCCITANIE, *Coronavirus : les professionnels de santé libéraux se mobilisent activement à l'entrée en phase épidémique* [visité le 15/08/2020], disponible sur Internet : <https://www.occitanie.ars.sante.fr/coronavirus-les-professionnels-de-sante-liberaux-se-mobilisent-activement-lentree-en-phase>

ASSURANCE MALADIE, *Les médecins au cœur du circuit de « contact tracing » des patients Covid-19* [visité le 15/08/2020], disponible sur Internet : <https://www.ameli.fr/medecin/actualites/les-medecins-au-coeur-du-circuit-de-contact-tracing-des-patients-covid-19>

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ, *Prévention* [visité le 15/08/2020], disponible sur Internet : https://www.has-sante.fr/jcms/c_410178/fr/prevention

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ, *Réponses rapides dans le cadre du COVID-19 – Prise en charge des patients COVID-19, sans indication d’hospitalisation, isolés et surveillés à domicile* [visité le 15/08/2020], disponible sur Internet : https://www.has-sante.fr/jcms/p_3182290/fr/prise-en-charge-des-patients-covid-19-sans-indication-d-hospitalisation-isoles-et-surveilles-a-domicile

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ, *ÉTAPES : Expérimentations de Télémédecine pour l’Amélioration des Parcours En Santé* [visité le 15/08/2020], disponible sur Internet : <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/telemedecine/article/etapes-experimentations-de-telemedecine-pour-l-amelioration-des-parcours-en>

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ, *Parcours de santé, de soins et de vie* [visité le 15/08/2020], disponible sur Internet : <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/article/parcours-de-sante-de-soins-et-de-vie>

- **Textes juridiques**

Avis

Avis du 14 mai 2018 du Haut Conseil pour l’avenir de l’assurance maladie relatif à la stratégie de transformation de notre système de santé

Avis du 16 mars 2020 du collège de la Haute Autorité de santé relatif à l’inscription sur la liste des actes et prestations mentionnée à l’article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale du télésuivi infirmier renforçant un suivi médical des patients COVID-19 maintenus à domicile ou en retour au domicile après avoir été hospitalisés

Avis du 16 mars 2020 du Haut Conseil de la santé publique relatif aux critères cliniques de sortie d'isolement des patients ayant été infectés par le SARS-CoV-2

Avis du 7 mai 2020 du Haut Conseil de la santé publique relatif à la conduite à tenir en cas de contact d'une personne ayant des antécédents évocateurs de Covid-19 avec une personne malade du Covid-19

Avis du 9 mai 2020 du Centre national des infections respiratoires sur la réalisation des prélèvements et la sensibilité des tests RT-PCR pour la détection du SARS-CoV-2

Avis du 23 mai 2020 du Haut Conseil de la santé publique relatif à la conduite à tenir pour les professionnels intervenant en établissements de santé et en établissements sociaux et médico-sociaux selon leur statut vis-à-vis du SARS-CoV-2

Lignes directrices

Guide méthodologique du 16 mars 2020 intitulé « Préparation à la phase épidémique de Covid-19 des établissements de santé, de la médecine de ville et des établissements et services médico-sociaux »

Message d'alerte rapide sanitaire n°2020-11 du 14 mars 2020 intitulé « Covid-19 – Actualisation des informations au 14 mars 2020 »

Fiche ARS du 20 mars 2020 intitulée « Lignes directrices pour la prise en charge en ville des patients symptomatiques en phase épidémique de Covid-19 »

Recommandations de l'ARS Île-de-France du 22 mars 2020 relatives à l'organisation des services d'urgences

Message d'alerte rapide sanitaire n°2020-22 du 2 avril 2020 intitulé « Gestion de l'oxygène médical – Stratégie et dispositifs de test diagnostic – Solutions de télésanté »

Message d'alerte rapide sanitaire n°2020-31 du 8 avril 2020 intitulé « Organisation des soins hors Covid-19 »

Message d'alerte rapide sanitaire n°2020-48 du 7 mai 2020 intitulé « Déploiement stratégie de contact tracing post-confinement et modalités de mise en œuvre au sein des établissements de santé »

Recommandations de l'ARS Île-de-France du 9 mai 2020 relatives à la télésanté en phase épidémique

Circulaires

Circulaire du 6 mai 2020 portant instruction sur la mise en œuvre territoriale du déconfinement à compter du 11 mai

Décrets

Décret n°89-376 du 8 juin 1989 pris pour l'application de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière et relatif au reclassement des fonctionnaires pour raisons de santé

Décret n°2010-585 du 2 juin 2010 relatif aux unions régionales de professionnels de santé

Décret n°2010-1129 du 19 octobre 2010 relatif à la télémedecine

Décret n° 2016-524 du 27 avril 2016 relatif aux groupements hospitaliers de territoire

Décret n° 2016-919 du 4 juillet 2016 relatif aux fonctions d'appui aux professionnels pour la coordination des parcours de santé complexes

Décret n°2020-227 du 9 mars 2020 adaptant les conditions du bénéfice des prestations en espèces d'assurance maladie et de prise en charge des actes de télémedecine pour les personnes exposées au covid-19

Décret n° 2020-459 du 21 avril 2020 modifiant le décret n° 2020-73 du 31 janvier 2020 portant adoption de conditions adaptées pour le bénéfice des prestations en espèces pour les personnes exposées au coronavirus

Ordonnances

Ordonnance n°2020-386 du 1er avril 2020 adaptant les conditions d'exercice des missions des services de santé au travail à l'urgence sanitaire et modifiant le régime des demandes préalables d'autorisation d'activité partielle

Ordonnance n°2020-428 du 15 avril 2020 portant diverses dispositions sociales pour faire face à l'épidémie de covid-19

Ordonnance n°2020-737 du 17 juin 2020 modifiant les délais applicables à diverses procédures en matière sociale et sanitaire afin de faire face aux conséquences de la propagation de l'épidémie de covid-19

Lois

Loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.

Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

Loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014

Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

Loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018

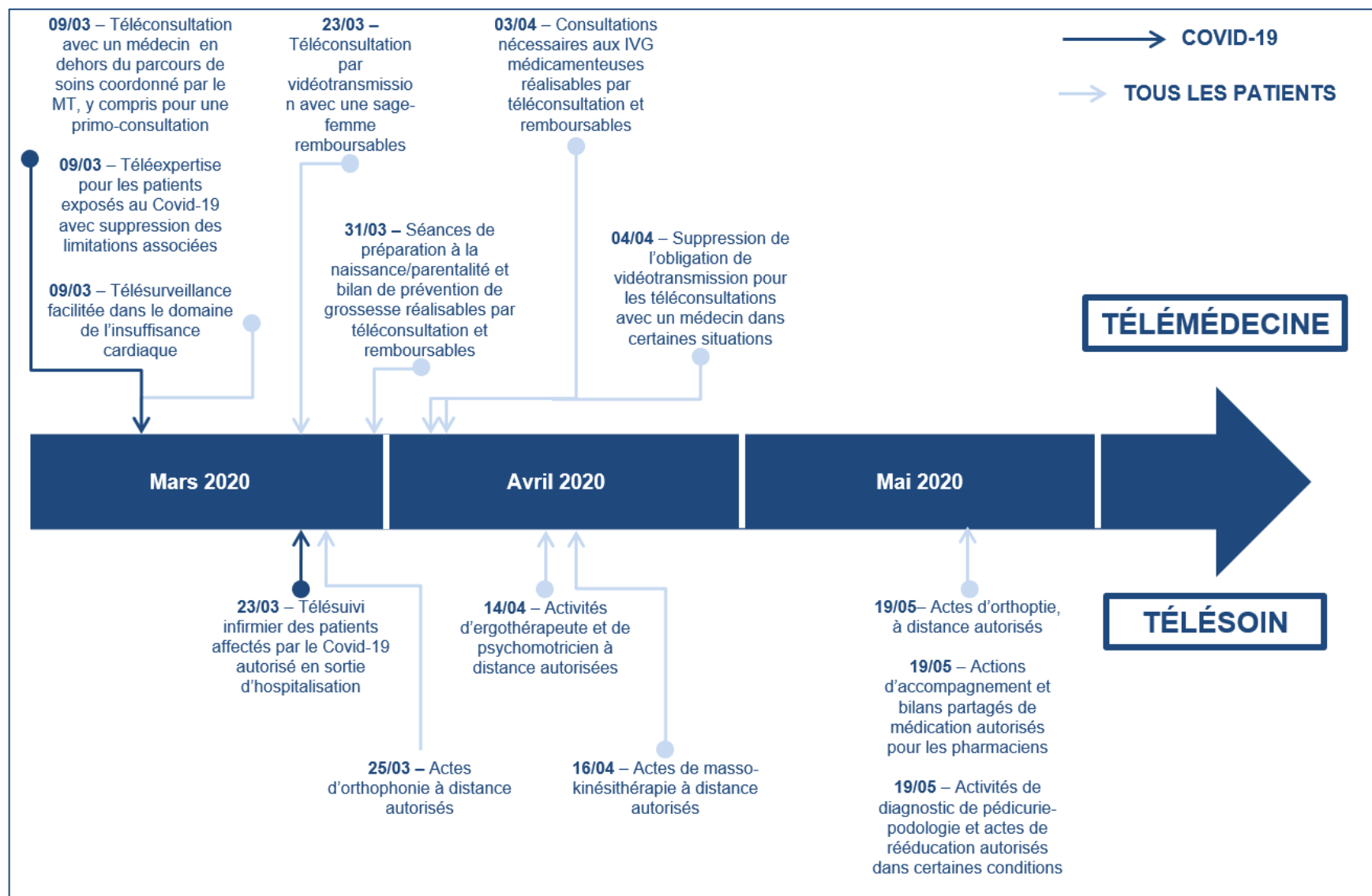
Loi n°2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé

Loi n°2020-290 du 23 mars 2020 d'urgence pour faire face à l'épidémie de Covid-19

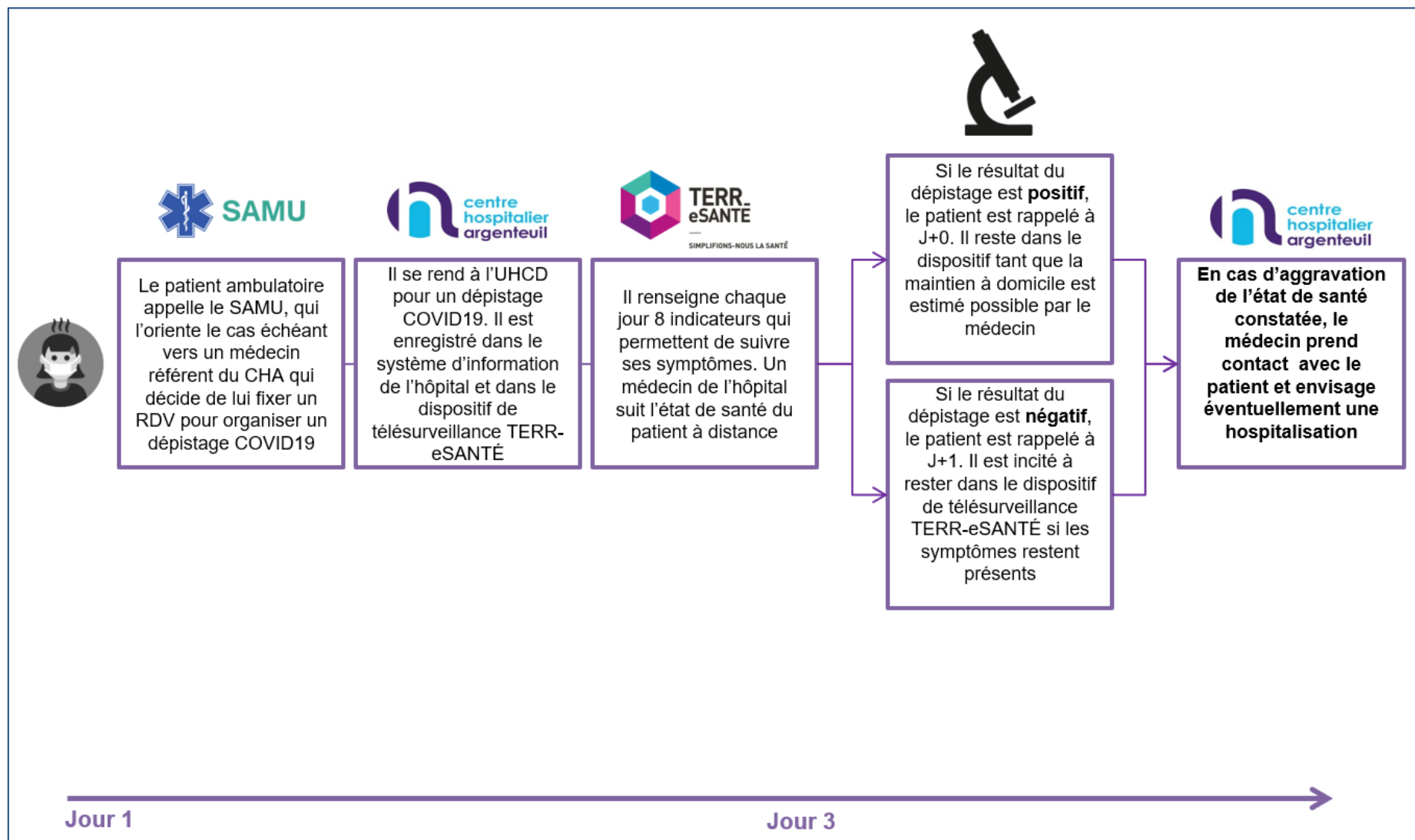
Liste des annexes

1. Les évolutions réglementaires récentes en matière de télésanté
2. Le circuit du patient ambulatoire au CHA
3. Le circuit du patient hospitalisé au CHA
4. Le suivi des cas contacts au CHA
5. Le tableau de bord de télésuivi sur eCovid

Annexe 1 : Les évolutions réglementaires récentes en matière de télésanté



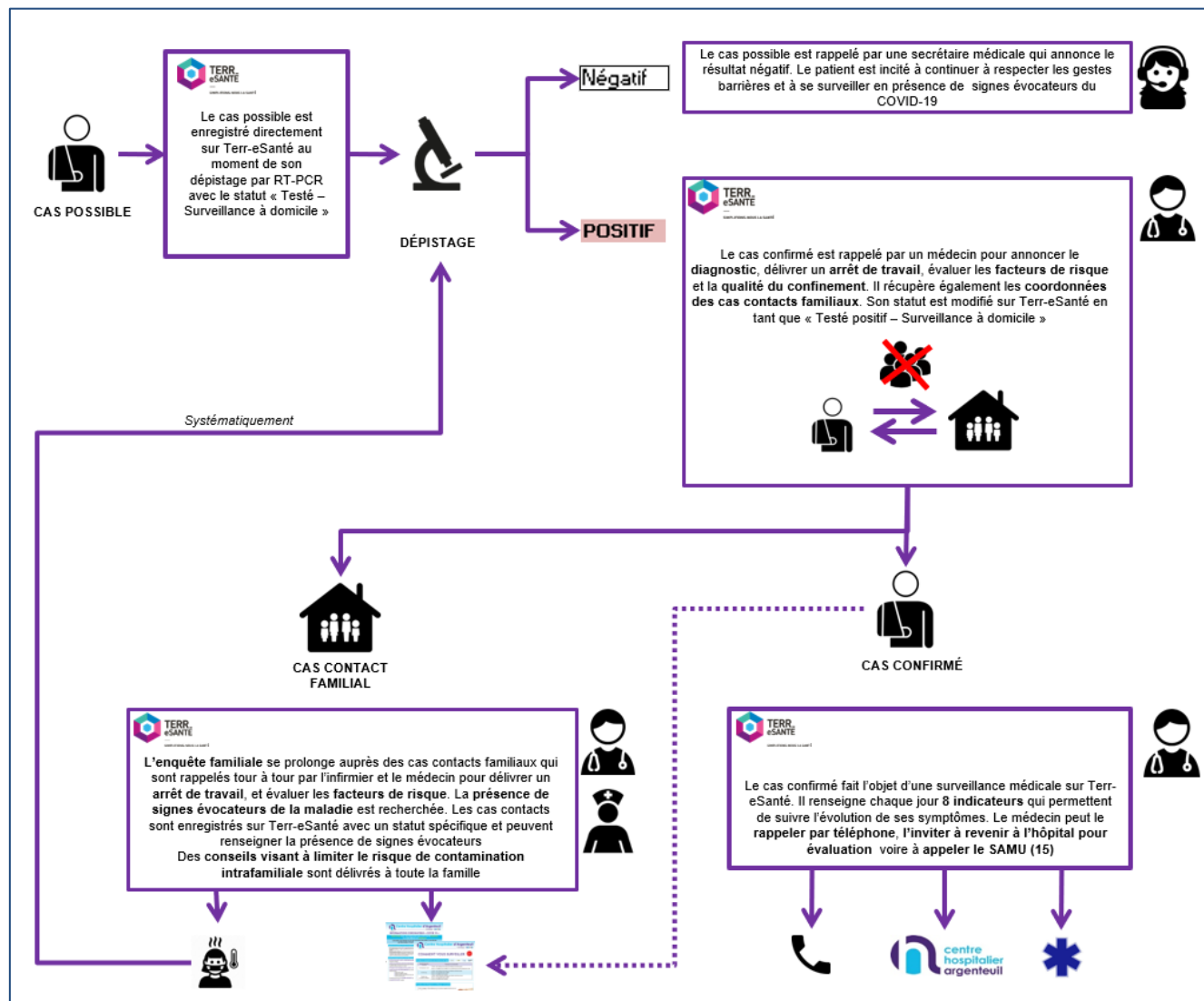
Annexe 2 : Le circuit du patient ambulatoire au CHA



Annexe 3 : Le circuit du patient hospitalisé au CHA



Annexe 4 : Le suivi des cas contacts au CHA



Annexe 5 : Le tableau de bord de télé-suivi sur eCovid

TERR-eSANTÉ 🏠 🔔 4 👤 Axel TOPCU SE DÉCONNECTER

☰ PATIENTS

Rechercher / Créer

Patients récents

Mes patients

Patients suivis par mes organisations

☰ COVID-19

Patients adultes

Patients enfants

Cas contacts

Enquête cas contact

▶ LISTE DE TRAVAIL

▶ STRUCTURE D'APPUI

▶ ANNUAIRE

▶ LIENS UTILES

▶ PARAMETRAGE

Organisation Toutes N'afficher que les non lus

Commune de résidence Âge ans Mesure(s) mise(s) à jour depuis

Etat général du patient Date Prise en charge entre le jj-mm-aaaa et le jj-mm-aaaa

Filtrer par symptômes Oui Non Afficher uniquement les patients Pris en Charge Contacts Sortis

Recherche Réinitialiser +

Patient(e)s 1 à 15 sur un total de 99. ◀ ◀ 1 2 3 4 5 6 7 ▶ ▶

	INFORMATION DÉMOGRAPHIQUE	1 ^{ER} SYMPTÔMES	STATUT PEC	TEMPÉRATURE	FC	FR	FRISSONS	MALAISE	DYSPNEE
<input type="checkbox"/>	23 ans 10 mois,		COVID Testé Pos. - Surveillance domicile	36.4°C (-0.2°C) 24/08/2020 15:11			Non 24/08/2020 15:11	Non 24/08/2020 15:11	Respiration normale 24/08/2020 15:11
<input type="checkbox"/>	31 ans 2 mois, E		COVID Testé Pos. - Surveillance domicile	35.8°C (-0.7°C) 24/08/2020 12:27	100 24/08/2020 12:28	17 24/08/2020 12:28	Non 24/08/2020 12:27	Non 24/08/2020 12:27	Gêne faible 24/08/2020 12:26

TOPÇU	Axel	Décembre 2020
<p align="center">Filière : Directeur d'hôpital</p> <p align="center">Promotion 2019-2020</p>		
<p align="center">La télésanté en milieu hospitalier, un outil de gestion de l'incertitude au service des patients, des agents et du territoire</p>		
<p>PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : -</p>		
<p>Résumé :</p> <p>L'incertitude médicale est restée omniprésente pendant l'épidémie du Covid-19 : difficulté à diagnostiquer les patients, à appréhender l'évolution de la maladie, à anticiper la cinétique épidémiologique. L'organisation de parcours de soins entre la ville et l'hôpital en fonction du degré de gravité de la maladie a été particulièrement complexe, d'autant plus que les déséquilibres territoriaux ont persisté. Le développement des usages de la télésanté, encouragé par des évolutions réglementaires importantes ainsi que par l'engagement notable d'acteurs de l'économie numérique a-t-il permis d'apporter une réponse à cette situation ?</p> <p>À travers l'exemple du déploiement d'une cellule dédiée au rappel et au suivi des cas confirmés et des cas contacts dans un centre hospitalier général, ce mémoire s'efforce de montrer que l'usage de la télésanté à l'hôpital peut constituer un outil de gestion de l'incertitude à plusieurs niveaux. La télésanté permet de composer avec une forte incertitude médicale en plaçant le patient au cœur de sa prise en charge ainsi qu'en mettant l'accent sur des actions de prévention. Elle permet également de s'accommoder d'une situation permanente d'incertitude par rapport aux agents hospitaliers qui peuvent être mobilisés dans les services de soins, en s'appuyant sur les compétences médicales et soignantes d'agents en restriction d'aptitude et/ou en inaptitude. Le développement des usages de la télésanté en milieu hospitalier apparaît enfin nécessaire dans certains territoires afin de faire face à l'engagement structurellement variable de la médecine de ville.</p> <p>Sans favoriser l'hospitalo-centrisme il reste important de chercher à développer et organiser les usages de la télésanté au sein de chaque établissement de santé. La mise en place de projets stratégiques en coopération avec la ville ainsi qu'avec les autres établissements du groupement hospitalier de territoire (GHT) doit également permettre de structurer cette dynamique pour les prochaines années.</p>		
<p>Mots clés :</p> <p>télésanté, télémedecine, télésurveillance, téléconsultation, télésuivi, Covid-19, crise sanitaire, territoire, inaptitude, restriction d'aptitude, incertitude, prévention, parcours de santé, centre hospitalier général, COVIDOM, Terr-eSanté, ville-hôpital, coopération</p>		
<p align="center"><i>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.</i></p>		