
Directeur d'hôpital

Promotion : **2021-2022**

Date du Jury : **Octobre 2021**

Structurer le déploiement de la télémédecine à l'hôpital

Le cas du Centre d'Accueil et de Soins Hospitaliers de Nanterre

Lola FOSSE

Remerciements

Mes remerciements s'adressent tout d'abord à Madame Luce Legendre, directrice du Centre d'Accueil et de Soins Hospitaliers de Nanterre et de l'Établissement Public de Santé Roger Prévôt, pour la confiance dont elle a fait preuve à mon égard dans les divers dossiers confiés.

Je remercie également l'ensemble des membres de direction pour leur accueil chaleureux qui a facilité ma pleine intégration dans l'équipe. Un merci particulier à Madame Christine Khani, tutrice de stage, pour sa bienveillance et son accompagnement tout au long de ce stage.

Un grand merci par ailleurs à l'ensemble des professionnels que j'ai pu interroger dans le cadre de ce mémoire. Qu'ils soient internes ou externes à l'établissement, le temps qu'ils ont pris et la richesse de nos échanges m'ont permis de trouver des réponses mais aussi de découvrir des questions.

Enfin, je remercie très sincèrement Madame Laurie Marraud, d'avoir accepté d'encadrer ce mémoire. Sa pertinence et ses conseils avisés m'ont été d'une précieuse aide dans la réalisation de ce travail.

Sommaire

INTRODUCTION	4
1 LA TÉLÉMÉDECINE À L'HÔPITAL, UNE PRATIQUE MÉDICALE D'AVENIR CONFRONTÉE À DES DIFFICULTÉS DE MISE EN ŒUVRE.....	6
1.1 UNE SOLUTION INNOVANTE POUR L'HÔPITAL FACE AUX DÉFIS ACTUELS DU SYSTÈME DE SANTÉ, SOUTENUE PAR UN ENVIRONNEMENT ÉVOLUTIF	6
1.1.1 Un contexte favorable au développement des dispositifs de télémédecine à l'hôpital	6
1.1.2 Une adaptation progressive de l'environnement juridique cadrant les modalités de mise en œuvre de la télémédecine	11
1.2 UN TERRAIN DE STAGE RÉVÉLATEUR DE DIFFICULTÉS DE CONCRÉTISATION DANS LE TEMPS DES SOLUTIONS DE TÉLÉMÉDECINE	16
1.2.1 Des particularités inhérentes à l'établissement incitant à envisager des modes de prise en charge innovants	16
1.2.2 Des initiatives éparses nécessitant un travail de structuration, essentiel au déploiement efficace des projets de télémédecine.....	18
2 LA PÉRENNISATION DES USAGES EN TÉLÉMÉDECINE, CONDITIONNÉE PAR LE DÉPLOIEMENT D'UNE STRATÉGIE MULTIDIMENSIONNELLE AU CASH DE NANTERRE.....	25
2.1 DES FREINS À LEVER POUR PERMETTRE LE DÉPLOIEMENT D'UNE POLITIQUE DE TÉLÉMÉDECINE INSTITUTIONNELLE, PORTÉE A L'ÉCHELLE DE L'ÉTABLISSEMENT	25
2.1.1 Des obstacles de fond inhérents aux projets de télémédecine portés par l'établissement.....	26
2.1.2 Des obstacles de forme inhérents aux projets de télémédecine portés par l'établissement.....	29
2.2 DES LEVIERS À ACTIONNER POUR ACCOMPAGNER L'APPROPRIATION DURABLE PAR LES PROFESSIONNELS D'OUTILS DE TÉLÉMÉDECINE PORTEURS DE DYNAMIQUES ORGANISATIONNELLES NOUVELLES	33
2.2.1 Des étapes clés de succès identifiées pour une transformation adaptée aux configurations sociales et organisationnelles de l'établissement	33
2.2.2 Un retour d'expérience : la concrétisation du projet de téléconsultations entre l'Unité sanitaire de la Maison d'arrêt de Nanterre et les urgences psychiatriques du CASH de Nanterre	41
CONCLUSION	52
BIBLIOGRAPHIE.....	53
LISTE DES ANNEXES.....	56

Liste des sigles utilisés

AMA : Assistant médico-administratif
ANAP : Agence nationale d'appui à la performance
ARS : Agence régionale de santé
BDE : Bureau des entrées
CASH : Centre d'Accueil et de Soins Hospitaliers
CHA : Centre Hospitalier d'Argenteuil
CNIL : Commission nationale de l'informatique et des libertés
COFIL : Comité de pilotage
CPTS : Communauté professionnelle territoriale de santé
CSP : Code de la santé publique
DAF : Directeur des affaires financières
DAM : Directeur des affaires médicales
DSI : Directeur des systèmes d'information
DGOS : Direction générale de l'offre de soins
EHPAD : Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EPS : Établissement public de santé
ETAPES : Expérimentations de télémédecine pour l'amélioration des parcours en santé
FIR : Fonds d'intervention régional
GCS : Groupement de coopération sanitaire
GHT : Groupement hospitalier de territoire
HAS : Haute autorité de santé
HPST : Loi « Hôpital, Patients, Santé et Territoires »
IDE : Infirmier diplômé d'état
LFSS : Loi de financement de la sécurité sociale
NTIC : Nouvelles technologies de l'information et de la communication
PMC : Projet médical commun
PRS : Projet régional de santé
RH : Ressources humaines
SDA : Schéma directeur architectural
SNS : Stratégie nationale de santé
TLC : Téléconsultation
US : Unité sanitaire

INTRODUCTION

Poussés par la pandémie de Covid-19, les professionnels de santé se sont tournés vers la pratique de la médecine à distance pour continuer à exercer malgré les recommandations de distanciation. Durant cette crise épidémique, l'essor de la télémédecine est non seulement lié à un facteur d'offre, avec l'annulation de toute barrière d'accès et l'extension de cette modalité à toutes les professions de santé ; mais aussi à un facteur de demande, le confinement ayant brisé les barrières vis-à-vis de cette modalité de soins dans la population. Aujourd'hui, il s'agit de tirer pleinement partie de cette dynamique tant sur le plan quantitatif que qualitatif, au-delà de l'état d'urgence sanitaire. À cet égard, le Ségur de la santé est allé dans le sens d'une promotion d'un accès aux soins facilité en rendant la télésanté accessible à tous¹. L'objectif pour les années à venir est ainsi de maintenir un haut niveau de pratique de la santé, en ville et à l'hôpital, en promouvant une pratique territorialisée, favorisant l'accès aux soins tout en évitant l'écueil du tout virtuel.

La télésanté fait partie des outils œuvrant à la mise en œuvre du parcours de santé des patients dans un contexte de diminution du nombre de professionnels de santé, de vieillissement de la population et d'augmentation significative de situations nécessitant des prises en charge pluridisciplinaires et coordonnées. Elle regroupe l'ensemble des activités exercées entre des professionnels de santé et leurs patients grâce au numérique et se décompose en deux domaines d'activités. D'une part, la santé mobile (« m-santé »), qui regroupe l'ensemble des applications mobiles liées à un objet connecté mesurant un paramètre ou une donnée relative à la santé ou au bien-être d'un individu. D'autre part, la télémédecine, forme de pratique médicale à distance rendue possible par les évolutions des technologies de santé.

L'hôpital, en tant qu'acteur majeur du système de santé, doit constamment adapter ses organisations pour l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité du service rendu aux patients. Si le développement de processus d'innovation appuyés sur des solutions de télémédecine est susceptible d'y contribuer, le haut degré de complexité que présente l'hôpital fait probablement du secteur hospitalier un des secteurs les plus complexes à digitaliser. En effet, « freinées par un cadre réglementaire rigide, une administration en manque de réactivité, des structures lourdes et des ressources financières limitées, les adaptations organisationnelles et technologiques du secteur hospitalier sont lentes »². Ainsi, bien que haut lieu d'innovations cliniques, l'hôpital reste en proie à de fortes inerties.

Pour cerner ce qu'il advient du déploiement des projets de télémédecine dans ce cadre, il importe de considérer non seulement les dispositifs techniques, mais aussi leurs usages et au-delà, le travail que

¹ Il s'agit d'une des conclusions figurant dans le rapport Notat, juillet 2020.

² C. MARQUES, N. BOUZOU « Hôpital : Libérer l'innovation », Broché, 2017

requiert leur mise en œuvre. En effet, la télémédecine est une innovation impliquant des écarts importants en regard des pratiques d'exercice usuelles de la médecine et la vision de la prise en charge du patient³. Face à cet enjeu, le rôle du directeur d'hôpital est majeur, tant d'un point de vue stratégique qu'opérationnel, pour coordonner le déploiement des projets de télémédecine au niveau de l'établissement et assurer l'accompagnement de leur mise en œuvre effective.

Dès lors, il s'agit de se demander comment inscrire la télémédecine dans une démarche structurante, source de transformations organisationnelles innovantes et pérennes à l'hôpital ?

Si la télémédecine représente une pratique médicale d'avenir à l'hôpital, celle-ci se heurte fréquemment à des difficultés de mise en œuvre qui en affaiblit sa dimension effective (1). Face à ce constat, à l'échelle du Centre d'Accueil et de Soins Hospitaliers de Nanterre, l'impulsion d'une véritable stratégie multidimensionnelle (technique, clinique, organisationnelle et managériale) semble constituer une condition sine qua non au développement et à la pérennisation des usages en télémédecine (2).

³ C. SICOTTE, L. MARRAULD, S. BOUREZ, « Changement organisationnel innovant et institution publique », La Revue des sciences de gestion 2020/5 (n°305), pp.11-23

1 LA TÉLÉMÉDECINE À L'HÔPITAL, UNE PRATIQUE MÉDICALE D'AVENIR CONFRONTÉE À DES DIFFICULTÉS DE MISE EN ŒUVRE

Le déploiement de la télémédecine pose la question de l'écart entre les potentialités avérées de celle-ci et les difficultés de diffusion de cette technologie prometteuse⁴. En effet, si la télémédecine constitue une modalité innovante de prise en charge représentant une réelle perspective d'avenir face aux enjeux actuels en matière de santé (1.1.), sa mise en place est confrontée en pratique à certaines difficultés rendues notamment visibles à l'hôpital (1.2.).

1.1 UNE SOLUTION INNOVANTE POUR L'HÔPITAL FACE AUX DÉFIS ACTUELS DU SYSTÈME DE SANTÉ, SOUTENUE PAR UN ENVIRONNEMENT ÉVOLUTIF

Favorisée par un contexte propice à son développement (1.1.1.), la télémédecine a pour ambition de devenir un outil clé du parcours de soins et donc une pratique intégrée à l'hôpital. Pour cela, le cadre juridique de la télémédecine a beaucoup évolué en faveur d'une clarification de ses modalités de mise en œuvre (1.1.2.)

1.1.1 Un contexte favorable au développement des dispositifs de télémédecine à l'hôpital

1.1.1.1 *La déclinaison de stratégies par les pouvoirs publics face aux défis du système de santé*

La triple transition du système de santé

Le système de santé français actuel fait face à une triple transition. Une transition épidémiologique tout d'abord. En effet, le changement des modes de vie, les progrès technologiques et l'évolution des pratiques médicales ont permis un accroissement considérable de l'espérance de vie. L'une des conséquences de cette dynamique est une progression des maladies chroniques telles que l'hypertension artérielle, le diabète ou encore l'insuffisance rénale chronique. Une transition démographique également, dans la mesure où le vieillissement de la population implique une augmentation du nombre de personnes âgées et des polyopathologies. À l'origine d'une augmentation

⁴ A. DAVID, F. MIDY, J-C. MOISDON, « Les TIC restructurent-elles ? Péripéties de deux réseaux de télémédecine en périnatalité », Revue française des affaires sociales 2003/3, pp. 79-94

des coûts de prise en charge, cela se répercute sur l'accroissement des dépenses de santé. En France, cette réalité est corrélée à une pénurie médicale aggravée dans les zones rurales. Une transition sociétale et technologique enfin, au regard de l'entrée de nouvelles technologies dans le domaine de la santé, du développement des pratiques et des routines d'usage visant l'acquisition de formes d'autogestion de la santé et du repositionnement du patient à plusieurs niveaux.

Ces transformations progressives constituent aujourd'hui de véritables défis qui appellent des adaptations du système de santé telles que le développement de l'ambulatoire ou encore la promotion de la prévention impulsés par les pouvoirs publics et accompagnés par le virage numérique.

Les bénéfices de la télémédecine face aux défis du système de santé

Dans un champ sanitaire en pleine transformation, les enjeux relatifs à la télémédecine sont importants et celle-ci suscite de grands espoirs. En France, les premières expériences significatives de télémédecine apparaissent au cours des années 1990. En représentant une autre manière de soigner, la télémédecine fait partie des outils œuvrant pour la mise en œuvre du parcours de santé des patients dans le contexte précité de diminution du nombre de professionnels de santé, de vieillissement de la population et d'augmentation significative de situations nécessitant des prises en charge pluridisciplinaires et coordonnées.

Le déploiement de la télémédecine s'inscrit dans une pluralité d'enjeux. Tout d'abord, vis-à-vis des patients, il s'agit à travers les dispositifs de télémédecine d'apporter une réponse adaptée dès le début de la prise en charge, d'améliorer le confort du patient et de son entourage en diminuant les transports, la fréquence et la durée des hospitalisations et de favoriser une meilleure prévention. Également, vis-à-vis des établissements et professionnels de santé, la télémédecine contribue au décloisonnement des activités, au renforcement des collaborations et des échanges médicaux et à l'optimisation du temps médical. Enfin, vis-à-vis des pouvoirs publics, la télémédecine constitue un levier pour garantir une relative proximité de l'offre de soins, un meilleur aménagement du territoire en lien avec les spécificités locales et des économies d'échelle en optimisant la gestion des ressources et en maîtrisant les dépenses de transport.

Les stratégies gouvernementales en matière de télémédecine

Pour répondre à ces défis, les différents gouvernements se sont tournés vers de nouvelles modalités de prise en charge rendues possibles par les nouvelles technologies de l'information et de la communication (NTIC). Ainsi, la télémédecine a été promue dans un contexte marqué par la volonté politique des gouvernements successifs de maîtriser la croissance des dépenses de santé et de rationaliser l'offre de soins et l'organisation hospitalière.

Après les débuts de l'usage français de la télémédecine à grande échelle par des médecins pionniers dans les années 1990, le plan « e-santé 2000 » est lancé assorti d'une enveloppe financière de 25 millions d'euros devant permettre aux établissements d'investir dans les moyens numériques de l'e-santé et d'informatiser les dossiers médicaux. À cette époque, le développement de la télémédecine est encouragé par le Ministère de la Santé, à travers la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS), qui voit en elle la possibilité de créer « une nouvelle dynamique entre [les hôpitaux] d'un même territoire de santé »⁵, à l'instar des actuels groupements hospitaliers de territoire (GHT) dont l'objectif est de soigner mieux et à un moindre coût.

Quelques années plus tard, suivant la publication du décret du 19 octobre 2010⁶ (cf 1.1.2.1), en mars 2011, une stratégie nationale de déploiement de la télémédecine est lancée à travers la mise en place d'un comité national de pilotage impulsée par la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) et composée de l'Agence des systèmes d'information de santé partagés (Asip Santé, devenue aujourd'hui Agence du numérique en santé), la Délégation à la stratégie des systèmes d'information en santé (DSSIS, aujourd'hui remplacée par la Délégation ministérielle au numérique en santé), la Direction de la sécurité sociale (DSS), l'Agence nationale d'appui à la performance (ANAP), la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), la Délégation interministérielle à l'aménagement du territoire et à l'attractivité régionale (DATAR, aujourd'hui devenue l'Agence nationale de la cohésion des territoires), la Direction générale de la compétitivité, de l'industrie et des services (DGCIS, aujourd'hui remplacée par la Direction générale des entreprises), la Haute autorité de santé (HAS) ainsi que des représentants des usagers. Parmi les chantiers prioritaires identifiés, tout projet de télémédecine répondant à un besoin de santé pouvait désormais bénéficier d'un soutien financier public. Le « Pacte territoire santé 1 » déployé sur les années 2012-2015 avait pour objectif de faire reculer les déserts médicaux en actionnant divers leviers dont la télémédecine. Cette volonté s'est vue renforcée par le « Pacte territoire santé 2 » des années 2015-2017 dont un des engagements était de favoriser l'accès à la télémédecine pour les patients chroniques et les soins urgents.

La Stratégie nationale de santé 2018-2022 (SNS 18-22) se décompose en quatre grands axes : la prévention, les inégalités, l'innovation et la qualité. En positionnant l'innovation en soutien des transformations du système de santé, la SNS 18-22 consacre le numérique de manière générale, et la télémédecine plus particulièrement, comme vecteur majeur de l'accès aux soins sur l'ensemble du territoire. Les objectifs associés à cet axe sont multiples : assurer la bonne couverture numérique de l'ensemble du territoire, généraliser dans la pratique quotidienne l'usage de la télémédecine, favoriser le partagé sécurisé des données médicales entre les professionnels de santé, permettre aux patients d'utiliser des services numériques pour un meilleur accès au système de santé, équiper les professionnels de santé de services numériques pour faciliter les échanges, adapter les formations aux

⁵ G. GALIO, A. MATHIEU-FRITZ, « Les pratiques médicales et soignantes à distances » La télémédecine en actes, Réseaux 2018/1 (n°207), pp.9-24

⁶ Décret n° 2010-1229 du 19 octobre 2010 relatif à la télémédecine

évolutions des spécialités et à l'émergence de nouveaux métiers...⁷ Les nombreux programmes qui en ont découlé continuent d'impulser la dynamique. À cet égard par exemple, la feuille de route « Accélérer le virage numérique en santé »⁸ annoncée par la ministre chargée de la Santé le 25 avril 2019 portait cinq grandes orientations : renforcer la gouvernance du numérique en santé, intensifier la sécurité et l'interopérabilité des systèmes d'informations en santé, accélérer le déploiement des services numériques socles, déployer au niveau national des plateformes numériques de santé et soutenir l'innovation, et favoriser l'engagement des acteurs. Dans la lignée, le Ségur de la Santé affiche le numérique comme un enjeu majeur pour la santé en France en consacrant 2 milliards d'euros d'investissements pour permettre de rattraper le retard dans la modernisation, l'interopérabilité, la réversibilité, la convergence et la sécurité des systèmes d'information en santé, fondamentaux de la feuille de route nationale du numérique en santé portée par le ministère.

Par ailleurs, une partie des conclusions du Ségur de la santé fait part de l'ambition des pouvoirs publics de « rendre la télésanté accessible à tous ». Tout en évoquant les constats sur les raisons du succès de la téléconsultation et de la télésanté en général pendant la crise épidémique, les pouvoirs publics proposent plusieurs actions pour accompagner le déploiement de la télémédecine sur les années 2020 et 2021 telles que l'évolution des dispositions conventionnelles de téléconsultations et de la téléexpertise, l'assouplissement à la règle d'une consultation présentielle au moins tous les douze mois, l'ouverture de la sollicitation d'une téléexpertise aux professionnels de santé non médicaux, ou encore la fixation des principes du financement de la télésurveillance.

Outre la forte dynamique impulsée au niveau national, la télémédecine est également très inscrite dans un cadre régional. En effet, les Agences régionales de santé (ARS) veillent à la déclinaison des objectifs en matière de télémédecine dans le cadre des projets régionaux de santé (PRS) et peuvent apporter un soutien financier supplémentaire si nécessaire. Par ailleurs, la télémédecine se déploie essentiellement à travers des plateformes régionales, prises en charge par des groupements de coopération sanitaire (GCS), à même de réunir l'ensemble des professionnels de santé pour faciliter leurs interactions. Cette déclinaison régionale a vocation à impulser des dynamiques locales, notamment à l'hôpital, au regard des enjeux que représentent la télémédecine pour cet acteur majeur.

1.1.1.2 Les enjeux de la télémédecine à l'hôpital

Une composante essentielle de la modernisation des hôpitaux

L'environnement très concurrentiel associé aux contraintes financières fortes des hôpitaux les obligent à constamment améliorer les organisations en trouvant des solutions pour innover, se démarquer,

⁷ Ministère des solidarités et de la santé, Stratégie nationale de santé 2018-2022

⁸ Ministère des solidarités et de la santé, Feuille de route « Accélérer le virage numérique en santé », 2019

fidéliser les patients comme les professionnels. Or, en modifiant les caractéristiques temporelles et spatiales de la prise en charge des patients, la télémédecine est susceptible d'avoir des impacts organisationnel, économique ou encore d'avoir un impact sur l'aménagement du territoire. Cette notion constitue donc un champ important à considérer dans le cadre de la problématique des restructurations hospitalières⁹.

Dès lors, les établissements de santé suivent la même logique que celle adoptée par les gouvernements successifs dans le but de réformer les soins en considérant, d'une part, que la télémédecine joue un rôle dans l'amélioration de la qualité des soins et, d'autre part, qu'elle est source de réduction des coûts. En effet, en s'appuyant sur les évolutions technologiques, la télémédecine est plébiscitée pour le gain de temps et la sécurité que ses solutions peuvent offrir.

Un essor de la télémédecine dans les hôpitaux lié au contexte épidémique

Malgré les bénéfices attendus et les stratégies nationales, régionales et locales déployées en la matière, la télémédecine a longtemps rencontré des difficultés à s'intégrer pleinement dans les organisations hospitalières. L'enjeu pour les hôpitaux est de réussir à mettre en place des projets structurants.

La crise sanitaire due à l'épidémie de Covid-19 a fortement impacté l'organisation des hôpitaux. Celle-ci a eu de nombreux impacts en termes d'accès aux soins, de recherche, d'aménagement, de prévention, et a aussi permis de démontrer la capacité de réaction des établissements de santé. Si toutes les crises accélèrent les innovations et leurs usages, d'autant plus quand celles-ci viennent lever des freins, celle que nous traversons a fait faire un bon à la télémédecine dans toutes ses dimensions. En effet, l'usage de la télémédecine a considérablement augmenté en quelques mois. Les plateformes de télémédecine ont par exemple fait face à un important afflux de téléconsultations en l'espace de quelques semaines (passage de 10.000 téléconsultations par semaine à 1 million par semaine au plus fort de l'épidémie). Dans les hôpitaux, l'objectif du recours à la télémédecine a été de répondre à une exigence de flexibilité accrue afin d'éviter les ruptures de soins des patients non-Covid et réaliser le suivi dans les temps des patients Covid. Dans ce contexte, la télémédecine a pu démontrer toute sa plus-value en permettant à de nombreux patients de bénéficier d'un accès facilité aux soins, sans contrainte de temps ni d'accessibilité géographique. Cette dynamique a permis de protéger à la fois les populations et les professionnels et de contribuer à la continuité des soins.

Mais la télémédecine ne saurait se réduire à une médecine de gestion de crise sanitaire. Si cette dernière a été accélératrice dans le développement d'outils technologiques, l'heure est à l'usage croissant de la télémédecine dans les hôpitaux depuis plusieurs années et celle-ci devient

⁹ A. DAVID, F. MIDY, J-C. MOISDON, « Les TIC restructurent-elles ? Péripéties de deux réseaux de télémédecine en périnatalité », Revue française des affaires sociales 2003/3, pp. 79-94

progressivement reconnue comme un outil de fluidification des parcours. La mise en œuvre concrète de projets de télémédecine constitue une révolution dans la communauté hospitalière qui voit ses pratiques évoluer de manière significative. Cette évolution prend du temps pour bon nombre d'établissements de santé actuellement dans une période de transition nécessaire à la réflexion sur l'évolution des pratiques et à l'appropriation des usages.

Pour accompagner ces transformations, l'environnement juridique encadrant la télémédecine et les pratiques qui y sont liées, évolue constamment entre sécurisation et promotion du recours à cette notion.

1.1.2 Une adaptation progressive de l'environnement juridique cadrant les modalités de mise en œuvre de la télémédecine

1.1.2.1 *Le cadre légal et réglementaire*

Un timide commencement

Le développement des pratiques de télémédecine a progressivement été rendu possible puis favorisé au fur et à mesure des orientations portées par les réformes de santé publique. À cet égard, la loi du 13 août 2004¹⁰ relative à l'assurance maladie lève l'interdiction d'exercer la médecine à distance et inscrit la pratique de la télémédecine dans la loi. Malgré certaines expériences locales mises en œuvre par quelques pionniers, le cadre réglementaire du début des années 2000 n'a pas impulsé de nombreuses initiatives. Faute de moyens effectifs techniques comme financiers, peu d'acteurs investissaient ce champ officiellement.

Une pratique évolutive encadrée

Après plusieurs années d'incertitudes juridiques, la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST)¹¹ clarifie la notion en définissant pour la première fois la télémédecine. Désormais inscrite à l'article L.6316-1 du Code de la santé publique (CSP), la télémédecine constitue « une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication. Elle met en rapport un professionnel médical avec un ou plusieurs professionnels de santé, entre eux ou avec le patient et, le cas échéant, d'autres professionnels apportant leurs soins au patient. Elle permet d'établir un diagnostic, d'assurer, pour un patient à risque, un suivi à visée préventive ou un suivi post-thérapeutique, de requérir un avis

¹⁰ Article 31 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie

¹¹ Article 78 de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

spécialisé, de préparer une décision thérapeutique, de prescrire des produits, de prescrire ou de réaliser des prestations ou des actes, ou d'effectuer une surveillance de l'état des patients ». Actuellement au nombre de cinq, les actes de télémedecine sont définis par le décret du 19 octobre 2010 relatif à la télémedecine¹² qui en détaille également les conditions de mise en œuvre. À cet égard, il précise que « constituent des actes de télémedecine :

- La téléconsultation, qui a pour objet de permettre à un professionnel médical de donner une consultation à distance à un patient. Un professionnel de santé peut être présent auprès du patient et, le cas échéant, assister le professionnel médical au cours de la téléconsultation. (...);
- La téléexpertise, qui a pour objet de permettre à un professionnel médical de solliciter à distance l'avis d'un ou de plusieurs professionnels médicaux en raison de leurs formations ou de leurs compétences particulières, sur la base des informations médicales liées à la prise en charge d'un patient ;
- La télésurveillance médicale, qui a pour objet de permettre à un professionnel médical d'interpréter à distance les données nécessaires au suivi médical d'un patient et, le cas échéant, de prendre des décisions relatives à la prise en charge de ce patient. L'enregistrement et la transmission des données peuvent être automatisés ou réalisés par le patient lui-même ou par un professionnel de santé ;
- La téléassistance médicale, qui a pour objet de permettre à un professionnel médical d'assister à distance un autre professionnel de santé au cours de la réalisation d'un acte ;
- La réponse médicale qui est apportée dans le cadre de la régulation médicale mentionnée à l'article L. 6311-2 et au troisième alinéa de l'article L. 6314-1. »

Par la suite, une série de textes législatifs et de règlements sont venus préciser ce cadre dont les principaux sont les suivants. En premier lieu, le décret du 18 mai 2010 relatif au PRS¹³ rend obligatoire l'élaboration d'un programme régional de télémedecine par les ARS. En deuxième lieu, la loi du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2014¹⁴ a permis de favoriser les expérimentations de télémedecine dans un programme nommé « Expérimentations de télémedecine pour l'amélioration des parcours en santé (ETAPES) », en dehors de l'hôpital, pour neuf régions pilotes et à destination de patients suivis à la fois par la médecine de ville et par des structures médico-sociales. Un budget propre au sein du fonds d'intervention régional (FIR) est créé pour ces structures. En troisième lieu, la LFSS pour 2017 du 23 décembre 2016¹⁵ a eu pour but de simplifier l'ensemble des mesures déjà existantes et de prévoir des expérimentations de télémedecine sur le territoire national. Cette loi a ainsi permis l'extension du programme ETAPES à l'ensemble des régions depuis le 1^{er} janvier 2017, la suppression de l'acte de conventionnement entre les établissements pour le remplacer par

¹² Article 1 du décret n° 2010-1229 du 19 octobre 2010 relatif à la télémedecine

¹³ Décret n° 2010-514 du 18 mai 2010 relatif au projet régional de santé

¹⁴ Article 36 de la loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014

¹⁵ LOI n° 2016-1827 du 23 décembre 2016 de financement de la sécurité sociale pour 2017

une simple déclaration à l'ARS, et la création d'un forfait structure pour prendre en compte le financement des surcoûts supportés par les établissements proactifs en matière de télémédecine. En quatrième lieu, la LFSS pour 2018 du 30 décembre 2017¹⁶ fait entrer la prise en charge financière des actes de télémédecine dans le droit commun pour la téléconsultation et la téléexpertise. S'agissant de la télésurveillance, en raison de la temporalité plus longue de ce type de dispositif et de la dépendance au fournisseur de solution technique, elle acte la prolongation pour une durée de quatre ans des expérimentations en matière de télésurveillance afin d'établir la tarification la plus adéquate possible (cf 1.1.2.2.).

Ce cadre légal et réglementaire permet par là-même de détailler un certain nombre de modalités nécessaires à la mise en œuvre concrète des dispositifs de télémédecine.

1.1.2.2 Les modalités de mise en œuvre

Des conditions d'application précisées

Alors que les premiers projets de développement de la télémédecine ne se basaient sur aucun support juridique, la loi HPST du 21 juillet 2009¹⁷ puis le décret du 19 octobre 2010¹⁸ ont permis de combler le vide existant. Comme pour tout acte de nature médicale, les porteurs de projets en matière de télémédecine doivent ainsi respecter les principes de droit commun de l'exercice médical, du droit des patients et des échanges informatisés de données de santé. Un certain nombre de dispositions ont été précisées aux articles R.6316-2 et suivants du CSP relatives à l'information, à la formation et au consentement libre et éclairé du patient ; aux conditions de sécurité de l'acte de télémédecine (authentification des professionnels de santé intervenant, identification du patient, accès des professionnels de santé aux données médicales) ; à la traçabilité (inscription dans le dossier patient du compte-rendu de la réalisation de l'acte, des actes et prescriptions médicamenteuses, de l'identité des professionnels de santé participant à l'acte, de la date et l'heure de l'acte et des incidents techniques éventuellement survenus) ; à l'obligation de souscrire une assurance responsabilité civile ; à la sécurité de la conservation des données échangées ; et à la répartition des compétences entre les médecins et les personnels paramédicaux afin d'éviter les glissements de tâches.

Sur ce dernier point, la télémédecine étant un acte médical réalisé à distance par un médecin au profit d'un patient parfois accompagné d'un auxiliaire médical (infirmier, manipulateur d'électro radiologie médicale, orthoptiste...), elle est fortement imbriquée à la thématique des glissements de tâches. En effet, l'activité des professionnels paramédicaux est fortement encadrée par des décrets de

¹⁶ LOI n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018

¹⁷ LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

¹⁸ Décret n° 2010-1229 du 19 octobre 2010 relatif à la télémédecine

compétences propres à chaque profession énumérant l'ensemble des actes que les professionnels sont autorisés à réaliser en l'absence d'un médecin. Afin d'encadrer les transferts d'activités et actes et de s'adapter aux pratiques des professionnels tout en garantissant qualité et sécurité des soins, l'article 51 de la loi HPST du 21 juillet 2009 a instauré la possibilité de conclure des protocoles de coopération. Transmis à l'ARS, qui vérifie la cohérence du projet avec le besoin de santé régional puis le soumet à la HAS, il s'agit d'un dispositif de coopération entre professionnels de santé permettant la mise en place, à titre dérogatoire et à l'initiative des professionnels, de transferts d'actes ou d'activités de soin. Très récemment, un décret¹⁹ et un arrêté²⁰ publiés le 3 juin 2021 ont élargi les prises en charge à distance au-delà de la télémédecine, à savoir le télésoin, à dix-huit professions de santé.

Enfin, si l'acte de télémédecine est souvent résumé à la prestation réalisée à distance par un professionnel médical au profit d'un patient, il ne s'agit en pratique que d'une étape conditionnée par une pluralité d'autres interventions qu'il s'agisse de la prise de rendez-vous, de l'accompagnement du patient, de la frappe de compte-rendu ou de la gestion d'incidents techniques. À ce sujet, de nombreux référentiels de bonnes pratiques en matière de télémédecine sont fournis par la HAS notamment, sous forme de fiches ou de guides²¹. L'objectif est d'assurer la qualité des actes de télémédecine à chaque étape de la prise en charge. En effet, le recours à la télémédecine nécessite pour chaque acteur d'être bien informé sur le choix, les avantages, les alternatives de cette modalité, sur les équipements techniques à utiliser, le déroulement d'une séance type, les coûts, les modalités de paiement et de remboursement ainsi que la protection et la sécurisation des données. Il s'agit également à travers ces recommandations de fournir une aide à la préparation très concrète de ces actes qu'il s'agisse de vérifier l'identité du patient, de la qualité du son et de l'image, de favoriser l'expression et la compréhension du patient ou de rédiger et transmettre un compte-rendu.

Un modèle économique en consolidation

Dès 2011, la DGOS recommandait que « toute nouvelle expérimentation en France intègre désormais une méthodologie confirmée sur la viabilité économique de cette nouvelle pratique de médecine »²². À ce titre, l'ANAP propose un accompagnement méthodologique²³ pour les porteurs de projets afin de promouvoir des projets économiquement viables aussi bien pour la phase d'investissement que pour le fonctionnement en routine.

¹⁹ Décret n° 2021-707 du 3 juin 2021 relatif à la télésanté

²⁰ Arrêté du 3 juin 2021 définissant les activités de télésoin

²¹ HAS, « Améliorer la qualité et la sécurité des soins. Qualité et sécurité des actes de téléconsultations et de téléexpertise, guide des bonnes pratiques », 2019

²² HAS, « Efficience de la télémédecine : état des lieux de la littérature internationale et cadre d'évaluation », 2013

²³ ANAP, « La télémédecine en action : 25 projets passés à la loupe », Tome 1 et 2, 2012

Longtemps limité par l'absence de financement pérenne, l'encouragement au déploiement de la télémédecine est également marqué par une tendance de fond allant vers un financement de droit commun élargi. Comme évoqué précédemment (cf 1.1.2.1), depuis septembre 2018, un nouveau tournant durable a été franchi avec l'entrée d'activités initialement dérogatoires dans une tarification relevant du régime général des actes médicaux, totalement pour la téléconsultation et partiellement pour la téléexpertise (sous forme d'un forfait, pour certains types de patients)²⁴. Si à ce stade, seule la télésurveillance continue d'être régie par un programme ETAPES, le ministère des Solidarités et de la Santé s'est engagé à travailler d'ici le 1^{er} janvier 2022 (date de fin du programme ETAPES) sur un modèle de prise en charge dans le droit commun de la télésurveillance en fixant les principes de financement et en confiant aux partenaires conventionnels le soin de fixer les tarifs pour une rémunération des médecins qui la pratiquent. Si ce délai est tenu, le nouveau modèle de financement devrait figurer dans la prochaine LFSS.

Quoiqu'il en soit, deux aspects se doivent d'être systématiquement pris en compte par les hôpitaux en ce qu'ils conditionnent le financement par l'Assurance maladie (AM) et l'ARS. D'une part, le respect du parcours de soins, en faveur d'une télémédecine de proximité en lien avec l'exercice coordonné des professionnels de santé ; d'autre part, la sécurité des outils choisis pour pratiquer la télémédecine, pour s'assurer de la qualité des solutions de télémédecine déployées et du respect essentiel de l'exigence de sécurisation des données. La volonté affichée étant d'inscrire la télémédecine comme une brique du parcours de soins et non comme un élément à part.

Toutefois, il est à préciser que certaines dérogations ont été temporairement instaurées durant la période relative à l'état d'urgence sanitaire impliquée par l'épidémie de Covid-19 « avec l'annulation de toute barrière d'accès et l'extension de cette modalité à toutes les professions de santé »²⁵. L'essor de la télémédecine a pu avoir lieu notamment en raison de dérogations aux dispositions législatives et à la convention médicale (avenant 8) qui ont permis de soutenir de manière opérationnelle l'usage massif des téléconsultations et téléexpertises, les pratiques de télémédecine autorisées au-delà du cadre habituel, le déploiement du télésoin en avance de phase pour étendre les usages aux professionnels de santé et l'ouverture du télésoin pour les autres professions avec une obligation de connaissance préalable du patient. Certains dispositifs d'assouplissement mis en place ont vocation à être prolongés tels que la possibilité de réaliser une téléconsultation même sans connaissance préalable du patient ou la possibilité pour les professionnels de santé non médicaux de solliciter une téléexpertise.

²⁴ Actuellement, seuls les patients en affection longue durée, atteints de maladies rares, résidant en zones sous-denses, en structures médico-sociales et détenus. Une des actions proposées dans les conclusions du Ségur de la santé est d' « élargir à tous les patients les conditions de réalisation d'une télé-expertise ».

²⁵ Conclusions du Ségur de la santé, « Rendre la télésanté accessible à tous » (mesure 24).

Au-delà de ces aspects juridiques et financiers, la télémédecine n'est pas sans répercussion sur l'organisation des soins et la pratique médicale. Or, ce dernier point est primordial car susceptible de faciliter ou au contraire de freiner voire bloquer l'adoption de ces nouveaux modes d'exercice médical. En effet, si la télémédecine représente un fort levier de mise en œuvre de nouvelles organisations susceptibles de relever les défis actuels du système de santé, sa mise en œuvre s'appuie tant sur une approche humaine que technologique tenant compte de l'existant. Dès lors, en dépit d'un terreau cultivé par les pouvoirs publics de plus en plus favorable, les observateurs de la télémédecine française s'accordent aujourd'hui à penser que ses développements sont insuffisants au regard des objectifs fixés et des moyens mis en œuvre²⁶. Notamment, certains établissements de santé peuvent en effet se trouver confrontés à des difficultés pour voir véritablement décoller leurs projets de télémédecine. Le Centre d'Accueil et de Soins Hospitaliers de Nanterre, terrain de stage, en fait partie.

1.2 UN TERRAIN DE STAGE RÉVÉLATEUR DE DIFFICULTÉS DE CONCRÉTISATION DANS LE TEMPS DES SOLUTIONS DE TÉLÉMÉDECINE

Le Centre d'Accueil et de Soins Hospitaliers (CASH) de Nanterre – Hôpital Max Fourestier, a constitué un terrain de stage particulièrement propice à l'analyse, au niveau local, de la mise en œuvre concrète des projets de télémédecine. En effet, si les particularités propres à cet établissement le poussent à se tourner vers des solutions innovantes de prise en charge permises par la télémédecine (1.2.1), les multiples initiatives de terrain florissantes en la matière ont mis en évidence la nécessité de les structurer pour surmonter certaines difficultés (1.2.2.).

1.2.1 Des particularités inhérentes à l'établissement incitant à envisager des modes de prise en charge innovants

1.2.1.1 *Des défis propres à l'établissement*

Une patientèle et des offres de soin variées

Le CASH de Nanterre est un établissement de court et moyen séjour à vocation sanitaire et sociale. Il regroupe sur un site unique un pôle hospitalier (470 lits et places) et un pôle de médecine sociale pour l'accueil, l'orientation, l'accompagnement et la prise en charge médicale des personnes sans abri (454 lits et places) et un pôle de formation/recherche.

²⁶ G. GERRALD, « Échec et "potentialités collatérales" d'une expérimentation en télémédecine d'urgence », Réseaux, 207/1, pp. 165-195, 2018

Depuis le 1er janvier 2019, le CASH et l'établissement public de santé (EPS) Roger Prévot sont en direction commune. L'EPS Roger Prévot se situe à Moisselles (Val d'Oise). Spécialisé en santé mentale, il accueille les patients adultes domiciliés dans les communes du nord des Hauts-de-Seine suivantes : Gennevilliers et Villeneuve-la-Garenne, Asnières sur Seine, Clichy la Garenne, Levallois Perret, Bois Colombes et la Garenne Colombes, ainsi que les enfants des quatre premiers secteurs. L'établissement dispose également de trente sites de consultations et d'activités thérapeutiques dans les communes desservies, de services d'hospitalisation situés à Moisselles dans le Val d'Oise et à Nanterre dans les Hauts-de-Seine, d'une Maison d'Accueil Spécialisée à Moisselles et d'un Institut de formation en soins paramédicaux.

Fort de son histoire et des synergies qui se sont créées dès l'origine entre le social et le sanitaire, le CASH de Nanterre et l'EPS Roger Prévot jouent aujourd'hui un rôle pilote dans l'approche sanitaire, psychiatrique, sociale et médico-sociale. Le travail coordonné de professionnels de ces différents secteurs autour des patients, résidents, usagers représente une approche novatrice qui positionne ces établissements en experts, dans leurs domaines de compétences, au niveau régional.

Un schéma directeur architectural ambitieux

Le CASH de Nanterre et l'EPS Roger Prévot se sont engagés dans un schéma directeur architectural (SDA) d'envergure et d'avenir. Ils ont en effet tout deux approuvé le projet de constitution d'un groupe hospitalier rassemblant sur un même site, à Nanterre, les deux établissements, à horizon 2024. Ainsi, les unités d'hospitalisation aujourd'hui installées sur le site de Moisselles seront relocalisées à Nanterre. Soutenu par l'ARS Île-de-France, ce projet apporte une réponse à trois priorités de santé publique :

- Rapprocher les lieux d'hospitalisation des patients aujourd'hui accueillis à Moisselles, au plus près de leur lieu de vie dans le Nord des Hauts-de-Seine, dans des lieux d'accueil modernes et adaptés à leurs besoins ;
- Améliorer leur accès aux soins somatiques, grâce à l'adossement aux services de court séjour du CASH de Nanterre ;
- Consolider l'ensemble des activités de médecine, d'obstétrique, de soins critiques, de santé publique et de gériatrie portées par le CASH de Nanterre.

Dans ce contexte, les prises en charge doivent être repensées au regard des valeurs de l'institution. Il apparaît dès lors essentiel de s'adapter afin de continuer à exercer des soins de qualité dans le cadre de parcours pertinents. Dans ce contexte, la télémédecine représente une véritable opportunité, source d'innovations au CASH de Nanterre.

1.2.1.2 Des opportunités à saisir pour l'établissement

Des objectifs atteignables à l'aide du développement de la télémédecine

Le développement des projets de télémédecine constitue un véritable enjeu en ce qu'il est susceptible de contribuer à atteindre certains des objectifs poursuivis par le CASH de Nanterre. Tout d'abord, la nécessité de favoriser le recours aux soins, d'améliorer la qualité du suivi et de diminuer les ré-hospitalisations évitables des patients accueillis. Également, vis-à-vis des professionnels de santé, la volonté de renforcer considérablement les collaborations entre acteurs et d'améliorer l'image de marque de l'hôpital. Enfin, pour l'établissement, le besoin de fluidifier les parcours, de développer les soins ambulatoires et d'intensifier les liens avec le territoire.

Un projet médical commun ouvert à la télémédecine

Le récent projet médical commun (PMC) en date de 2020 fait apparaître un axe de travail transversal à toutes les spécialités médicales intitulé « Outils numériques au service de la médecine ». L'objectif affiché réside dans la pérennisation des outils du virage numérique. En effet, ces derniers constituent un moyen pour le CASH de Nanterre de développer des innovations thérapeutiques et organisationnelles, d'assurer la continuité des soins quel que soit le contexte, et d'adapter de nouvelles prises en charge au service des usagers et des professionnels de santé.

Face à l'épidémie de Covid-19, les professionnels du CASH de Nanterre ont su faire preuve de réactivité et d'adaptabilité pour assurer la continuité de la prise en charge des patients grâce à la télémédecine. Si des dispositions particulières ont été prises pour permettre de développer ces outils, l'aspect dérogatoire invite aujourd'hui à pérenniser les actions pour faire de la télémédecine un outil clé du parcours de soins.

Au regard de l'ensemble de ces enjeux, rendre les projets qui portent la télémédecine fructueux et aboutis semble primordial. Pour cela, une démarche doit être structurée en la matière avec les professionnels de santé.

1.2.2 Des initiatives éparses nécessitant un travail de structuration, essentiel au déploiement efficace des projets de télémédecine

1.2.2.1 Un constat d'initiatives éparpillées à l'origine d'une mission de stage dédiée

Un contexte épidémique catalyseur en matière de télémédecine

L'épidémie de Covid-19 est venue motiver et renforcer le travail mené jusqu'à lors au CASH de Nanterre pour développer les solutions de télémédecine, notamment en matière de téléconsultations.

Dans ce cadre en effet, un certain nombre de mesures ont été prises en urgence pour faciliter le déploiement des dispositifs, conformément aux recommandations nationales (cf 1.1.2.2.). Favorisées par les assouplissements réglementaires dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire, ces adaptations avaient pour but de réduire le risque de contamination pour les patients comme les professionnels de santé en évitant les déplacements et en minimisant les contacts.

Ce contexte a été accélérateur en ce qu'il a permis une véritable mise en lumière du fort potentiel des solutions numériques. Ainsi, diverses initiatives en matière de télémédecine ont pu être recensées sur l'établissement dans le but de mettre en place des organisations innovantes et faire preuve d'agilité dans la gestion de la crise sanitaire. À titre d'illustration, le nombre de téléconsultations, quasiment nul avant la crise, a considérablement augmenté dans plusieurs spécialités médicales en passant au nombre de 1378 sur l'année 2020 (cf ANNEXE I). Le nombre de patients suivis en télésurveillance s'est également accru en cardiologie et en diabétologie. De nombreuses demandes d'avis ont été adressées par les acteurs du territoire, entre autres aux infectiologues et aux gériatres de l'établissement, dont les réponses se sont apparentées à de la téléexpertise « sauvage », c'est-à-dire réalisée de manière informelle.

Une évolution à ancrer dans les pratiques hospitalières

La période épidémique a été facilitante en contraignant les professionnels de santé à changer leurs pratiques et, de ce fait, en participant à une prise de conscience de l'intérêt de la télémédecine pour les organisations hospitalières. Pour autant, il paraît important d'avoir à l'esprit que cette évolution reste conjoncturelle et très étroitement liée à la situation exceptionnelle et d'extrême tension dans laquelle s'est trouvé l'hôpital tout au long de la crise. En effet, si l'usage de la télémédecine a bel et bien évolué dans le cadre de l'épidémie de Covid-19 au CASH de Nanterre, il semble que cette évolution se soit réalisée la plupart du temps essentiellement par nécessité pour les professionnels de santé. Loin d'être intégrée aux pratiques, la télémédecine reste le fruit d'initiatives propres et très aléatoires. Cela ne saurait donc suffire pour considérer une véritable évolution des pratiques des professionnels de santé.

En effet, il manque une réelle appropriation généralisée des outils numériques existants par les professionnels de santé comme par les patients. Dès lors, une structuration des projets liés à la télémédecine s'avère indispensable afin de les inscrire dans une démarche cohérente et d'impulser une dynamique généralisée et pérenne. Ceci pour faire de la télémédecine un véritable axe stratégique porté à l'échelle de l'établissement. C'est dans ce sens qu'il nous a été confiée, par la direction générale du CASH de Nanterre, la mission de développer et de pérenniser les dispositifs de télémédecine sur l'établissement. Les buts étant de susciter l'intérêt sur les projets liés, d'impulser la dynamique nécessaire à l'accueil favorable des propositions pertinentes et d'accompagner la mise en œuvre et la familiarisation aux outils afférents. Pour ce faire, l'objectif a donc été de travailler sur le déploiement d'une démarche dédiée à la structuration des diverses initiatives de télémédecine sur l'établissement.

Une mission à double dimension

Dans le cadre de la mission confiée, une double dimension se dégage. D'une part, une dimension externe. En effet, si la télémédecine permet de mettre en relation les patients avec les professionnels de santé hospitaliers, elle favorise également la création et le renforcement de liens entre l'hôpital et les acteurs de son territoire tels que les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), les centres de santé ou encore les professionnels de santé de ville des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS). Il s'agit ainsi de soutenir la collaboration entre l'hôpital et son territoire en les mettant en lien à travers le déploiement d'outils de télémédecine porteurs de dynamiques organisationnelles nouvelles. À ce titre, dans une publication de février 2021²⁷, l'ANAP démontre la place du numérique dans le parcours de coordination entre les professionnels de santé. Elle pointe le rôle des services numériques de coordination en faveur d'une meilleure prise en charge. Mais si le but ultime est bien de dépasser une démarche « hospitalo-centrée », il s'agit pour cela, pour l'hôpital, d'avoir une stratégie définie, claire et cohérente en interne sur ces sujets. Ainsi, d'autre part, la dimension interne est indispensable pour développer les initiatives existantes en sécurisant les pratiques, pour fédérer les professionnels de santé autour des projets de télémédecine en favorisant l'appropriation généralisée des outils, et pour impulser la dynamique nécessaire à la structuration d'une stratégie de télémédecine solide, portée à l'échelle de l'établissement. La dimension interne est celle sur laquelle nous focaliserons notre étude dans la mesure où celle-ci conditionne la réussite de la dimension externe du déploiement de la télémédecine.

Sur ce dernier point, il a été identifié au CASH de Nanterre un véritable besoin de structurer les pratiques en interne. En effet, de nombreuses pratiques informelles de télémédecine par les professionnels de santé ont été identifiées telles que des communications par téléphone ou courriel par les médecins avec des confrères comme avec des patients. Ces liens, non formalisés, ne peuvent être recensés précisément ni être valorisés alors même que les professionnels y consacrent un certain temps. Dès lors, les enjeux en matière de télémédecine au CASH de Nanterre sont de plusieurs ordres : fiabiliser les parcours administratifs pour sécuriser la confidentialité des échanges et assurer la facturation des actes réalisés, acculturer les professionnels hospitaliers à la digitalisation des parcours, et généraliser les pratiques et les outils actuellement personnes dépendantes. Sur ce dernier point, une des principales faiblesses des projets de télémédecine au CASH de Nanterre réside dans leur dépendance à l'égard de l'investissement personnel des professionnels de santé porteurs. Les projets en matière de télémédecine sont en effet extrêmement dépendants de l'implication des médecins. Bon nombre d'expériences se sont ainsi terminées une fois le médecin initiateur parti, la télémédecine apparaissant souvent comme étant trop lourde et inadaptée aux réalités quotidiennes des usages.

²⁷ ANAP, « Parcours, coordination et outils numériques – Notions de base illustrées par quelques cas d'usages », 2021

Dans ce contexte, s'est donc posée la question de savoir comment inscrire la télémédecine dans une démarche structurante, source de transformations organisationnelles innovantes et pérennes à l'hôpital ?

Pour tenter de répondre à cette problématique, une méthodologie de recherche spécifique a été déployée.

1.2.2.2 Une démarche méthodologique qualitative

Des étapes théoriques et pratiques

La méthodologie a été déclinée en plusieurs étapes. Tout d'abord, une phase d'analyse de la littérature a été menée. D'une part, des recherches théoriques ont été réalisées sur les grands principes et enjeux ainsi que sur les aspects juridiques et financiers de la télémédecine d'une façon générale (lois, décrets, articles, rapports, guides...) puis de manière appliquée aux établissements de santé (retours d'expérience...). D'autre part, à l'aide de la documentation interne du CASH de Nanterre (projet d'établissement, PMC...), nous avons pris connaissance des projets en cours et à venir en matière de télémédecine sur l'établissement.

De plus, un audit a été réalisé afin de recenser les différentes initiatives en matière de télémédecine mais aussi d'identifier les pratiques des acteurs, leur appropriation des dispositifs, leurs difficultés et leurs besoins. En effet, dans la mesure où ce sont les professionnels qui constituent les porteurs et donc les moteurs de l'innovation à l'hôpital, un des objectifs a notamment été d'explorer le ressenti des professionnels, tant celui-ci est essentiel à comprendre pour qu'il ne constitue pas un frein au changement. Pour ce faire, une approche qualitative a été favorisée. Tout d'abord, en participant en tant qu'observatrice à des réunions de suivi des différents projets de télémédecine aux côtés notamment de la direction des affaires médicales, de la direction des systèmes d'information ou de la direction des affaires financières, dans le but de récolter un maximum d'informations sur la gestion et l'avancée des projets au CASH de Nanterre et d'identifier les professionnels ressources. Surtout, en réalisant trente-cinq entretiens, dont cinq sous un format libre et trente sous un format semi-directif, avec des acteurs internes à l'établissement ou territoriaux disposant d'une connaissance spécifique en matière de télémédecine, d'une légitimité reconnue à cet égard ou encore d'une responsabilité institutionnelle à l'hôpital (cf ANNEXE II). Pour cela, une grille d'entretien a été élaborée selon des thèmes prédéfinis afin d'analyser les différents projets et, par là même, leur degré d'appropriation par les professionnels de santé ainsi que leur niveau de structuration (cf ANNEXE III). Ainsi, les personnes interviewées ont pu s'exprimer au travers des thèmes évoqués tout en conservant une certaine forme de liberté d'expression. Ces entretiens se sont déroulés sur une durée de trente à soixante minutes selon les échanges et la disponibilité des interlocuteurs. Ils n'ont pas été enregistrés afin de fluidifier les échanges et d'éviter une trop grande retenue dans les propos pour cerner, au plus proche de la réalité, le ressenti des professionnels. Ils ont fait l'objet de prise de notes, systématiquement

retranscrites dans un document centralisant l'ensemble des entretiens. Certaines phrases clés, résumant une idée en quelques mots, ont été retranscrites mot à mot afin de pouvoir utiliser certains verbatims dans le cadre de l'étude réalisée. Un résumé détaillé regroupant les verbatims et informations pertinentes a été réalisé. Le but de ces entretiens a été de croiser les regards à propos de la télémédecine et de son application au CASH de Nanterre. Ils ont permis de recueillir un contenu factuel et d'opinion de la part des interlocuteurs.

Enfin, après avoir recensé les initiatives et identifié le contexte dans lequel celles-ci s'inscrivent dans le cadre de l'audit et des entretiens réalisés, une priorisation des actions à mener ainsi qu'une sélection de services pilotes ont été proposées afin de circonscrire le périmètre de la mission confiée. En effet, en tant qu'élève directrice d'hôpital en stage, il a été nécessaire de limiter le champ d'étude et d'actions afin de réussir à proposer un projet réaliste et réalisable en considérant le temps (huit mois de stage) et les ressources (absence d'équipe projet et de relai pour accompagner le lancement et le suivi de la démarche) à disposition. Puis, un plan d'actions a été établi, au regard des difficultés et leviers identifiés grâce aux entretiens, afin de déployer de manière adaptée des solutions en télémédecine et les modèles organisationnels sur lesquels elles reposent. Ces différentes étapes seront développées tout au long de cette étude.

Des résultats à exploiter

La phase d'entretiens et d'audit a permis de mettre en évidence un certain nombre d'initiatives recensées dans divers services de l'établissement en matière de télémédecine tout en les mettant en perspective avec les difficultés, leviers et propositions énoncés par les divers acteurs interrogés (cf ANNEXE IV). Cette étape a permis de rendre cette mission très concrète et opérationnelle.

De nombreux services (cf ANNEXE IV) du CASH de Nanterre se sont engagés dans des projets de déploiement de solutions de télémédecine. La téléconsultation a été mise en œuvre durant la première et la deuxième vague de l'épidémie afin de maintenir le lien et d'assurer la continuité du suivi avec les patients non Covid. Toutefois, à l'issue des pics de l'épidémie, la quasi-totalité des médecins ont rétabli leurs consultations en présentiel. Certains professionnels ont également recours à la téléexpertise dans leur service comme requérants et comme requis. Cependant, dans la grande majorité des cas, il s'agit d'avis rendus et/ou donnés de manière informelle, par mail ou téléphone.

En effet, qu'il s'agisse de la téléconsultation, de la téléexpertise ou de la télésurveillance, les difficultés principales rencontrées résident dans l'utilisation de canaux informels tels que les téléphones portables ou les mails. Lors de la première vague de l'épidémie en février-mars 2020, le recours à ces moyens a été plus simple, rapide et efficace à un moment où cela était nécessaire et où les assouplissements réglementaires le favorisaient. Après cette première vague, lorsqu'il a été question

de passer par des plateformes officielles de télémédecine telles que la plateforme Ortif²⁸ pour l'Île-de-France, ceci s'est heurté à un manque d'interopérabilité avec le système d'information (SI) local du CASH de Nanterre qui impose des double-saisies et des lenteurs freinant le recours des professionnels à ces outils. Les conséquences préjudiciables qui en découlent sont de plusieurs ordres. Tout d'abord, un manque de confidentialité des échanges dans la mesure où les moyens personnels utilisés par les professionnels pour échanger des informations médicales ne sont pas systématiquement sécurisés. Également, une difficulté de remontée de données, puisque les communications ne peuvent pas toujours être tracées. Or, ce manque de traçabilité empêche le nécessaire suivi du circuit administratif des actes, de la prise de rendez-vous jusqu'à la facturation. Dès lors, il devient difficile de valoriser l'expertise et le temps passé des professionnels sur les solutions numériques. Si cela induit une perte de recettes pour l'hôpital, cela est aussi et surtout préjudiciable pour la valorisation des liens créés et des coopérations interprofessionnelles qui existent entre les acteurs hospitaliers et territoriaux de manière informelle mais ne sont pas formalisées.

La plupart des personnes interrogées considère que l'épidémie de Covid-19 marque une « nouvelle ère » dans laquelle le numérique, et la télémédecine notamment, sera plus central dans la relation de soins. Si cette prise de conscience infuse chez une partie des professionnels médicaux, cela implique in fine une évolution des pratiques sur le long terme. Or, la télémédecine constitue un champ d'application pour l'innovation représentant un espace où l'échec fait partie intégrante d'une démarche de transformation des organisations. Ainsi, les entretiens réalisés au CASH de Nanterre ont permis de mettre en évidence des difficultés (cf 2.1.) et des leviers (cf 2.2.) de plusieurs ordres susceptibles d'impacter l'impulsion et la pérennisation des projets de télémédecine. Ces axes seront présentés et développés dans la partie 2 de cette étude.

Au regard de l'ensemble de ces éléments, une analyse *Strength Weakness Opportunity Threat*²⁹ (SWOT) a été réalisée :

²⁸ Ortif est une plateforme régionale de télémédecine gérée par le GCS Sesan qui assure, en lien avec l'ARS Île-de-France, la maîtrise d'ouvrage des projets de télémédecine de la région. Cette plateforme permet de développer des services numériques performants, interopérables et sécurisés et de mutualiser les échanges numériques entre divers professionnels de santé (libéraux, hospitaliers, médico-sociaux).

²⁹ Forces, faiblesses, opportunités, menaces

<p><u>FORCES</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Projets de télémédecine répondent aux objectifs du PRS • Identification de professionnels de santé volontaires susceptibles d'être porteurs • Outils en place (plateforme Ortif) • Infrastructure réseau satisfaisante (débit, connexion) 	<p><u>FAIBLESSES</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Initiatives éparpillées et « personnes dépendantes » • Manque de structuration dans la conduite de projets • Manque de référents pour pérenniser les usages • Absence d'interopérabilité entre outils et SI local
<p><u>OPPORTUNITÉS</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Assouplissement cadre réglementaire (état d'urgence sanitaire) • Établissement support GHT pro-actif en matière de télémédecine • Expertise du GCS Sesan (accompagnement, documents supports, formations...) 	<p><u>MENACES</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Absence de temps dédié pour les professionnels de santé • Obstacles au changement • Patientèle précaire et/ou pas toujours connectée

Des limites à considérer

Tout d'abord, il s'agit de souligner que les résultats de cette enquête sont le reflet d'une réalité limitée car relative aux professionnels et à l'établissement de stage concernés. De plus, la non représentation de la totalité des services et des pôles de l'établissement invite à la prudence dans l'interprétation des résultats. L'étude ayant été plus approfondie dans le pôle de médecine au vu d'un nombre de personnes interviewées plus conséquent et d'un temps passé avec le chef de pôle plus important. Par ailleurs, l'absence de représentation des patients dans le panel d'acteurs interrogés tout comme le peu d'entretiens réalisés avec des membres du corps paramédical permettent d'obtenir principalement la vision du corps médical de l'établissement dans le cadre de cette analyse. Enfin, notre position d'élève en tout début de stage (1 mois sur 8) au sein de l'établissement constitue également un élément susceptible d'avoir biaisé d'une certaine façon les résultats obtenus. Ceci en raison de notre statut de stagiaire d'une part et de notre rattachement à l'équipe de direction d'autre part qui ont pu parfois jouer sur le positionnement des acteurs.

La télémédecine a un grand potentiel pour augmenter la pertinence des parcours et améliorer la qualité des soins. Toutefois, leur introduction influence grandement les dynamiques professionnelles et organisationnelles. Dès lors, le succès de leur implantation dépend d'une analyse détaillée du contexte local dans lequel les dispositifs de télémédecine s'inscrivent.

2 LA PÉRENNISATION DES USAGES EN TÉLÉMÉDECINE, CONDITIONNÉE PAR LE DÉPLOIEMENT D'UNE STRATÉGIE MULTIDIMENSIONNELLE AU CASH DE NANTERRE

Les outils technologiques ne peuvent précéder la stratégie organisationnelle. Le passage de la conception à l'usage est en effet constitué d'opérations « par lesquelles se transforme la distribution du récit, c'est-à-dire par lesquelles l'on passe d'un scénario porté et énoncé par un nombre restreint d'acteurs – les concepteurs entre autres – à un scénario approprié, au moins par fragments, par un ensemble toujours plus vaste d'entités »³⁰. Or, dans un secteur d'activité tel que le secteur public, fortement institutionnalisé, la réussite de la mise en place effective de changements organisationnels constitue un véritable défi. À cet égard, le caractère novateur de la télémédecine fait que l'efficacité des dispositifs liés dépend de la capacité de l'hôpital à repenser ses organisations. C'est pour cela qu'en parallèle de l'implémentation des outils, de tels projets impliquent une analyse précise des freins, qu'il s'agit d'avoir en tête pour anticiper la réalisation de risques susceptibles de mener à leur échec ou à leur abandon (2.1.). De cette analyse découle un travail d'identification des leviers susceptibles d'être actionnés pour favoriser au mieux le déploiement pérenne des projets à l'aide de réponses adaptées (2.2.). Ces deux orientations s'inscrivent nécessairement dans le contexte local de mise en œuvre des projets, les axes dégagés s'appuient sur une analyse pragmatique basée sur le contenu des entretiens réalisés avec les divers professionnels du CASH de Nanterre.

2.1 DES FREINS À LEVER POUR PERMETTRE LE DÉPLOIEMENT D'UNE POLITIQUE DE TÉLÉMÉDECINE INSTITUTIONNELLE, PORTÉE A L'ÉCHELLE DE L'ÉTABLISSEMENT

Afin de tenter d'objectiver les obstacles remontés, les acteurs hospitaliers interrogés ont été invités à évoquer les difficultés ressenties vis-à-vis des projets de télémédecine au CASH de Nanterre, et de les prioriser. Des grandes tendances peuvent de ce fait être dégagées et structurées dans deux grandes catégories. En effet, si des obstacles de fond sont à considérer (2.1.1.) ceux sur la forme, c'est-à-dire sur la façon de mener les projets de télémédecine, peuvent aussi impacter leur réussite (2.1.2.).

³⁰ M. AKRICH, « Les objets techniques et leurs utilisateurs, de la conception à l'action », *Sociologie de la traduction : textes fondateurs*, Paris, Presses des Mines, pp. 179-199, 2006

2.1.1 Des obstacles de fond inhérents aux projets de télémédecine portés par l'établissement

2.1.1.1 Les difficultés d'ordre clinique et technique

Des difficultés cliniques source d'inquiétudes

Certains médecins interrogés émettent des réserves quant aux changements apportés par la mise en œuvre des solutions de télémédecine. Ils craignent que ces dernières participent à une certaine déshumanisation de la médecine en isolant les patients chez eux. En ce sens, certains professionnels expriment une crainte de ne « *pas pouvoir bien faire le travail à distance* » (Dr R., gastro entérologue). Ceci est renforcé par d'autres questionnements tels que celui sur la responsabilité médicale, qui peuvent être sources d'inquiétudes et donc freiner les usages en matière de télémédecine.

De plus, si le premier Observatoire de l'accès au numérique en santé³¹ témoigne de l'engouement de l'usage du numérique en santé, pour une partie des Français interrogés, difficultés d'accès aux soins et au numérique s'additionnent. Ces inégalités dans l'accès au numérique doivent être prises en compte dans le contexte du CASH de Nanterre tant au niveau des professionnels de santé externes à l'hôpital (avec qui ce dernier peut coopérer via la télémédecine), que de la patientèle prise en charge. En effet, un grand nombre de médecins interrogés alerte sur la forte précarité de la patientèle accueillie à Nanterre qui se répercute sur le niveau d'équipements et d'usages numériques : « *Vous avez vu les patients de Nanterre ? C'est spécial ici, ils sont vraiment précaires. La plupart ne sont pas connectés soit parce qu'ils n'ont pas d'ordinateur soit parce qu'ils ne sont pas à l'aise avec l'informatique. Donc vous voyez, la télémédecine c'est pas possible dans ces conditions* » (Dr L., chef de pôle). Sur ce point en effet, si la télémédecine entend simplifier la prise en charge des personnes avec des besoins particuliers, en évitant les déplacements et en assurant un meilleur suivi des soins, il est nécessaire que les patients eux-mêmes puissent s'approprier ces technologies et s'en servir de manière optimale. Il reste à noter que si certaines grandes tendances ont pu être identifiées, une enquête structurée auprès de la patientèle pour évaluer le niveau d'équipements et/ou d'usage des TIC n'a pas pu être menée, ce qui constitue une des limites de cette étude comme évoqué précédemment (cf. 1.2.2.2.).

Ces éléments rappellent que les solutions de télémédecine sont complémentaires au présentiel et ne peuvent avoir vocation à s'y substituer. Sous cet angle, il s'agit de penser l'intégration de la télémédecine dans les prises en charge des patients de manière à ce qu'elle puisse apporter toute sa plus-value.

³¹ Fondation ROCHE (réalisé par Harris Interactive pour le compte de la Fondation Roche, en partenariat avec la Croix-Rouge française et Wetechcare), Rapport de l'Observatoire de l'accès au numérique en santé, 2021

Des difficultés techniques freinant les usages

Concernant les aspects techniques d'une part, il ressort du discours des interviewés une difficulté majeure concernant la qualité de la connexion internet. À ce sujet en effet, pratiquer la télémédecine nécessite de pouvoir travailler avec une image et le cas échéant un son de qualité, tous deux permis par un réseau haut débit. L'offre doit être facilitante, permettre l'exercice du métier à distance sans interruption, avec la rapidité nécessaire. Or, certains professionnels font part d'un « *réseau internet défaillant en l'absence de bornes wifi dans tous les services de l'hôpital* » (Mme K., sage-femme) et de « *coupures parfois qui mettent à mal l'organisation des services* » (Mme D., cadre). De plus, les cyberattaques ne constituent plus aujourd'hui un risque conjoncturel mais sont devenues systémiques. Dans ce contexte, tout nouveau produit ou service numérique constitue une cible potentielle de cyber malveillances³². Le nombre de violation de données notifiées à la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) a progressé de 24% en 2020 par rapport à 2019³³. Le secteur de la santé et de l'action sociale est « celui pour lequel le nombre de notifications a le plus progressé par rapport à 2019 (+83%) »³⁴. Dès lors, des réticences sont exprimées en ce sens de la part des professionnels « *C'est bien de vouloir développer des projets de télémédecine mais plus on développe le numérique et plus on prend des risques. Ce qu'il faut d'abord regarder c'est si nous, à l'hôpital, on est ou non en capacité de sécuriser les processus. Avec toutes les attaques par rançongiciels dont on entend parler, je pense qu'au CASH il y a encore beaucoup de moyens à mettre en œuvre* » (Dr R., PCME).

D'autre part, l'absence d'interopérabilité entre les outils de télémédecine déployés (plateforme Ortif pour les téléconsultations et téléexpertises, et logiciels dédiés pour la télésurveillance) et le SI local du CASH de Nanterre constitue la difficulté centrale unanimement reconnue par les professionnels interrogés. Il existe en effet un cloisonnement entre le dossier patient de l'hôpital et celui alimenté via les outils de télémédecine car les outils de télémédecine ne sont pas interfacés avec le SI de l'hôpital. Cela a pour conséquence de rendre les actes de télémédecine très chronophages pour les professionnels. À titre d'illustration, un médecin qui souhaite réaliser une téléconsultation en passant par la plateforme Ortif, pour un patient déjà connu de l'hôpital, doit doublement saisir le rendez-vous et le compte-rendu pour que les informations se retrouvent sur les deux outils. Ce manque d'interaction a pour effet de décourager les professionnels : « *Sur le pôle, les médecins sont très volontaires mais le SI ne suit pas. Il n'y a pas d'interopérabilité, il faut retraiter toutes les données c'est trop de temps perdu* » (Dr L., chef pôle).

Au-delà du fait que ces éléments constituent des freins au développement des usages en matière de télémédecine, cela a pour conséquence, comme évoqué précédemment (cf 1.2.2.2.), que les

³² Délégation ministérielle aux industries de sécurité et à la lutte contre les cyber menaces, « État de la menace lié au numérique en 2017 », 2017

³³ CNIL, Rapport d'activité 2020

³⁴ Ibid

professionnels passent par des canaux informels lorsqu'ils souhaitent ou doivent pratiquer des soins à distance. Ces derniers ne peuvent permettre une sécurisation suffisante des données de santé à l'heure où la problématique de la sécurité des services est fondamentale. La télémédecine fait appel à des échanges, du stockage et du transfert de données, entre le patient et le professionnel de santé, et entre professionnels de santé entre eux. Il est primordial, dans le cadre du respect du secret professionnel, du respect de la vie privée et de la dignité des patients, que ces informations à caractère médical et personnel soient protégées. Comme le soulignait la Cour des comptes dans un rapport de 2017³⁵, la mise en place d'un dossier médical électronique du patient commun à l'ensemble des acteurs du système constitue un facteur clé de succès dans la mise en place de la télémédecine. Il est dès lors déterminant de sécuriser les traitements de données sensibles à travers l'utilisation d'outils adaptés par les professionnels de santé.

Au-delà de ces difficultés techniques et technologiques, celles relatives aux ressources humaines (RH) et aux organisations sont également prégnantes.

2.1.1.2 Les difficultés d'ordre RH et organisationnel

Des difficultés de ressources humaines limitant la mobilisation des professionnels

Les difficultés relatives au manque de ressources médicales et paramédicales sont souvent citées par les professionnels interrogés. En effet, de manière générale, les professionnels manquent de disponibilité pour la réalisation d'actes de télémédecine, en raison de l'absence de temps dédié à ces tâches dans leur quotidien, du taux élevé de rotation des personnels ainsi que du manque d'effectifs dans certains services particulièrement en tension tels que la psychiatrie ou la gériatrie.

Dans ce contexte, le temps d'appropriation des outils puis la mise en place des pratiques liées à la télémédecine n'est pas négligeable et la mobilisation nécessaire des professionnels est relativement importante. Or, selon un professionnel interrogé « *même s'il y a beaucoup d'opportunités à faire de la télémédecine au CASH, on n'en est pas capable avec les moyens humains actuels. Il n'y pas suffisamment de médecins dans les services, entre les postes vacants et les praticiens qui partent à la retraite... Mine de rien ça prend beaucoup de temps aux médecins et la priorité c'est déjà tous les patients à se répartir* » (Dr S., diabétologue).

Des difficultés organisationnelles empêchant le cadrage de circuits patients

L'utilisation de la télémédecine impose une adaptation des organisations de soins en place qui impacte les pratiques professionnelles de par la nécessité d'acquisition de compétences nouvelles, la

³⁵ Cour des comptes, « Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale » Chapitre VII La télémédecine : une stratégie cohérente à mettre en œuvre, 2017

transformation des organisations professionnelles et le changement des rapports entre les acteurs. Il a pu ressortir des entretiens réalisés que, faute de cadrage organisationnel clair, les solutions de télémédecine peinent à s'intégrer et à s'articuler avec les prises en charge existantes. Le risque est de donner le sentiment de voir émerger des solutions de télémédecine fondée sur des prises en charge ponctuelles, sans notion de parcours de soins et de suivi, alors même qu'il ne s'agit pas d'un acte isolé mais bien d'une solution globale de parcours dont l'objectif est d'éviter les ruptures.

Dès lors, quel que soit le volet de télémédecine étudié, la mise en place de circuits patients spécifiques s'avère nécessaire. Or, au CASH de Nanterre, en matière de télémédecine, seule l'activité de télésurveillance en cardiologie réalisée depuis 2019 est facturée grâce à un rattrape de facturation ayant eu lieu en avril 2021. Les autres activités initiées courant 2020, de téléconsultations notamment, n'ont pas engendré de valorisation financière pour l'établissement. En effet, il ressort des entretiens réalisés que *« les services concernés par la téléconsultation par exemple ne font aucun retour sur leur activité au bureau des entrées, ils ne tracent pas leurs téléconsultations, donc on ne peut pas les facturer »* (Mme M., responsable BDE). Par ailleurs, *« même quand ils utilisent Ortif, il faudrait qu'on puisse vérifier pour qu'ils remplissent correctement toutes les données patients nécessaires à la facturation de l'acte. Mais en même temps, il faut pas que ça soit trop lourd à remplir pour le médecin non plus. Donc il faut vraiment qu'on se pose pour revoir le circuit dans sa globalité, qui fait quoi quand comment »* (Mme M., responsable BDE). Enfin, sur l'intégration des actes de télémédecine dans les organisations des professionnels, *« il faut des plages de téléconsultations dédiées mais sans non plus enlever aux médecins leur liberté de gestion de planning, il faut structurer les choses pour l'inscrire dans l'organisation du service »* (Dr C., chef service). C'est donc tout un parcours administratif qu'il s'agit de fiabiliser en matière de télémédecine.

Ces constats amènent à considérer la nécessité de comprendre finement l'évolution des pratiques de santé dès lors que des technologies y sont incorporées. Une fois bien identifiées, les transformations qui en découlent doivent par ailleurs être accompagnées au plus près du terrain, à l'aide d'outils adaptés pour éviter les risques de défaillance dans le déploiement des projets.

2.1.2 Des obstacles de forme inhérents aux projets de télémédecine portés par l'établissement

2.1.2.1 Les difficultés relatives à l'ingénierie de projet

Un manque de méthode préjudiciable au déploiement structuré des projets

Un projet peut se définir comme une suite ordonnée d'activités réalisées pour atteindre un résultat précis à une date donnée. Il s'agit d'une opération complexe qui combine de nombreuses actions et mobilise plusieurs acteurs qui n'ont pas forcément l'habitude de travailler ensemble. Cette opération

présente également un niveau important d'incertitude. Dès lors, la conduite de projet constitue un démarche méthodique efficace dont le but est de structurer et d'assurer le bon développement des projets.

Au CASH de Nanterre, les entretiens réalisés ont mis en évidence le manque d'une véritable culture de projet en matière de télémédecine et donc d'une gestion de projet corrélative, « recouvrant une appropriation collective des tenants et des aboutissants des projets et une anticipation des processus organisationnels et techniques qui les sous-tendent »³⁶. Ces lacunes emportent des conséquences dommageables sur le déploiement efficace des projets de télémédecine sur l'établissement. Comme le soulignait un professionnel interrogé, « *le problème ici, c'est qu'il y a pas de stratégie d'établissement claire, ça va un peu dans tous les sens et au final ça n'avance pas. Il faudrait pouvoir décider collectivement d'un cap et savoir comment on y va* » (M. C., responsable projets informatiques). Dès lors, les difficultés soulevées ici sont celles du manque d'analyse précise des besoins, des enjeux, des moyens et des risques, bien que préalablement nécessaire à la mise en œuvre effective des projets, du manque de plans d'actions concrets déclinant une stratégie définie à un niveau institutionnel, et du manque de suivi et d'évaluation des projets initiés de façon renforcée et régulière.

Un manque de pilotage impactant le portage des projets

Il ne suffit pas de poser l'outil pour créer le besoin. Cette attitude (souvent qualifiée de « technopush ») implique le fait de postuler a priori que la technologie répond à un besoin réel, sans envisager les usages concrets et les difficultés pratiques susceptibles de survenir. À cet égard, il ressort des entretiens réalisés que l'intégration de solutions techniques dans le quotidien des professionnels de santé se heurte à des difficultés majeures dès lors qu'ils n'ont pas été consultés ni convaincus. C'est dans ce cadre que l'insuffisance de pilotage, notamment liée à l'absence de porteurs médicaux identifiés et au flou autour des responsabilités et implications des divers référents administratifs (finances, informatiques, affaires médicales, RH...) dans le déploiement des projets de télémédecine, représente aux yeux de certains professionnels interrogés un fort point de blocage.

En effet, le manque d'acteurs relais au niveau local pour accompagner le déploiement des solutions de télémédecine au plus près du terrain constitue un véritable frein pour l'engagement des acteurs. Ainsi que le souligne un professionnel interrogé, « *au final, il y a pas vraiment de personnes repères pour les projets de télémédecine, c'est un peu dilué partout vu que ça touche un peu à tous les domaines, c'est très transversal en fait. Mais du coup, j'ai l'impression qu'il y a pas vraiment de gens identifiés pour faire avancer les choses ou quelqu'un qui centralise les informations. Il faudrait même un comité de suivi* » (Dr L., chef pôle).

³⁶ A. DAVID, F. MIDY, J-C. MOISDON, « Les TIC restructurent-elles ? Péripéties de deux réseaux de télémédecine en périnatalité », Revue française des affaires sociales 2003/3, pp. 79-94

Si le manque de recours aux techniques de gestion de projet est considéré comme un frein pour le déploiement pérenne des projets de télémédecine à l'hôpital, les difficultés à ce sujet résident également dans l'accompagnement du changement qu'ils impliquent dans les organisations hospitalières.

2.1.2.2 *Les difficultés relatives au management du changement*

Un manque de vision stratégique et d'intégration des professionnels

Il ressort des interviews que les solutions de télémédecine n'ont pas été inscrites dans le cadre d'une véritable stratégie médicale, travaillée en amont avec les professionnels médicaux. Dans ces conditions, les professionnels interrogés, bien que n'étant pas contre la télémédecine, ne manifestent pas de motivation particulière et ne se sont pas appropriés les projets. En effet, pour favoriser l'engagement des professionnels dans le cadre de téléconsultation, de télésurveillance ou de téléexpertise, il s'agit de partager l'objectif d'un parcours de soins coordonné et cohérent permettant un travail en réseau efficace et sûr. Pour cela, il est nécessaire de « *clarifier, au sein de l'établissement, ce que les uns et les autres attendent de la télémédecine* » (Mme O., cadre en charge du développement des téléconsultations FOCH). « *Les professionnels médicaux doivent être aidés à définir leur parcours de soins en y intégrant la télémédecine* » (M. G., directeur des projets, du contrôle de gestion et de l'information médicale FOCH).

En effet, l'acceptation d'un changement passe par la communication et la participation de tous les acteurs concernés à la construction, au déploiement et à l'évaluation du projet. Ce type de démarche n'ayant pas pu être véritablement déployée au CASH de Nanterre, il ressort des entretiens réalisés que les professionnels sont globalement peu convaincus des bénéfices de la télémédecine ou n'arrivent pas à se projeter sur sa concrétisation à l'hôpital, ce qui affaiblit considérablement leur adhésion aux projets afférents.

Un faible accompagnement dans l'appropriation des outils impactant la motivation des professionnels

La pratique des prises en charge à distance modifie les compétences classiquement mises en œuvre dans le quotidien des professionnels de santé. Ces nouvelles pratiques influent sur les compétences initiales des diverses catégories de professionnels. Celles-ci s'inscrivent dans le champ de l'informatique (usage des TIC), des pratiques gestuelles, de l'organisation, ainsi que des nouvelles conditions de communication. Ces changements doivent être accompagnés. Au CASH de Nanterre, les entretiens réalisés mettent en exergue un manque d'implication de la part de certains professionnels due à un défaut de travail collectif sur l'appropriation des outils de télémédecine dans l'établissement. En effet, si pour la direction et autres acteurs éloignés de l'utilisation courante de l'outil, l'essentiel

réside dans le projet en tant que tel plutôt que dans l'outil qui en constitue le moyen, pour les acteurs du terrain, sa facilité d'utilisation et son ergonomie sont majeures. Avant d'en arriver à la pratique de la télémedecine, une interaction avec la machine s'impose. Or, une des difficultés principales rencontrées réside dans le fait qu'« on postule a priori que la technologie répond à un besoin réel, sans envisager ni les usages concrets potentiels ni les difficultés pratiques qui pourraient survenir en situation. L'ensemble est laissé à la discrétion des professionnels de santé, qui généralement n'ont pas été consultés ou même parfois découvrent un dispositif technique à son arrivée »³⁷. Ainsi que le soulignait un des professionnels interrogés, « *il faut un véritable accompagnement au long cours des professionnels pour les aider. L'objectif c'est de les autonomiser sur le terrain* » (Mme K., chef projet territorial e-parcours). Pour cela, « *il faut faire avec eux, pas à pas, et les aider, dès le départ, à surmonter les premières difficultés pour éviter les découragements* » (Mme R., DAF CHA).

Or, la démarche déployée au CASH de Nanterre n'est pas suffisamment participative aux yeux des acteurs interviewés « *moi je suis partant pour utiliser Ortif mais on nous a pas vraiment expliqué. Enfin si, une fois y'a quelqu'un de l'informatique qui est venu installer une caméra et qui m'a montré le fonctionnement d'Ortif mais c'était pas une vraie formation* » (Dr K., chef service). Dès lors, les professionnels finissent par considérer que la plus-value des solutions de télémedecine est en deçà du temps perdu pour se les approprier. En effet, s'agissant des téléconsultations, les médecins demandeurs ont été formés progressivement, au compte-goutte et de manière éparse. Si un recensement des caméras installées a été réalisé par le service informatique, en revanche, il n'y a pas eu de suivi quant à l'utilisation effective de celles-ci par les médecins demandeurs. Ce type de formation et de communication éparse et ponctuelles, au cas par cas, représentent des freins à l'appropriation effective des solutions de télémedecine par les professionnels concernés. D'ailleurs, dans le cadre de notre audit, nous avons pu nous rendre compte qu'aucun des médecins qui avaient sollicité l'installation de caméra et d'Ortif pour réaliser des téléconsultations ne les avaient finalement utilisés. Si, dès le départ, les acteurs ne s'approprient pas la solution et ne sont pas convaincus par la plus-value de celle-ci, leurs réticences existeront quel que soit l'outil et l'importance et/ou la fréquence de ses défaillances. Dès lors, en tant que principaux utilisateurs, les médecins ont besoin d'un accompagnement de proximité, sur le long cours dans l'utilisation des solutions techniques mises en place dans le cadre de la télémedecine. Ceci pour éviter des usages créés puis récusés par les professionnels dû au fait que les technologies concernées demandent, aux yeux des praticiens, un soin trop important, au détriment de celui à accorder aux patients³⁸.

³⁷ G. GERRALD, « Échec et « potentialités collatérales » d'une expérimentation en télémedecine d'urgence. Réseaux, 207/1, pp. 165-195, 2018

³⁸ C. SICOTTE, P. LEHOUX, « Rejected and emerging uses », *Methods inf Med*, n° 3, pp. 451-457, 2003

Afin de surpasser les freins mis en évidence par les acteurs interrogés au CASH de Nanterre, certaines pistes d'amélioration peuvent être envisagées pour favoriser la pérennisation des projets de télémédecine à l'échelle de l'établissement.

2.2 DES LEVIERS À ACTIONNER POUR ACCOMPAGNER L'APPROPRIATION DURABLE PAR LES PROFESSIONNELS D'OUTILS DE TÉLÉMÉDECINE PORTEURS DE DYNAMIQUES ORGANISATIONNELLES NOUVELLES

Au regard des besoins, attentes et propositions exprimés par les acteurs interrogés, confrontés aux recommandations de bonnes pratiques extraites de la littérature étudiée, plusieurs préconisations se dégagent pour favoriser une transformation culturelle et organisationnelle adaptée au contexte local du CASH de Nanterre (2.2.1.). De la même façon que pour les freins, la méthodologie employée a été celle d'inviter les professionnels à lister les leviers d'amélioration possibles puis de les prioriser. Afin de les mettre en application, celles-ci ont pu être déclinées à l'échelle d'un projet de téléconsultations déployé entre deux services de l'établissement (2.2.2.), ce qui a permis de confronter la théorie à la pratique et d'en tirer les enseignements nécessaires.

2.2.1 Des étapes clés de succès identifiées pour une transformation adaptée aux configurations sociales et organisationnelles de l'établissement

2.2.1.1 Sur le fond : la co-construction des solutions technico-organisationnelles dans le cadre d'un plan d'actions structuré

Une indispensable co-construction du plan d'actions

L'acceptation d'un changement passe d'abord par la communication et la participation de tous les acteurs concernés à la construction, au déploiement et à l'évaluation des projets en matière de télémédecine. Au regard de l'audit réalisé et de ses conclusions (cf 1.2.2.2.), inscrire le déploiement de la télémédecine au CASH de Nanterre dans le cadre d'un plan d'actions structuré apparaît primordial pour l'intégrer dans une véritable politique institutionnelle. Ce plan d'actions doit être adapté aux configurations sociales et organisationnelles de l'établissement tout en ciblant les axes stratégiques à déployer en faveur d'une appropriation des outils et d'une pérennisation des usages par les professionnels.

Dans ce cadre, il s'agit tout d'abord d'identifier les services pilotes avec lesquels un travail sur la télémédecine sera mené en priorité, avant d'étendre les modèles organisationnels co-construits avec les professionnels initialement ciblés. En effet, si chaque médecin peut être amené à pratiquer des activités de médecine à distance, il ne suffit pas d'installer les équipements, mais aussi et surtout de

former et d'accompagner les professionnels. Ceci implique du temps et de l'énergie de la part des porteurs de projets qui ne peuvent réaliser cet accompagnement pour tous les services en simultané. Il apparaît dès lors nécessaire de prioriser certains services pertinents au regard de la stratégie d'établissement, et volontaires pour s'engager dans une telle démarche, afin de la rendre efficace. Dans cette optique, un des chefs de pôle avec qui nous avons travaillé sur la construction du plan d'actions en matière de télémédecine au CASH de Nanterre affirmait qu'« *il vaut mieux commencer par un nombre restreint de services, deux ou trois maximum. On essaye de structurer quelque chose et si ça fonctionne, on ira le proposer aux autres services avec un exemple de service dans lequel ça marche bien. Ça sera plus simple pour convaincre aussi* » (Dr L., chef pôle). Ainsi, en lien avec les différents chefs de pôle et les objectifs de chaque service, deux à trois services pilotes par axe (téléconsultation, téléexpertise, télésurveillance) ont été sélectionnés (cf ANNEXE V).

Une fois ces services pilotes identifiés, la notion de co-construction avec les professionnels concernés est primordiale pour élaborer un plan d'actions en matière de télémédecine. Il s'agit en effet de la seule possibilité pour permettre d'atteindre les résultats souhaités en ce qu'elle permet de partager le but et la façon d'y arriver. En effet, pour que les professionnels de santé s'approprient les outils et dispositifs en matière de télémédecine, un des enjeux réside dans la nécessité pour les projets de ne pas être « personne dépendante ». Or, si leur impulsion est souvent portée par un petit nombre, il s'agit une fois cette étape passée, de favoriser la concertation sur la façon d'élaborer le projet dans le but qu'il devienne intégratif et coordonné. Pour cela, il existe un véritable besoin de créer du sens autour de l'organisation de ces dispositifs en se demandant collectivement pourquoi et comment intégrer la télémédecine à la prise en charge et au parcours des patients. L'objectif est donc de penser ensemble pour structurer un exercice coordonné, formalisé par les outils numériques. Cela rejoint la nécessité pour la télémédecine de faire sens auprès des professionnels. À cet égard, un professionnel insistait sur la nécessité de « *bâtir la conviction des professionnels sur l'intérêt des dispositifs de télémédecine pour l'hôpital, sinon ça ne pourra pas marcher* » (Mme L., DG).

Dès la phase de cadrage, cette co-construction permet d'assurer la déclinaison d'une approche axée sur les parcours de soins. « *Il faut regarder, avec les médecins des services pilotes, à quel moment du parcours patient il paraît opportun de faire de la télémédecine ; puis, structurer une démarche pour savoir quels moyens sont nécessaires pour le faire* » (Mme O., cadre en charge du développement des téléconsultations FOCH). En effet, la télémédecine est avant tout un « *dispositif de coordination innovant* » (M. K., responsable projets CHA), c'est-à-dire un outil au service d'une amélioration des parcours et des coordinations interprofessionnelles. En ce sens, la télémédecine vient en appui de l'organisation du projet médical. De ce constat découle la nécessité de définir avec les professionnels, dès la genèse du projet, les objectifs médicaux pour les patients qui structureront par la suite les aspects organisationnels, juridiques, RH, financiers et technologiques. En effet, malgré l'évidence de ses apports, la télémédecine ne peut être une solution majeure que si elle répond à un besoin et à un objectif de soin. Ce dernier est déterminant sur plusieurs points : l'évaluation de l'éligibilité du patient, l'organisation de l'acte de télémédecine, le parcours personnalisé et le choix du bon outil.

Dès lors, pour faire de la télémédecine un axe stratégique de l'établissement, il faut que ce sujet bénéficie d'une certaine reconnaissance et puisse apparaître dans les discussions annuelles entre les médecins et l'administration. À ce titre, comme évoqué précédemment (cf 1.2.1.2.), le PMC du CASH de Nanterre et de l'EPS Roger Prévôt intègre un axe dédié sur « les outils numériques au service de la médecine », avec pour objectif affiché de « pérenniser les outils du virage numérique ». C'est donc en partant de cette base que doivent être déclinés les objectifs du plan d'actions relatif aux projets de télémédecine afin que ces derniers appartiennent pleinement au projet médical. Ceci afin de favoriser l'engouement collectif des équipes qui perçoivent dès lors le sens des solutions proposées : « *C'est sûr que si dès le départ on est tous au clair sur ce qu'on attend de la télémédecine, comment on veut prendre en charge les patients, pourquoi on veut utiliser le numérique, ça serait déjà un bon début pour que les gens se sentent concernés* » (Dr G., cardiologue). Comme l'expliquait un professionnel interrogé, « *il faut leur poser la question de l'objectif du développement de la télémédecine, quel est l'intérêt pour eux, pour que chacun y réfléchisse et prenne conscience de l'enjeu derrière* » (Mme R. DAF CHA). En mettant en avant des bénéfices tels que l'amélioration de la qualité des soins, il s'agit donc de légitimer les projets de télémédecine au regard de valeurs près de celles de la médecine et du service public.

Un cadrage essentiel des organisations impactées en amont de leur mise en œuvre

Une des difficultés majeures identifiées au CASH de Nanterre réside dans le fait que les solutions de télémédecine sont pensées comme des dispositifs venant s'ajouter à des pratiques existantes. Autrement dit, en elles-mêmes, ces solutions ne sont pas porteuses de nouveaux modes de coordination. Or, les outils de télémédecine constituent de réelles opportunités de coordination au service de la collaboration médicale. Mais pour avoir un résultat qui soit adapté à ces outils à disposition, il apparaît nécessaire de penser en amont leur intégration dans les pratiques de manière à transformer ces dernières plutôt que d'ajouter des éléments supplémentaires. En ce sens, il s'agit de penser les solutions de télémédecine différemment en ne les réduisant pas à une digitalisation de pratiques ordinaires mais en les considérant comme porteuses de nouveaux modes de coordination et de collaboration venant transformer puis remplacer les pratiques anciennes. Pour ce faire, après avoir décrit le besoin, la situation qu'il s'agit d'améliorer à travers la mise en place d'une solution nouvelle, structurée par la télémédecine, il s'agit de revoir les organisations existantes en lien avec les professionnels concernés.

En premier lieu, au niveau médical, la télémédecine ne constitue pas une innovation thérapeutique mais bien une innovation organisationnelle. Un projet de télémédecine repose sur une nouvelle organisation des soins et des pratiques professionnelles. En deuxième lieu, au niveau administratif, ces activités de télémédecine doivent être encadrées. Tout d'abord, il s'agit de garantir l'authentification de l'identité des professionnels de santé intervenant dans l'acte, l'identification du patient, l'accès des

professionnels de santé aux données médicales du patient nécessaires à la réalisation de l'acte³⁹ ainsi que le recueil du consentement exprès du patient pour la déposition des données de santé à caractère personnel auprès d'un hébergeur agréé⁴⁰. De plus, ces activités doivent être suivies et facturées. La télémédecine s'exerce sous des formes très différentes et les financements sont divers selon qu'il s'agisse de téléconsultations, de téléexpertises ou de télésurveillance. Dès lors, pour se pérenniser, les organisations doivent s'appuyer sur un modèle financier construit et adapté, tant pour l'investissement que pour le fonctionnement (activités médicales et organisationnelles). Cela nécessite une traçabilité pour permettre in fine une meilleure facturation des activités. À cet égard, l'accès à des données de la plateforme Ortif, si les médecins y avaient systématiquement recours pour leurs téléconsultations et leurs téléexpertises, pourrait permettre de faciliter le rattrapage de certaines activités aujourd'hui difficiles à récupérer. Dans l'attente, un tableau dédié au recensement des téléconsultations a été constitué par le bureau des entrées (BDE) et envoyé dans les services pour permettre une comptabilisation de l'activité et procéder à la saisie et la facturation. En troisième lieu, au niveau technique, déployer la télémédecine au CASH de Nanterre implique de prévoir un plan de continuité pour préserver la sécurité du SI local. Que ce soit lors d'une panne, d'un dysfonctionnement technique ou d'une attaque par intervention humaine, une procédure dégradée doit avoir été définie en amont, de manière à poursuivre le temps de l'incident la réalisation du plan de soins des patients. Il s'agit de poursuivre l'activité avec le minimum de perte de données.

Pour l'ensemble de ces éléments, un modèle doit être défini dès le cadrage du projet. Ces impacts, qu'ils soient médicaux ou administratifs, doivent être cadrés officiellement pour être clairs aux yeux des professionnels. Ainsi, les rôles et responsabilités de chacun des acteurs de cette nouvelle organisation doivent être écrits et donner lieu à des protocoles et conduites à tenir ou logigrammes. Il s'agit dans ce cadre de constituer des groupes de travail avec les personnes ressources afin de déterminer collectivement d'une part, les besoins du service pilote en matière de télémédecine, c'est-à-dire les raisons pour lesquelles la télémédecine constituerait une plus-value dans le parcours patient ; et d'autre part, comment atteindre les résultats souhaités en fonction des configurations organisationnelles et sociales propres au service. À titre d'exemple, un des objectifs a été d'entamer ce travail avec les services pilotes pour l'axe relatif à la téléconsultation (cf ANNEXE VI) afin de définir une politique de téléconsultation (pour quels patients, qui décide et comment, quel suivi, quelle traçabilité...), de réfléchir à l'organisation du service (plages dédiées ou non) et d'organiser la chaîne médico-administrative sur les logiciels locaux et sur Ortif (prise de rendez-vous, consultation, facturation) ainsi que le circuit financier afin de transformer une activité de télémédecine sauvage en actes codés et facturables.

³⁹ Article R.6316-9 CSP

⁴⁰ Article L.1111-8 CSP

Malgré tous ces éléments, il s'agit de préciser que l'élément technique reste fondamental. Les utilisateurs d'une solution de télémédecine n'y adhéreront pas si la technique est défailante et l'utilisation chaotique⁴¹.

L'ensemble de ces étapes a permis de proposer au CASH de Nanterre les grands axes d'un plan d'actions pour répondre aux difficultés identifiées dans le cadre de l'audit réalisé. Après validation de ce plan d'actions en instances (comité de direction, directoire, commission médicale d'établissement), la concrétisation des axes de travail a été réalisée en concertation avec les professionnels des services pilotes concernés. En effet, l'objectif a été de co-construire la structuration de la démarche avec les professionnels directement concernés afin d'éviter d'implanter sur le terrain un projet déconnecté des réalités, qui se superposerait aux organisations existantes sans s'y intégrer pleinement. Ceci rejoint la nécessité d'actionner un certain nombre de leviers en matière de conduite de projets.

2.2.1.2 Sur la forme : la déclinaison opérationnelle des axes identifiés dans le cadre d'une démarche cohérente et suivie

Une gestion de projet rigoureuse pour renforcer la méthode et le portage des projets de télémédecine

Il ne s'agit pas ici d'épouser les préceptes des multiples ouvrages sur la gestion de projet, qui ne s'appliquent d'ailleurs pas de façon incontestable à tous les contextes, mais d'adopter quelques principes basique⁴². En effet, une fois le plan d'actions co-construit avec les acteurs concernés, il s'agit de déployer la méthodologie pour le rendre effectif. Dans ce cadre, plusieurs étapes doivent se succéder en matière de gestion de projet.

Tout d'abord, la formalisation des objectifs et des moyens accordés est essentielle. En découle, la décomposition du plan d'actions en tâches élémentaires, priorisées et associées à la fixation de délais et intégrées dans un rétroplanning déterminé. Puis, l'organisation concrète du déploiement du dispositif de pilotage au regard de tous ces éléments est nécessaire pour attribuer notamment les différentes tâches aux responsables. Vient ensuite la phase de la réalisation opérationnelle du projet qui consiste à appliquer le plan d'actions, en coordonnant les parties prenantes, en surveillant le calendrier, en comparant constamment le prévisionnel au réel afin d'adapter la gestion de projet aux imprévus. Enfin, l'évaluation du projet de télémédecine fait partie intégrante de la gestion de projet et en assurer la pérennisation à l'échelle de l'établissement.

⁴¹ ANAP, « La télémédecine en action : santé des personnes détenues », 2015

⁴² A. DAVID, F. MIDY, J-C. MOISDON, « Les TIC restructurent-elles ? Péripéties de deux réseaux de télémédecine en périnatalité », Revue française des affaires sociales 2003/3, pp. 79-94

Sur ce dernier point, les médecins étant formés à n'exercer la médecine que si elle s'appuie sur des preuves scientifiques qui démontrent un service rendu aux patients, il paraît important d'évaluer l'efficacité des organisations renouvelées et du service rendu aux patients. Ceci en mesurant la satisfaction des patients mais aussi celles des professionnels de santé et en évaluant cliniquement les indicateurs de l'atteinte des objectifs de soin. Concrètement, il s'agit de mettre en place des enquêtes de satisfaction à destination des patients, de concevoir des tableaux de bord statistiques autour de la télémédecine et de les alimenter régulièrement. Il convient en effet de suivre l'évolution d'un certain nombre d'indicateurs afin d'évaluer les gains qualitatifs (nombre d'actes réalisés, nombre de patients suivis, quelle amélioration dans la prise en charge du patient, diminution des hospitalisations évitables...), sociaux (quelle amélioration des conditions de travail des professionnels, quelles compétences nouvelles...) voire financiers (réduction des charges liées aux déplacements de patients et de médecins, augmentation d'activité...). Plus globalement, il s'agit également d'inscrire le suivi de la qualité des prestations dans la certification interne de l'établissement. Le partage entre professionnels de ces résultats est primordial en ce qu'il permettra de s'assurer de la montée en charge des usages et du degré de réalisation des objectifs afin de mettre en place des mesures correctives et de bâtir ainsi avec les patients une amélioration continue de la qualité des soins à distance.

Une conduite du changement à mener pour accompagner l'appropriation des projets par les acteurs du terrain

Un des axes identifiés pour permettre d'accompagner de manière effective et efficace le changement qu'implique les solutions de télémédecine dans les services pilotes, réside dans la gouvernance des projets. Cela impacte en effet la question de l'adhésion des professionnels de santé, essentielle pour impulser les premiers usages et capitaliser l'expérience. Or, si cette implication recherchée des professionnels est en partie due à la personnalité même des agents, celle-ci est aussi conditionnée par des éléments de gouvernance et de pilotage des projets. En effet, il ressort des entretiens réalisés que le niveau de mobilisation de la direction et la création d'une collaboration partenariale avec les personnels médicaux constituent deux éléments nécessaires à la réussite des projets de télémédecine au CASH de Nanterre. Dans tout cela, la question de l'identification des interlocuteurs et du portage des projets est primordiale. Il paraît dès lors nécessaire d'identifier des référents pour la déclinaison concrète des projets.

Pour cela, en tout premier lieu, la clarification de la gouvernance du projet revêt une importance centrale dans la conduite du changement. La notion « d'entrepreneuriat institutionnel collectif », basée sur la convergence d'intérêts mutuels, est intéressante à cet égard en ce qu'elle « définit le processus par lequel les acteurs du changement vont entériner une collaboration durable entre plusieurs acteurs institutionnels dispersés, afin de créer de nouveaux agencements institutionnels ou transformer les

existants »⁴³. L'objectif est que la « légitimité du guidage de l'action [ne soit] pas laissée à un seul acteur mais [repose] sur le collectif constitué »⁴⁴. Ce dernier se compose « d'individus présentant une gamme de compétences variées et complémentaires permettant la mise en place d'un véritable "travail d'équipe" »⁴⁵. C'est en somme ce que proposaient certains acteurs interrogés au CASH de Nanterre « *en fait il faudrait relancer un COPIL sur le thème de la télémedecine, je pense que c'est nécessaire pour avoir une centralisation des informations et avancer plus vite, étape par étape, et surtout collectivement. Moi, je peux pas faire les choses toute seule* » (Dr L., chef pôle). En effet, la télémedecine se situe au carrefour de plusieurs domaines. Elle présente des volets affaires médicales (stratégie médicale et organisation du temps médical), systèmes d'information (outils technologiques), organisation des parcours (circuits patients) et finances (suivi et facturation). Dès lors, il s'agit de nommer un chef de projet d'une part et de constituer une équipe projet d'autre part (cf ANNEXE VII) puis de définir les rôles et responsabilités de chacun.

Sur le premier point, il s'agit pour le chef de projet d'agir comme un coordonnateur ayant notamment pour rôle d'organiser le projet, de coordonner les professionnels de santé et d'assurer la logistique. Celle-ci étant primordiale dans le partenariat médico-technologique que constituent les projets de télémedecine. Ce rôle doit être assuré par un directeur ou son représentant afin de lever les freins. En effet, les professionnels de santé promoteurs « ne se sentent pas investis de la charge de résoudre les problèmes correspondant à un projet collectif, et qui relèvent à leurs yeux des niveaux gestionnaires. Non seulement ils ne sont pas habitués à ce type de démarche de coordination, mais par ailleurs, personne ne les désigne dans cette fonction. Ils apparaissent plutôt d'abord comme ceux qui donnent l'impulsion initiale, ensuite comme des utilisateurs. Or, si leur rôle dans la genèse d'une culture de projet apparaît fondamental, on peut effectivement se demander si l'aspect gestion de projet doit être à leur charge, compte tenu de leurs responsabilités déjà lourdes »⁴⁶. Toutefois, un projet de télémedecine porté uniquement par l'administration ou la direction dans la motivation des médecins ne saurait se pérenniser durablement.

Dès lors, sur le deuxième point, certains professionnels interrogés insistent sur la nécessité d'avoir des porteurs médicaux mobilisés dans les projets de télémedecine : « *il faut absolument identifier des médecins volontaires et intéressés par ces sujets pour les accrocher et qu'ils nous aident à embarquer le reste du corps médical* » (Mme O., cadre en charge du développement des téléconsultations FOCH). Cela rejoint l'idée selon laquelle « *les projets de télémedecine ne sont pas des projets informatiques mais bien des projets médicaux, qui doivent être portés par eux* » (Mme L., DG). En effet, la télémedecine étant avant tout une activité médicale, il paraît indispensable que des médecins

⁴³ C. SICOTTE, L. MARRAUD, S. BOUREZ, « Changement organisationnel innovant et institution publique », La Revue des sciences de gestion 2020/5 (n°305), pp.11-23

⁴⁴ Ibid.

⁴⁵ Ibid.

⁴⁶ DAVID, F. MIDY, J-C. MOISDON, « Les TIC restructurent-elles ? Péripéties de deux réseaux de télémedecine en périnatalité », Revue française des affaires sociales 2003/3, pp. 79-94

promouvent les projets afin d'y apporter une légitimité suffisante auprès des autres professionnels de santé. Reconnu par ses pairs, le porteur médical garantit l'adhésion de la communauté médicale par une démarche de sensibilisation, de communication et d'accompagnement à la conduite du changement. Il s'agit de se positionner comme facilitateur de projet pour la communauté médicale. Cela rejoint l'idée d'une « reconnaissance d'un nouveau métier qui semble s'imposer : celui de médecin coordonnateur en télémédecine ou "télémédecin" »⁴⁷. Durant toute la phase de mise en place, d'apprentissage et de développement, la présence du coordonnateur se révèle primordiale pour garantir l'adoption et l'utilisation à long terme du dispositif de télémédecine et l'autonomie des utilisateurs⁴⁸.

Une fois ce(s) porteur(s) médico-administratif(s) identifié(s), il s'agira de mettre en place une structure de gouvernance telle qu'un comité de pilotage (COFIL) pour défricher le cadre réglementaire évolutif, avancer et concrétiser les propositions organisationnelles pertinentes, soutenir et suivre les projets dans la durée. Par ailleurs, la question de la formation des acteurs concernés par les projets de télémédecine est centrale pour accompagner le changement qu'implique l'intégration de la télémédecine dans les pratiques professionnelles. En effet, la formation a vocation à accompagner les acteurs de santé pour adapter leurs pratiques habituelles à leur nouveau cadre d'activité. La formation des professionnels de santé à la télémédecine est d'ailleurs rendue obligatoire par le décret du 19 octobre 2010⁴⁹ qui indique que les organismes qui organisent une activité de télémédecine doivent s'assurer que « les professionnels de santé et psychologues participant aux activités de télémédecine ont la formation et les compétences techniques requises pour l'utilisation des dispositifs correspondants »⁵⁰. Outre cette exigence réglementaire, c'est l'absence d'expérience des équipes hospitalières vis-à-vis de ce type de technologie et de pratique qui doit inciter à prôner une politique de formation ambitieuse. Or les entretiens réalisés au CASH de Nanterre mettent en évidence que la formation en matière de télémédecine n'a pas été inscrite dans le cadre d'une politique structurée. Certains professionnels proposaient ainsi que « *tous les médecins puissent être formés sur la plateforme Ortif. Il faudrait qu'on puisse manipuler l'outil et être vraiment en condition pour se rendre compte et voir s'il y a des difficultés* » (Dr P., chef pôle). Ainsi, face à de nouvelles pratiques professionnelles, la formation a pour finalités non seulement de former aux outils techniques mais aussi de former aux pratiques de télémédecine dans toutes ses dimensions (cliniques, déontologiques, organisationnelles, sociales, juridiques, éthiques).

⁴⁷ L. ESTERLE, A. MATHIEU-FRITZ, P. ESPINOZA, « L'impact des consultations à distance sur les pratiques médicales. Vers un nouveau métier de médecin ? » Revue française des affaires sociales 2011/2-3, pp. 63-79

⁴⁸ Ibid.

⁴⁹ Décret n° 2010-1229 du 19 octobre 2010 relatif à la télémédecine

⁵⁰ Article R.6316-9 du décret n° 2010-1229 du 19 octobre 2010 relatif à la télémédecine

Si notre étude de terrain nous a permis de proposer un certain nombre de préconisations susceptibles d'être utiles au déploiement efficace des projets de télémédecine à l'hôpital, celles-ci doivent nécessairement être adaptées en fonction de la réalité observée lors de la phase de conduite de projet opérationnelle. En ce sens, au vu du temps de stage restant (trois à quatre mois) après les phases d'audit, de sélection des services pilotes et de co-construction du plan d'actions, il a fallu faire un choix parmi les projets à concrétiser. Nous avons ainsi eu l'occasion d'éprouver certaines recommandations en pilotant la conception et le lancement d'un des projets identifiés prioritaires en matière de télémédecine sur l'établissement : les téléconsultations entre l'Unité sanitaire de la Maison d'arrêt de Nanterre et les urgences psychiatriques du CASH de Nanterre.

2.2.2 Un retour d'expérience : la concrétisation du projet de téléconsultations entre l'Unité sanitaire de la Maison d'arrêt de Nanterre et les urgences psychiatriques du CASH de Nanterre

2.2.2.1 *La structuration collective du projet confrontée à la prise en compte d'un environnement complexe*

Un contexte particulier aux multiples contraintes

Concernant le projet de téléconsultations (TLC) entre l'Unité sanitaire (US) et les urgences psychiatriques du CASH de Nanterre, plusieurs éléments de contexte sont à préciser avant d'évoquer la méthodologie déployée.

Tout d'abord, un des axes du PMC du CASH de Nanterre et de l'EPS Roger Prévôt cible la santé des détenus et affiche l'objectif d'améliorer la collaboration en médecine générale, en spécialités, en addiction et en psychiatrie. Dès lors, le projet vise à améliorer l'accès aux soins psychiatriques proposés aux patients détenus, et de ce fait minimiser les pertes de chance, tout en diminuant autant que possible les extractions médicales évitables. Sur ce dernier point, il s'agit de préciser que les extractions médicales constituent des opérations par lesquelles une personne détenue est conduite, sous surveillance, dans un centre hospitalier pour recevoir des soins ou l'accomplissement d'un acte médical, reconnus absolument nécessaires et qu'il n'est pas possible de lui prodiguer au sein de la structure pénitentiaire⁵¹. En plus d'être anxiogène pour l'ensemble des intervenants, un tel déplacement prend du temps, s'avère très lourd d'organisation autant pour l'établissement pénitentiaire que pour l'établissement de santé, et peut souvent être confronté à des retards ou

⁵¹ ANAP, « La télémédecine en action : 25 projets passés à la loupe », Un éclairage pour le déploiement national (Tome 2 : monographies), 2012

annulations par manque d'articulation entre les deux entités ou par manque de disponibilité des escortes ou des forces de sécurité intérieure par exemple.

Par ailleurs, d'une manière générale, dans les prisons françaises, l'accès aux soins est très inégalitaire pour plusieurs raisons. D'une part, le coût très élevé de l'extraction des prisonniers vers un établissement de santé pour une consultation hospitalière ainsi que les délais pour obtenir une consultation en centre hospitalier. Ces derniers sont souvent allongés pour les personnes détenues, nécessitant à la fois une disponibilité du corps médical, des escortes pénitentiaires et des véhicules. D'autre part, la fréquence plus élevée de maladies psychiatriques dans la population carcérale que dans la population générale. Sur ce point, l'organisation d'un accompagnement psychiatrique des détenus se heurte en effet à la démographie médicale psychiatrique, en forte baisse depuis plusieurs années. Dès lors, comme dans les territoires géographiques isolés, la télémédecine constitue une véritable nécessité médico-économique en établissement pénitentiaire et permet de réduire les extractions de prisonniers et d'améliorer la prise en charge sanitaire des détenus. C'est donc dans ce contexte que, depuis le début des années 2000⁵², les stratégies nationales visent à corriger cette inégalité en développant des TLC spécialisées, en psychiatrie notamment, dans les maisons d'arrêts, les centres de détentions et les maisons centrales. Le développement de la télémédecine constitue en effet une priorité du ministère de la Justice et du ministère des Solidarités et de la Santé. À cet égard, la stratégie « Santé des personnes placées sous main de justice » publiée en avril 2017⁵³, prévoit de développer la télémédecine pour permettre l'accès aux différentes spécialités de soins et limiter les besoins d'extractions.

Plus spécifiquement, chaque établissement pénitentiaire dispose d'une US qui constitue une unité déportée de son établissement de santé de rattachement. Celle-ci fonctionne grâce à des personnels médicaux et soignants dans le domaine somatique et psychiatrique, permettant ainsi aux personnes détenues de bénéficier de consultations à l'intérieur de l'établissement pénitentiaire. Le CASH de Nanterre, en tant qu'établissement de santé, est chargé à l'US de la Maison d'arrêt de Nanterre de dispenser les soins somatiques et psychiatriques aux personnes qui y sont détenues. Rattachée au pôle de médecine du CASH de Nanterre (cf ANNEXE VIII), l'US de la Maison d'arrêt de Nanterre assure l'accès aux soins et à la prévention des personnes détenues grâce à une équipes pluridisciplinaire qui travaille en collaboration avec l'ensemble des services de la Maison d'arrêt. Néanmoins, certains actes médicaux ne peuvent être effectués au sein de l'US dans la mesure où les conditions de réalisation de ces actes ne sont pas réunies en milieu pénitentiaire (spécialité non représentée au sein de l'unité, infrastructure non adaptée...). Dès lors, l'US assure également l'orientation des patients nécessitant

⁵² DHOS, Ministère de la justice « Télémédecine et établissements pénitentiaires : étude de faisabilité », 2001

⁵³ DGOS, Ministère de la justice, « Stratégie santé des personnes placées sous main de justice », 2017

une hospitalisation vers le service d'accueil des urgences générales et psychiatriques et le plateau technique de l'hôpital.

Par ailleurs, l'US du CASH de Nanterre rencontre plusieurs types de difficultés. La première réside dans les tensions en RH médicales et paramédicales, en raison du manque d'attractivité du travail en Maison d'arrêt pour les professionnels de santé. À titre d'illustration, il est à noter en 2021 trois départs et un arrêt maladie parmi les infirmiers diplômés d'état (IDE) sur sept postes, un poste de médecin addictologue vacant depuis fin 2020, un poste de psychiatre non pourvu (ce qui implique actuellement la présence d'un psychiatre du lundi au vendredi et de 9h à 12h seulement) et un départ annoncé de psychiatre courant 2021. Ce manque de suivi psychiatrique aggrave l'état des patients qui sont de plus en plus nombreux à devoir être extraits de l'US à destination des urgences psychiatriques du CASH de Nanterre afin de pouvoir bénéficier d'une consultation sans pour autant nécessiter systématiquement une hospitalisation. C'est dans ce contexte qu'est intervenu le signal d'alarme porté par le chef de service de l'US alertant sur la nécessité pour les patients détenus de l'US de bénéficier d'une permanence psychiatrique, a minima en semaine durant les horaires d'ouverture de l'US de 8h à 18h. Face à la nécessité de psychiatres supplémentaires et aux grandes difficultés de recrutement rencontrés par le CASH de Nanterre, a fortiori au niveau de l'US, la proposition a été faite par le chef du pôle de santé mentale du CASH de Nanterre, de mettre en place des téléconsultations entre les patients de l'US et les psychiatres des urgences psychiatriques du pôle santé mentale au CASH de Nanterre. En effet, dans le cadre de cet environnement complexe de privation de liberté d'aller et venir, de besoins de prise en charge psychiatrique importants chez les personnes détenues et de pénurie de psychiatres, la télémédecine se présente comme un moyen innovant pour permettre aux patients détenus d'accéder à la médecine de spécialités et de fluidifier les parcours en évitant les ruptures. Ainsi, le déploiement des téléconsultations contribuerait à renforcer l'accès aux soins des personnes détenues, en permettant à un patient de consulter un professionnel médical à distance. Par la même, cette proposition est apparue intéressante pour les psychiatres des urgences psychiatriques dans la mesure où la perspective de ces téléconsultations constituait également une véritable opportunité pour diminuer le nombre d'extractions évitables. En effet jusqu'à lors, en l'absence de psychiatre à l'US, les professionnels de l'US en accord avec le psychiatre des urgences au CASH de Nanterre, procèdent dans la quasi-totalité des cas de suspicions de troubles psychiatriques, à l'extraction du patient aux urgences psychiatriques du CASH de Nanterre pour qu'un psychiatre puisse évaluer son état. En résultent, des passages aux urgences potentiellement évitables s'il était possible de les diagnostiquer à distance à l'aide d'un dispositif de télémédecine adapté.

Dans ce contexte, l'instauration de la télémédecine pourrait améliorer les pratiques en permettant aux psychiatres du CASH de Nanterre de pouvoir voir et échanger directement avec un patient détenu à travers la visio et ainsi déceler si l'extraction du patient pour une consultation ou une hospitalisation psychiatrique est nécessaire ou non. En effet, comparativement à l'organisation traditionnelle et discontinuée de la prise en charge des patients dans ce cas, par le biais d'un bref échange téléphonique entre l'IDE de l'US et le psychiatre des urgences, la TLC pourrait concourir à une appréhension plus

approfondie du cas du patient à travers l'ajout d'un élément visuel⁵⁴. L'objectif étant d'améliorer l'accès aux soins médicaux spécialisés tout en rendant les extractions les plus pertinentes possibles.

C'est donc de ces besoins et de cette proposition du terrain qu'est née l'idée du projet de TLC entre l'US et les urgences psychiatriques du CASH de Nanterre. Cela rejoint la notion du sens devant être partagé par les professionnels sur les projets de télémédecine déployés pour qu'ils fonctionnent (cf levier « conduite du changement » développé en 2.2.1.2.). Pour en assurer la mise en œuvre effective, la structuration du projet a été déployée en tenant compte des préconisations préalablement identifiées (cf 2.2.1.).

Des changements à accompagner pour garantir l'adhésion des deux pôles

L'innovation procède souvent d'une progression que l'on peut qualifier de transformatrice impliquant par construction des compromis, des alliances et de la persuasion⁵⁵. Pour mener à bien ce projet, les différentes étapes décrites ci-après ont été pensées et mises en œuvre de manière à tenter de répondre au mieux aux besoins et aux leviers précédemment identifiés (cf 2.2.1.).

En tant que pilote du projet, l'objectif a été triple : mettre en place une action structurante dans le cadre d'une méthodologie structurée, aller au plus près des professionnels pour garantir leur appropriation des nouvelles pratiques comme des nouveaux outils, coordonner la concrétisation du projet dans ses diverses dimensions (technique, clinique, et organisationnelle). Pour nous accompagner dans ce pilotage, une gouvernance claire du projet a été définie (cf levier « gestion et portage des projets » développé en 2.2.1.2.) afin d'identifier au sein d'une équipe projet des référents informatiques (le responsable des projets informatiques) mais aussi médicaux (les chefs de pôle et le chef de service de l'US) et paramédicaux (les cadres de pôle et la cadre de proximité de l'US) et de spécifier les rôles et responsabilités de chacun. Ceci rejoint par ailleurs la nécessité de « cadrage relationnel et professionnel » visant à présenter les interlocuteurs en présence et à élaborer les bases d'une intelligibilité commune⁵⁶, en établissant une grille de lecture commune des besoins et des objectifs autour de ce projet. Une fois ces personnes ressources identifiées, plusieurs réunions de travail ont été animées afin de clarifier pour tous les membres de l'équipe projet les tenants et les aboutissants du projet et de réfléchir collectivement pour co-construire un plan d'actions (cf levier « co-construction du plan d'actions » développé en 2.2.1.1.) à déployer sur place avec les équipes des

⁵⁴ J. POLS, « Fabuleuses webcams » Regards actifs et technologies invisibles, Réseaux 2018/1 (n°207), pp. 65-94

⁵⁵ C. SICOTTE, L. MARRAULD, S. BOUREZ, « Changement organisationnel innovant et institution publique », La Revue des sciences de gestion 2020/5 (n°305), pp.11-23

⁵⁶ A. MATHIEU-FRITZ, L. ESTERLE, « Les transformations des pratiques professionnelles lors des téléconsultations médicales » Coopération interprofessionnelle et délégation des tâches, Revue française de sociologie 2013/2 (Vol. 54), pp. 303-329

deux pôles. Ce projet de TLC représentant un changement innovant multi-facettes, plusieurs types de changements ont dû être considérés afin de les accompagner au mieux.

Tout d'abord, au niveau technique, bien que ce type de projet soit faisable et se pratique déjà ailleurs en mode routinier⁵⁷, plusieurs étapes ont été nécessaires dans le contexte du CASH de Nanterre. En effet, il a été nécessaire de faire installer par le service informatique à l'US de nouveaux équipements de visioconférence (caméras, ordinateurs). Également, l'existence d'un réseau haut débit entre les deux structures constitue une condition sine qua non au déploiement effectif du projet afin d'assurer une qualité audio-vidéo en mode synchrone et asynchrone performante. Sur ce point, le manque d'accessibilité à un débit suffisamment important à l'US pour réaliser des TLC a amené le service informatique à mettre en œuvre un certain nombre d'actions pour sécuriser le réseau internet et augmenter la bande passante. Enfin, chaque TLC doit être réalisée dans les conditions garantissant l'authentification des professionnels de santé intervenant, l'identification du patient et l'accès des professionnels de santé aux données médicales du patient nécessaires à la réalisation de l'acte. Pour cela, dans la mesure où les dossiers patients à l'US sont encore au format papier, l'utilisation de la plateforme Ortif par les professionnels des deux pôles a été nécessaire afin de permettre la centralisation et le partage des données personnelles de santé des patients détenus. Dès lors, au vu de la méconnaissance de cet outil par les professionnels, et comme tout objet technique, toute une intendance de l'usage est à mettre en œuvre pour qu'il fonctionne. Un plan de formation a en effet dû être organisé, en lien avec le GCS Sesan⁵⁸, afin de permettre l'appropriation de l'outil par les futurs professionnels utilisateurs. Cela rejoint la notion de « cadrage instrumental » portant sur les usages des équipements et qui vise principalement à faire connaître les modes de fonctionnement et d'utilisation de l'outil aux utilisateurs⁵⁹.

De plus, au niveau clinique, le changement innovant vise à améliorer la prise en charge des patients en diminuant le nombre de déplacements, tout en élargissant les possibilités de suivis psychiatriques à l'US. Cela rejoint l'idée du « cadrage clinique » qui consiste à instaurer des normes visant la reproduction des pratiques usuelles de l'examen clinique, mais dans un cadre différent et collectif⁶⁰. Cela a nécessité que tous les acteurs se mettent d'accord sur le but des téléconsultations à mettre en place. Sur ce point, il a été collectivement admis que les téléconsultations envisagées s'apparenteront sur le fond plutôt à des télé expertises (sans en remplir les conditions pour pouvoir être officiellement qualifiées ainsi), c'est-à-dire à des demandes d'avis de la part des professionnels de l'US à destination des professionnels des urgences psychiatriques du CASH de Nanterre pour que ces derniers se

⁵⁷ Des modèles ont été développés depuis le début des années 2000 dans les centres de détention de BOIS D'ARCY et de LANNEMEZAN notamment.

⁵⁸ Maitrise d'ouvrage opérationnelle des systèmes d'information en santé en Île-de-France.

⁵⁹ A. MATHIEU-FRITZ, L. ESTERLE, « Les transformations des pratiques professionnelles lors des téléconsultations médicales » *Coopération interprofessionnelle et délégation des tâches*, *Revue française de sociologie* 2013/2 (Vol. 54), pp. 303-329

⁶⁰ Ibid.

prononcent sur la nécessité ou non d'extraire le patient de l'US pour une prise en charge aux urgences psychiatriques. Par ailleurs, il a été décidé que ce projet reste cantonné aux situations de « semi-urgences ». Cela appui d'une part, le fait que cette expérimentation n'a pas vocation à se substituer au présentiel et constitue une solution palliative dans l'attente d'une permanence psychiatrique élargie à l'US ; et d'autre part, le fait qu'elle ne bouleversera pas les pratiques quotidiennes des professionnels car le nombre de cas restent limité (environ deux par mois). Toutefois, cette catégorie a dû être associée à des situations concrètes, définies collectivement par les professionnels, pour s'incarner. Si les situations que les professionnels de l'US associent à de l'urgence excluent l'usage de la TLC, il a été admis que d'autres s'y prêtaient en l'absence de psychiatre, telles que des troubles dissociatifs, du comportement, de la pensée (dépression, angoisses, moments d'absence, idées suicidaires...).

Enfin, au niveau organisationnel, le changement nécessite la transformation des pratiques tant aux urgences psychiatriques qu'à l'US ainsi que le développement d'une collaboration inédite entre acteurs géographiquement distants. En effet, dans sa conception, ce projet de TLC représente surtout une innovation sur le plan organisationnel. Il s'agit de modifier les modalités de pratiques qui, sur le fond, existent déjà. Jusqu'à lors, le processus actuel était le suivant : en l'absence de psychiatre à l'US, lorsque l'équipe de l'US suspecte la nécessité d'une prise en charge psychiatrique d'un patient, l'IDE et la psychologue voient le patient en consultation à l'US. Si le doute se confirme, l'IDE appelle les urgences psychiatriques du CASH de Nanterre pour décrire au psychiatre de garde l'état du patient. Le psychiatre, ne pouvant pas voir ni échanger avec le patient, demande l'extraction du patient pour une consultation aux urgences du CASH. Ainsi, dans de tels cas, l'extraction des patients est quasi-systématique alors même que les patients ne nécessitent pas systématiquement une prise en charge aux urgences. En ce sens, parmi les extractions qui se pratiquent actuellement, nombreuses sont celles qui pourraient être évitées. Dès lors, le projet a pour but de permettre au psychiatre de voir et d'échanger directement à travers la TLC avec le patient de l'US afin d'obtenir des éléments plus concrets aptes à lui permettre de prendre la décision d'extraire ou non le patient. Dans ce contexte, la notion de « cadrage organisationnel » traite principalement de la programmation des TLC, des personnes à contacter, de la façon de solliciter la demande de TLC et des éléments cliniques à renseigner⁶¹.

Dès lors, il est apparu nécessaire de travailler sur la clarification des organisations impactées, en amont de leur mise en œuvre (cf levier « cadrage des organisations » développé en 2.2.1.1.). À cet égard tout d'abord, les transformations des organisations et des pratiques qu'impliquent le projet se sont heurtées à des résistances notamment liées aux difficultés en matière de RH sur l'US comme les urgences psychiatriques. En effet, la TLC demeure une intervention intensive en temps de personnel.

⁶¹ A. MATHIEU-FRITZ, L. ESTERLE, « Les transformations des pratiques professionnelles lors des téléconsultations médicales » *Coopération interprofessionnelle et délégation des tâches*, Revue française de sociologie 2013/2 (Vol. 54), pp. 303-329

Outre l'appréhension de ce dispositif, de nombreux professionnels ont estimé faire face à une charge de travail qui ne leur permet pas d'absorber de nouvelles activités. Un important travail de pédagogie a dû être réalisé pour expliquer que, si l'appropriation de l'outil et des pratiques demande effectivement un certain temps au départ, à terme, il ne s'agira pas de dégager du temps pour cette activité mais plutôt de transformer des pratiques existantes en les insérant dans de nouvelles modalités. De plus, le statut de détenu des patients à l'US complexifie leur prise en charge dans le cadre de la télémedecine. En effet, lors de la TLC, le patient ne peut se retrouver seul dans une pièce avec le matériel et doit être accompagné. Cependant, afin de garantir le respect du secret médical, c'est un professionnel de santé qui doit accompagner le patient à l'US lors de la TLC avec le psychiatre et non une personne n'appartenant pas à l'équipe de soin tel qu'un surveillant pénitentiaire par exemple. Or à cet égard, une des difficultés majeures rencontrées lors de la conception du projet a résidé dans le refus des membres de l'équipe projet gérant l'US (chef et cadre du pôle de médecine, chef de service et cadre de proximité de l'US) d'impliquer les IDE de l'US dans ce projet en considérant que les « *détacher pour une TLC sera impossible* » au vu de la grande tension sur les effectifs d'IDE à l'US et de la charge de travail qui leur incombe en conséquence, ainsi que le taux élevé de rotation des personnels et d'interimaires/vacataires. Au vu de ces points de blocage, il a été proposé que les psychologues de l'US (relevant du pôle de santé mentale), en nombre suffisant et avec qui les IDE ainsi que les psychiatres travaillent main dans la main pour les patients psychiatriques actuellement, soient des personnes ressources dans l'accompagnement de ces TLC. Dès lors, des modifications s'imposent du fait que l'organisation du travail nouvellement agencé pour les psychologues doit permettre une grande réactivité aux besoins des patients en opposition aux modes de fonctionnement habituels davantage planifiés. Un nouveau mode d'accompagnement a donc dû être envisagé, en lien avec les professionnels, afin que chacun soit bien au clair sur les enjeux, son rôle et sa responsabilité. En cela, le projet se place à cheval entre un projet de nature interactionnelle et technologique⁶². En effet, ce projet participe également à la mise en lien d'individus qui d'habitude le sont peu. L'atteinte des objectifs poursuivis suppose un renforcement des liens fonctionnels entre les services. L'innovation ici réside dans ce qui donne lieu à des pratiques de coopération et de collaboration nouvelles⁶³. Le but est ainsi que les équipes de l'US et des urgences psychiatriques construisent des relations partenariales et de confiance afin de permettre une plus grande fluidité dans les échanges en partageant l'objectif commun de mieux prendre en charge les patients.

Pour accompagner ces changements de fond, la question de la forme a été fondamentale dans ce projet. Un important travail managérial, de communication et de pédagogie élargies a en effet dû être mené (cf levier « conduite du changement » développé en 2.2.1.2.). En effet, si la première étape a consisté à travailler sur la conception du projet avec les membres de l'équipe projet, la deuxième étape

⁶² A. MATHIEU-FRITZ, L. ESTERLE, « Les transformations des pratiques professionnelles lors des téléconsultations médicales » *Coopération interprofessionnelle et délégation des tâches*, Revue française de sociologie 2013/2 (Vol. 54), pp. 303-329

⁶³ C. SICOTTE, L. MARRAULD, S. BOUREZ, « Changement organisationnel innovant et institution publique », *La Revue des sciences de gestion* 2020/5 (n°305), pp.11-23

a été celle de la présenter aux équipes concernées sur le terrain : les équipes de psychologues et d'IDE à l'US et de psychiatres aux urgences psychiatriques. L'objectif a été de mobiliser l'ensemble des acteurs en assurant leur adhésion au projet. Si certains professionnels se sont rapidement montrés proactifs et intéressés par ce projet, d'autres ont plutôt semblé le considérer comme un devoir, sans en percevoir ni l'intérêt ni la logique par rapport à ce qui fait sens pour eux. Toute la difficulté a résidé dans le fait que l'appropriation du projet par le plus grand nombre découle de l'investissement personnel des professionnels en accord avec leurs valeurs. Or, l'absence d'indicateurs précis pour caractériser les effets de la TLC sur le suivi des patients ainsi que l'impossibilité d'avancer un chiffre précis des potentielles diminution d'extractions évitables ont été sources de réticences pour plusieurs professionnels.

En outre, certains psychologues ainsi que les psychiatres rencontrés ont émis des doutes quant à la pertinence du point de départ du projet, selon lequel l'usage de la TLC pourrait empêcher des extractions évitables, en considérant que la visio ne permet pas une décision médicale éclairée. En effet, la psychiatrie est considérée comme une spécialité basée sur le lien, la rencontre, l'échange et une grande part de langage non verbal entre le médecin psychiatre et son patient, rendus plus difficiles à distance. Face à cela, l'argument qui a permis d'avancer malgré tout dans ce projet a été celui de le concrétiser sous la forme d'une expérimentation. Cela signifie que sa mise en œuvre aura vocation à être effective durant une durée limitée (quatre mois) afin de laisser l'opportunité aux professionnels de juger si ce projet constitue ou non une plus-value dans les organisations et les prises en charge et/ou si des ajustements sont nécessaires. Ceci constitue un point important en ce qu'il entérine la prise en compte de l'expérience telle que vécue par les professionnels concernés et atténue ainsi les inquiétudes et réticences aux changements.

Par ailleurs, de nombreux échanges ont eu lieu essentiellement avec les professionnels de l'US, quant à leur crainte que l'administration contourne la pénurie de psychiatres à l'US et la nécessité d'une permanence psychiatrique souhaitée depuis plusieurs mois en mettant en place ce dispositif de TLC. Ceci renvoie à la question de l'acceptation et de la confiance des professionnels en cette transformation de l'offre de santé. Un directeur résumait ainsi que « *normalement, la télémedecine est censée apporter une plus-value dans les prises en charge. Ce qui est difficile à accepter dans ce projet pour les professionnels, c'est d'avoir l'impression qu'ici elle sert plutôt à mettre en place une solution dégradée pour les patients. C'est une compensation plus qu'autre chose* ». Face à cela, plusieurs éléments ont été nécessaires. Tout d'abord, partager ce constat avec les professionnels en se mettant d'accord pour dire qu'il s'agissait bien d'une solution palliative afin d'éviter une perte de chance aux patients en l'absence de psychiatres suffisants à l'US. Également, rassurer les professionnels en expliquant que la télémedecine n'a pas vocation à se substituer au présentiel ni à concerner l'ensemble des patients de l'US mais uniquement des situations spécifiques (semi-urgences). Enfin, mettre en avant les côtés bénéfiques de la TLC. Ceci en communiquant sur l'opportunité qu'elle représente pour améliorer la prévention et la réactivité vis-à-vis des patients, dans le but de permettre un meilleur contact avec les

psychiatres du CASH de Nanterre et, par la même occasion, de créer du lien avec l'équipe qui se sent souvent isolée du reste de l'hôpital dont elle fait pourtant pleinement partie.

Cet exercice coordonné à travers les outils numériques doit être formalisé de manière collective afin d'en clarifier les diverses implications et d'accompagner concrètement les transformations.

2.2.2.2 L'effectivité de la mise en œuvre du projet, conditionnée par un suivi renforcé de proximité

Des nouvelles pratiques à formaliser dans le cadre d'une démarche claire et fédérative

Les diverses réunions de travail avec l'équipe projet ont permis de répondre à un besoin de formalisation des échanges et du fonctionnement détaillé des nouvelles organisations, impliqués par la mise en place des TLC. Si ce formalisme est nécessaire au même titre que dans tout autre organisation déjà existante, dans le cadre de sessions de télémedecine les particularités le rendant d'autant plus primordial résident dans sa nouveauté et le fait qu'elle fasse collaborer des personnes qui jusque-là travaillaient séparément. Dans ce cadre tout d'abord, plusieurs supports d'accompagnement ont été réalisés. D'une part, un logigramme qui a permis de clarifier la coordination entre les différents acteurs médicaux (psychiatres), non médicaux (IDE, psychologues) et administratifs (AMA, responsable BDE) tout en officialisant l'articulation chronologique des diverses tâches nécessaires à la programmation, à la réalisation, au suivi et à la facturation de la TLC ainsi que les rôles et responsabilités de chacun dans le cadre d'un processus défini (cf ANNEXE IX). Toutes les mesures ont été prises pour assurer le cadrage clinique nécessaire ainsi que le respect des règles éthiques et déontologiques qui dépendent directement des normes en vigueur pour la télémedecine (information, recueil et traçabilité du consentement notamment). D'autre part, un guide d'usage de la plateforme Ortif, afin d'accompagner les utilisateurs dans la réalisation de la TLC et dans le recours aux différentes modalités de la plateforme (accès aux télé-dossiers, échange de documents, rédaction de compte-rendu...).

En outre, en parallèle de ces guides, plusieurs sessions de formations en ligne, individuelles ou collectives, ont été planifiées en lien avec le service informatique ainsi que le GCS Sesan, à destination de tous les professionnels concernés par l'utilisation de la plateforme Ortif dans le cadre du projet : les psychiatres des urgences psychiatriques d'une part, et les psychologues, IDE et assistantes médico-administratives (AMA) de l'US d'autre part.

Par ailleurs, plusieurs réunions élargies ont été organisées avec l'ensemble des parties prenantes pour leur présenter officiellement le projet, expliquer les nouveaux modes de fonctionnement, procéder aux ajustements nécessaires, échanger et répondre à leurs questions. Ces moments ont également été l'occasion de programmer des TLC « test », c'est-à-dire des simulations sans patient afin que les professionnels se familiarisent progressivement avec les documents supports ainsi que les nouvelles pratiques et interactions tout en s'appropriant la plateforme Ortif.

Une vigilance particulière nécessaire lors du lancement du projet, phase critique propice aux décrochages

La réalisation de l'ensemble des éléments précédemment évoqués (formation, guides, logigramme...), nécessaires à la préparation du projet a été finalisée début juillet 2021. La décision a été prise par les membres de l'équipe de direction de l'établissement d'attendre le retour des congés d'été des professionnels de l'US et des urgences psychiatriques pour débiter l'expérimentation. Dès lors, celle-ci sera lancée courant septembre 2021. Notre stage se terminant en août 2021, la direction des affaires médicales (que nous représentons sur ce projet) prendra le relai pour accompagner le lancement effectif de l'expérimentation.

Le lancement du projet nécessitera un accompagnement de proximité particulièrement soutenu pour éviter la mise en veille du projet. En effet, comme tout projet de télémédecine, le déploiement de celui-ci repose sur un processus qui conduit à l'appropriation et la diffusion d'usages spécifiques⁶⁴. Dès lors, au départ, le pilote du projet est d'une importance majeure pour répéter sans relâche les mêmes indications et conseils afin que les différents protagonistes intègrent de nouvelles formes de routine qu'il souhaite voir mises en œuvre⁶⁵. La mise en œuvre des TLC nécessitera un travail de coordination sans relâche dans sa phase expérimentale. Il sera possible de s'appuyer également sur une équipe support informatique, déployée en interne au CASH de Nanterre en lien avec le service informatique et composée de trois techniciens formés à la plateforme Ortif afin de pouvoir venir en aide aux professionnels en cas de difficultés. Une permanence est assurée du lundi au vendredi de 9h à 17h via une ligne téléphonique dédiée dont le numéro a été communiqué aux équipes utilisatrices.

En parallèle, une bonne conduite du projet appellera un exercice de communication soutenu, pour sensibiliser l'ensemble des professionnels concernés de près ou de loin par ce projet. En lien avec l'US d'une part, la Maison d'arrêt de Nanterre. En lien avec les urgences psychiatriques d'autre part, le service des urgences générales ainsi que toutes les unités de psychiatrie du pôle santé mentale du CASH de Nanterre.

Par ailleurs, il sera nécessaire de programmer une réunion de retour d'expérience au mois de décembre 2021 afin d'ajuster le projet en fonction du ressenti des professionnels sur la plus-value de ce dispositif pour la prise en charge des patients à l'US et de ses limites, des difficultés rencontrées techniques, cliniques, organisationnelles et interactionnelles, du nombre d'extractions médicales évitées ou encore des changements contextuels éventuels (recrutement de psychiatres à l'US). Les réponses à ces questions et leur analyse permettront de décider des suites à donner à cette

⁶⁴ C. SICOTTE, L. MARRAULD, S. BOUREZ, « Changement organisationnel innovant et institution publique », La Revue des sciences de gestion 2020/5 (n°305), pp.11-23

⁶⁵ L. ESTERLE, A. MATHIEU-FRITZ, P. ESPINOZA, « L'impact des consultations à distance sur les pratiques médicales. Vers un nouveau métier de médecin ? » Revue française des affaires sociales 2011/2-3, pp. 63-79

expérimentation. Quel que soit son issue, le phénomène de l'innovation s'inscrit dans le temps long. Elle constituera dès lors quoi qu'il en soit le début de l'intégration de la télémédecine à poursuivre au CASH de Nanterre et permettra de mieux appréhender les ressorts de réussites futures.

CONCLUSION

Face aux enjeux d'accès aux soins, de qualité et d'efficience, l'offre de santé se transforme pour s'adapter aux réalités et difficultés territoriales. Les solutions de télémédecine constituent dans les faits des outils parmi d'autres œuvrant en faveur d'une amélioration des parcours des patients et de la qualité et pertinence des soins. Mais les objectifs généraux à l'origine du développement de la télémédecine ne sauraient être atteints sans un déploiement opérationnel des projets afférents. Dès lors, la télémédecine représente aujourd'hui une réelle perspective que l'hôpital doit déployer de manière pertinente. Malgré l'enjeu, nombreuses sont les expérimentations de télémédecine qui échouent pour des aspects non anticipés d'ordre organisationnel et humain.

Porteuse de dynamiques organisationnelles nouvelles, l'instauration d'une activité de télémédecine fait bouger les lignes institutionnelles et professionnelles. Elle contraint les professionnels de santé hospitaliers à adapter leurs organisations quotidiennes dans les services. Dès lors, l'adaptation nécessaire de l'objet technique et de toute l'architecture de son usage est considérable. Mais « lorsque l'innovation bouscule les routines et les périmètres fonctionnels des individus récepteurs de l'innovation, elle est vue comme un bouleversement d'habitudes et non comme un objet à adopter »⁶⁶. Dès lors, ces transformations nécessitent un pilotage fort et certains cadrages essentiels sur les plans technique, clinique, organisationnel et managérial afin que les professionnels ne subissent plus les nouvelles pratiques mais en fassent un moteur de leur travail quotidien. Pour cela, les projets de télémédecine nécessitent une importante coordination et un accompagnement structuré afin que les professionnels utilisateurs.

Dès lors, structurer la télémédecine à l'hôpital suppose pour ce dernier d'être en capacité de penser en amont puis de déployer concrètement une stratégie globale et cohérente incluant l'ensemble des facettes qu'implique l'intégration des dispositifs de télémédecine dans les pratiques. Et ce, sur le fond des projets comme sur la façon de les gérer. Ceci rejoint la citation de Monsieur Antoine de Saint-Exupéry selon laquelle « un objectif sans plan s'appelle un vœu ». De même, la télémédecine ne saurait être une solution pérenne pour les hôpitaux qui ne développent pas en amont des stratégies aptes à l'accueillir.

⁶⁶ C. SICOTTE, L. MARRAUD, S. BOUREZ, « Changement organisationnel innovant et institution publique », La Revue des sciences de gestion 2020/5 (n°305), pp.11-23

BIBLIOGRAPHIE

Références juridiques :

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

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

Décret n° 2010-514 du 18 mai 2010 relatif au projet régional de santé

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

LOI n° 2016-1827 du 23 décembre 2016 de financement de la sécurité sociale pour 2017

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

Arrêté du 3 juin 2021 définissant les activités de télésoin

Rapports institutionnels :

ANAP, « La télémédecine en action : 25 projets passés à la loupe », Tomes 1 et 2, 2012

ANAP, « La télémédecine en action : santé des personnes détenues », 2015

ANAP, « Parcours, coordination et outils numériques – Notions de base illustrées par quelques cas d'usages », 2021

CNAM, « Premier anniversaire du remboursement de la téléconsultation. Un mode de consultation qui se développe progressivement, dossier de presse », 2019

CNAM, « Téléconsultation et Covid-19 : croissance spectaculaire et évolution des usages », 2020

CNIL, Rapport d'activité 2020

Cour des comptes, « Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale » Chapitre VII La télémédecine : une stratégie cohérente à mettre en œuvre, 2017

Délégation ministérielle aux industries de sécurité et à la lutte contre les cyber menaces, « État de la menace lié au numérique en 2017 », 2017

DGOS, Ministère de la justice, « Stratégie santé des personnes placées sous main de justice », 2017

DHOS, Ministère de la justice « Télémédecine et établissements pénitentiaires : étude de faisabilité », 2001

HAS, « Améliorer la qualité et la sécurité des soins. Qualité et sécurité des actes de téléconsultations. Rapport d'élaboration de la fiche mémo », 2018

HAS, « Améliorer la qualité et la sécurité des soins. Qualité et sécurité des actes de téléconsultations et de téléexpertise, guide des bonnes pratiques », 2019

Ministère des solidarités et de la santé, Feuille de route « Accélérer le virage numérique en santé », 2019

Reuves et articles :

A. DAVID, F. MIDY, J-C. MOISDON, « Les TIC restructurent-elles ? Péripéties de deux réseaux de télémédecine en périnatalité », Revue française des affaires sociales 2003/3, pp. 79-94

A. MATHIEU-FRITZ, L. ESTERLE, « Les transformations des pratiques professionnelles lors des téléconsultations médicales » Coopération interprofessionnelle et délégation des tâches, Revue française de sociologie 2013/2 (Vol. 54), pp. 303-329

C. SICOTTE, L. MARRAULD, S. BOUREZ, « Changement organisationnel innovant et institution publique », La Revue des sciences de gestion 2020/5 (n°305), pp.11-23

G. GALIO, A. MATHIEU-FRITZ, « Les pratiques médicales et soignantes à distances » La télémédecine en actes, Réseaux 2018/1 (n°207), pp.9-24

G. GERRALD, « Échec et « potentialités collatérales » d'une expérimentation en télémédecine d'urgence. Réseaux, 207/1, pp. 165-195, 2018

J. POLS, « Fabuleuses webcams » Regards actifs et technologies invisibles, Réseaux 2018/1 (n°207), pp. 65-94

L. ESTERLE, A. MATHIEU-FRITZ, P. ESPINOZA, « L'impact des consultations à distance sur les pratiques médicales. Vers un nouveau métier de médecin ? » Revue française des affaires sociales 2011/2-3, pp. 63-79

Ouvrages :

C. MARQUES, N. BOUZOU « Hôpital : Libérer l'innovation », Broché, 2017

O. BABINET, C. ISNARD BAGNIS, « La e-santé en question(s) », Hygée Éditions, 2020

M. AKRICH, « Les objets techniques et leurs utilisateurs, de la conception à l'action », Sociologie de la traduction : textes fondateurs, Presses des Mines, 2006

P. SIMON, « Télémédecine, enjeux et pratiques », Le Coudrier, 2015

Mémoires EHESP :

A. PERSONNIC, « Autopsie d'un échec et perspectives : le cas de la solution de téléconsultation OurGHT en EHPAD », 2020

N. DELMAS, « Télémédecine : déclinaison du nouveau cadre réglementaire au sein d'un hôpital : L'exemple du Groupe hospitalier universitaire APHP Centre – Université de Paris (APHP.5) », 2019

R. ALEXANDER, « La télémédecine, une nouvelle modalité de l'offre de soins. Aspects techniques, humains et managériaux : l'exemple de la Martinique », 2012

LISTE DES ANNEXES

ANNEXE I : SYNTHÈSE ACTIVITÉS DE TÉLÉCONSULTATIONS CASH DE NANTERRE 2020

ANNEXE II : LISTE DES ACTEURS INTERNES ET EXTERNES INTERROGÉS

ANNEXE III : GRILLE D'ENTRETIEN

ANNEXE IV : SYNTHÈSE INITIATIVES TÉLÉMÉDECINE CASH DE NANTERRE

ANNEXE V : EXTRAITS PLAN D' ACTIONS TÉLÉMÉDECINE CASH DE NANTERRE

ANNEXE VI : EXTRAIT PLAN D' ACTIONS AXE TÉLÉCONSULTATIONS CASH DE NANTERRE

ANNEXE VII : EXTRAIT PLAN D' ACTIONS TÉLÉMÉDECINE GOUVERNANCE

ANNEXE VIII : ORGANISATION MÉDICALE CASH DE NANTERRE 2021

**ANNEXE IX : LOGIGRAMMES EXPÉRIMENTATION TÉLÉCONSULTATIONS UNITÉ SANITAIRE –
URGENCES PSYCHIATRIQUES CASH DE NANTERRE**

ANNEXE I : SYNTHÈSE ACTIVITÉ DE TÉLÉCONSULTATIONS CASH DE NANTERRE ANNÉE 2020

Synthèse activité de téléconsultations - année 2020 extraction par code NGAP

Présentation par mois

Nombre de N° dossier		Mois exécutio											cte	Total général
Code UF exécutante	Nom UF exécutante	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12			
3302	URGENCES MEDECINE			1									1	
3355	CONSULTATION O.R.L.			6	1								7	
3556	CONSULTATION MEDECINE INTERNE			9	38	11	3	1		1	6	2	71	
3569	CONSULTATION TELEMEDECINE COVID-19		77	261	15	2				1			356	
3604	CONSULTATION GASTRO-ENTEROLOGIE		8	1	35		2			1	14	4	65	
3606	CONSULTATION D'ALCOOLOGIE		4	6	2								12	
3654	CONSULTATION DIABETOLOGIE		54	130	39	17					6	4	250	
3755	CONSULTATION TABACOLOGIE		8	2	1				1				12	
3805	CONSULTATION CARDIOLOGIE										2		2	
3855	CONSULTATION EN ANESTHESIE			1	3					27	45	29	105	
3857	ANESTHESIE OBSTETRICALE		26	83	71					47	103	76	406	
3962	CONSULTATION OBSTETRICALE			57	34								91	
Total général			177	557	239	30	5	1	1	77	176	115	1378	

ANNEXE II : LISTE DES ACTEURS INTERNES ET EXTERNES INTERROGÉS

Cash de Nanterre

<u>Ⓐ</u> Nom	▼ Pôle	▼ Groupe
<u>Dr R.</u>	PCME	Professionnel de santé
<u>Dr D., chef de pôle</u>	Pôle maternité-anesthésie	Professionnel de santé
<u>Dr K., chef de service anesthésie</u>	Pôle maternité-anesthésie	Professionnel de santé
<u>Dr R. anesthésiste</u>	Pôle maternité-anesthésie	Professionnel de santé
<u>Mme K., sage-femme</u>	Pôle maternité-anesthésie	Professionnel de santé
<u>Dr. L., chef pôle</u>	Pôle médecine	Professionnel de santé
<u>Dr S. diabétologue</u>	Pôle médecine	Professionnel de santé
<u>Dr R., gastro-entérologue</u>	Pôle médecine	Professionnel de santé
<u>Dr H. chef de service Unité Sanitaire</u>	Pôle médecine	Professionnel de santé
<u>Dr G., cardiologue</u>	Pôle médecine	Professionnel de santé
<u>Dr G., interniste rhumatologue</u>	Pôle médecine	Professionnel de santé
<u>Dr C., chef service policlinique</u>	Pôle médecine	Professionnel de santé
<u>Dr S., chef service urgences</u>	Pôle médecine	Professionnel de santé
<u>Dr P., chef pôle</u>	Pôle santé mentale	Professionnel de santé
<u>Dr F., chef pôle</u>	Pôle gériatrie	Professionnel de santé
<u>Dr A., chef pôle</u>	Pôle médico-technique	Professionnel de santé
<u>Dr V., radiologue</u>	Pôle médico-technique	Professionnel de santé
<u>Dr F., pharmacien</u>	Pôle médico-technique	Professionnel de santé
<u>M. C., responsable projets informatique</u>	Informatique	Professionnel support
<u>M. K., DSI-T (GHT)</u>	Informatique	Professionnel support
<u>Mme A., DAF</u>	Administratif - DAF	Professionnel support
<u>Mme C., cadre DIM</u>	Administratif - DAF	Professionnel support
<u>Mme M., responsable bureau des entrées</u>	Administratif - DAF	Professionnel support
<u>Mme A., responsable secrétariats médicaux</u>	Administratif - DAF	Professionnel support
<u>Mme V., AMA</u>	Administratif - DAF	Professionnel support
<u>Mme K., DAM</u>	Administratif - DAM	Professionnel support
<u>Mme L., DG</u>	Administratif - DG	Professionnel support

Acteurs du territoire

Nom	Pôle	Groupe
Mme R., DAF	Centre Hospitalier d'Argenteuil (établissement support GHT)	Établissements du territoire
M. K., responsable projets	Centre Hospitalier d'Argenteuil (établissement support GHT)	Établissements du territoire
M. G., directeur des projets, du contrôle de gestion et de l'information médicale	Hôpital Foch	Établissements du territoire
Mme O., cadre en charge du développement des téléconsultations	Hôpital Foch	Établissements du territoire
Mme K., chef projet territorial e-parcours	Dispositif d'appui à la coordination (DAC 92)	Acteurs institutionnels
Mme D., chargé formation et accompagnement e-parcours	Dispositif d'appui à la coordination (DAC 92)	Acteurs institutionnels
M. B., pilote d'application référent territorial Hauts-de-Seine	Groupement de coopération sanitaire SESAN	Acteurs institutionnels
Mme P., chargée mission télésanté	Direction générale de l'offre de soins (DGOS)	Acteurs institutionnels

Introduction

- Présentation
- Objectifs de l'entretien
- Confidentialité des échanges

Contexte

- Quel est votre profil ? Votre parcours ? Vos responsabilités au sein de votre institution ?
- Prenez-vous part à un projet de télémédecine dans l'établissement ? En matière de téléconsultation ? Téléeexpertise ? Télésurveillance ? De manière formelle/informelle ?
- Si oui, pouvez-vous décrire ce que vous savez de son historique, son contexte, son fonctionnement ? Qui fait quoi quand comment pourquoi ?
- Quel a été la méthodologie déployée ? Les étapes successives ?
- Y'a-t-il une gouvernance identifiée ? Y'a-t-il un porteur médical ?
- Quels outils/logiciels/plateformes utilisez-vous ?
- Comment tracez-vous cet acte ? Comment les dossiers patients sont-ils alimentés ?
- Quel est le circuit administratif jusqu'à l'arrivée de cet acte au bureau des entrées pour la facturation ?

Difficultés / freins

- Rencontrez-vous ou avez-vous rencontré des difficultés lors de la conception du projet ? Lors de sa mise en œuvre ?
- Quelles sont les trois principales difficultés dans la conception et la mise en œuvre des projets de télémédecine à vos yeux ?

- Quelles sont les principales causes d'échec des projets de télémédecine à l'hôpital selon vous ? S'agit-il de blocages financiers, techniques, RH, managériaux, culturels, autres ? Comment les priorisez-vous ?
- Avez-vous pu les dépasser ? Si oui, comment ? Si non, pourquoi ? Comment pourriez-vous ou auriez-vous pu les dépasser ?
- De quoi avez-vous besoins pour mener à bien les projets de télémédecine à l'hôpital ? Comment les priorisez-vous ?

Leviers / propositions

- Quels sont les principaux facteurs clés de succès identifiés pour mener à bien les projets de télémédecine à l'hôpital ? Comment les priorisez-vous ?
- Que faudrait-il faire à l'hôpital pour y parvenir ?
- Quels sont les éléments indispensables selon vous pour favoriser une adhésion et une appropriation généralisée des projets de télémédecine par les professionnels de santé à l'hôpital ? Comment les priorisez-vous ?
- Quelles préconisations feriez-vous à un professionnel hospitalier qui souhaiterait se lancer dans un projet de télémédecine ?

Perspectives :

- L'épidémie de Covid-19 a-t-elle joué un rôle dans le développement de la télémédecine selon vous ?
- L'épidémie de Covid-19 a-t-elle modifié votre perception de la télémédecine ?
- Pensez-vous que la télémédecine va devenir progressivement indispensable dans les parcours de soins et donc à développer ?
- Comment pensez-vous que la télémédecine pourrait faire évoluer les pratiques ?
- Quel rôle peut jouer la télémédecine à l'hôpital selon vous ? Pourquoi ?
- Quelles sont les opportunités qu'impliquent la télémédecine à l'hôpital selon vous ?
- Quelles sont vos attentes par rapport à la télémédecine à l'hôpital ?

ANNEXE IV : SYNTHÈSE INITIATIVES TÉLÉMÉDECINE CASH DE NANTERRE

INITIATIVE	OUTIL(S)	SERVICES	DIFFICULTÉS	COMMENTAIRES
TELECONSULTATION	Téléphone Ortif	Cardiologie Diabétologie HDJ ORL Médecine interne Gastrologie Addictologie Policlinique Psychiatrie Unité sanitaire Anesthésie Centre Vi'tAl	Essentiellement pendant la première vague. Anesthésie seule spécialité à avoir continué. Recours à Ortif très rare. Consultations téléphoniques pour la quasi-totalité des médecins demandeurs. Difficultés pour échanges sécurisés documents post consultation. Pas d'interface Ortif : - DxPlanning (double saisie des AMA nécessaire) - CPage (double saisie données patients) Défaut de remontée des données jusqu'au BDE (perte recettes, non traçabilité du temps passé)	Ortif + équipements installés par le service informatique sur demande Tous les médecins et AMA ont un code d'accès Ortif, pas encore communiqués si pas de demande Types de patients : - Suivi Covid+ - Éviter rupture soins patients non Covid 1.378 TLC réalisées en 2020.
	Plateforme Chronic Care Connect (Air Liquide)	Cardiologie patients insuffisants cardiaques chroniques	: Difficulté de suivi BDE pour facturation	Objets connectés et tablettes fournies aux patients. Financement AM.
TELESURVEILLANCE	Plateforme MyDiabby (MDHC)	Diabétologie : surveillance des plaies et cicatrisation		

TELEEXPERTISE	Ortif Téléphone	Médecins requérants : SAU, US, pôle gériatrie	Photographie prise avec portable pour envoi MMS, WhatsApp ou mail aux spécialistes. Pb de confidentialité des données personnelles de santé.	Convention de télédermatologie au bénéfice des personnes détenues, entre US du CASH et CH d'Argenteuil et CH Saint Louis. Via Ortif. Sollicitation informelle des autres spécialités : traumatologie, neurologie, orthopédie, chirurgie viscérale, infectiologie. Via téléphone. Avis téléphoniques notés dans dossier patient pour traçabilité.
	Tél. / WhatsApp Mail	Médecins requis : Centre Vi'tAl, diabétologie, infectiologie, CEGIDD	Défaut de valorisation de l'expertise et du temps passé. Pb de confidentialité des données personnelles de santé.	Échanges via mail ou téléphone. Avis donnés de manière informelle.

I. Rappel du contexte

Objectif : pérenniser les outils du virage numérique (PMP)

Méthodologie : co-structurer une méthode avec les professio. de santé

2 dimensions :

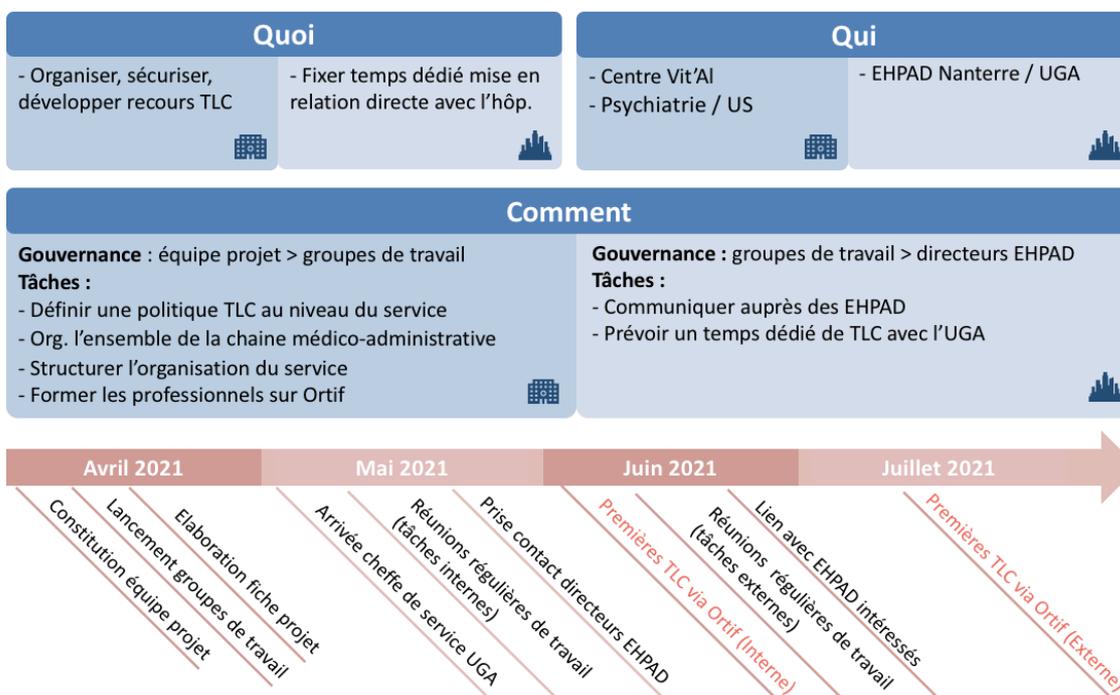


- **Interne** : consolider l'existant dans une démarche unifiée et organisée au niveau de l'établissement



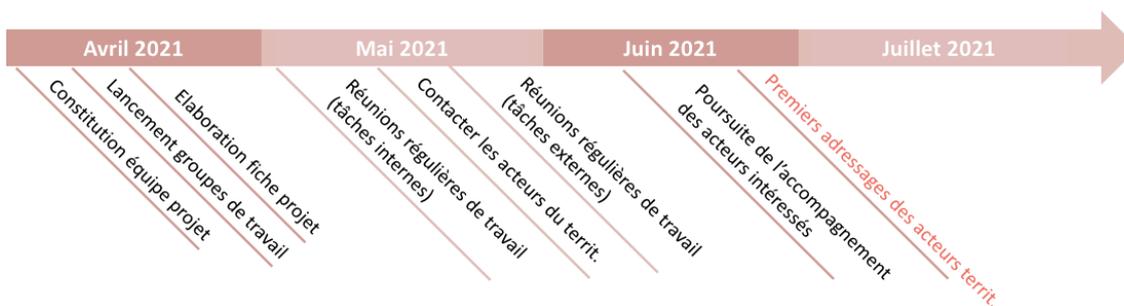
- **Externe** : collaborer avec acteurs du territoire via outils numériques partagés (CPTS, Centres de santé, EHPAD, méd. traitants, DAC...)

II. Action 1. Téléconsultation



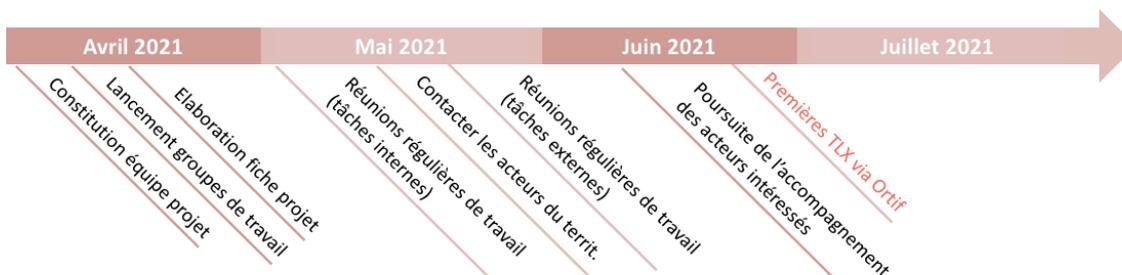
II. Action 2. Télésurveillance

Quoi		Qui	
<ul style="list-style-type: none"> - Inscrire le projet dans l'organisation du service - Régulariser financement 	<ul style="list-style-type: none"> - Se positionner comme offreur de service sur territ. - Recruter patients à l'hôp. 	<ul style="list-style-type: none"> - Cardiologie (lien avec UGA) 	<ul style="list-style-type: none"> - Cardiologues de ville - Méd. traitants - CPTS - EHPAD Nanterre
Comment			
<p>Gouvernance : équipe projet > groupes de travail</p> <p>Tâches :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Org. l'ensemble de la chaine médico-administrative - Structurer l'organisation du service - Renforcer lien cardiologie/UGA 		<p>Gouvernance : groupes de travail > prestataire / territ.</p> <p>Tâches :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Communiquer auprès des acteurs du territoire - Organiser réunions d'échanges pour ceux intéressés - Accompagner les acteurs intéressés 	



II. Action 3. Téléexpertise

Quoi		Qui	
<ul style="list-style-type: none"> - Organiser, sécuriser, valoriser l'expertise du CASH 	<ul style="list-style-type: none"> - Se positionner comme offreur de service sur territ. - Recruter patients à l'hôp. 	<ul style="list-style-type: none"> - Centre Vit'Al - UGA 	<ul style="list-style-type: none"> - CPTS - Méd. traitants - EHPAD Nanterre (méd. co)
Comment			
<p>Gouvernance : équipe projet > groupes de travail</p> <p>Tâches :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Org. l'ensemble de la chaine médico-administrative - Structurer l'organisation du service - Former les professionnels sur Ortif 		<p>Gouvernance : groupes de travail > acteurs du territ.</p> <p>Tâches :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Communiquer auprès des acteurs du territoire - Exploiter les conventions en cours (CPTS, EHPAD) - Organiser réunions d'échanges pour ceux intéressés - Accompagner les acteurs intéressés 	



PLAN D' ACTIONS TÉLÉCONSULTATIONS

Méthodologie à définir par pôle/service

- **Quels objectifs, dans quels buts**
- **Pour qui** : quels patients, quelles pathologies, quels critères, quels parcours
- **Pourquoi** : quelles informations, quel producteur, quel destinataire
- **Qui** : quels professionnels, quels liens territoriaux
- **Quoi** : recueil du consentement, saisie dossier, transmission dossier
- **Quand** : quelle fréquence, quelles plages horaires, quels jours
- **Comment** :
 - Quels outils, quelles poss. informatiques, quelles fonctionnalités, quels équipements, quels locaux
 - Quels processus organisationnels, quel circuit médico-administratif, quelles procédures
 - Quelles modalités de communication
 - Quelles formations
 - Quelle évaluation

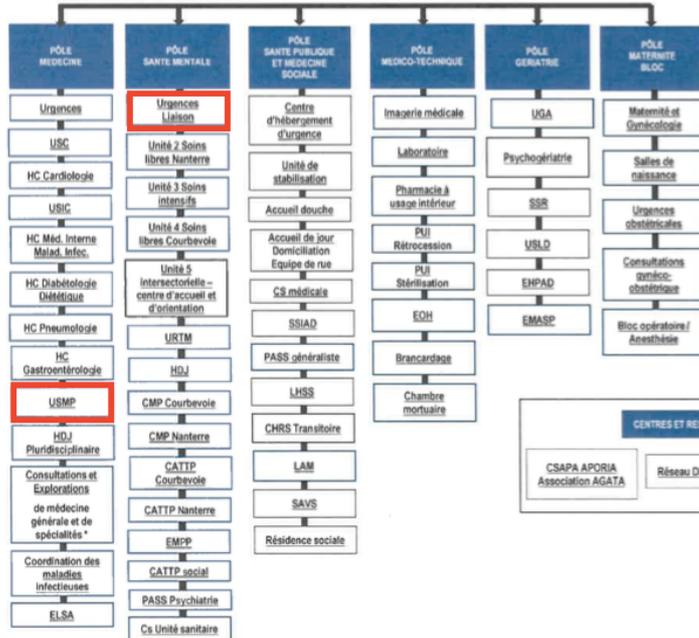
PLAN D' ACTIONS TÉLÉMÉDECINE

Gouvernance à définir par pôle/service

- **1 chef projet télémédecine**
- **1 équipe projet par axe** (niveau institutionnel) : chefs et cadres de pôle concernés, représentants des directions concernées (DAM, DS, DAF, DSI...)
- **1 groupe de travail par service pilote** (niveau opérationnel) : chef et cadre de service, agents relevant et désignés par les différentes directions concernées

ANNEXE VIII : ORGANISATION MÉDICALE CASH DE NANTERRE 2021

ORGANISATION MEDICALE DU CASH DE NANTERRE JANVIER 2021



* Les consultations, explorations et l'éducation thérapeutique du pôle de médecine regroupent la médecine générale, l'ORL, l'OPH, l'odontologie, la rhumatologie, l'orthopédie, l'addictologie, la médecine interne, l'infectiologie, la cardiologie, la diabétologie, la pneumologie, l'urologie, la néphrologie, la dermatologie, la gériatrie, la gastro-entérologie, la proctologie, la chirurgie vasculaire, le CeGIDD et les consultations mémoire et post-urgences.

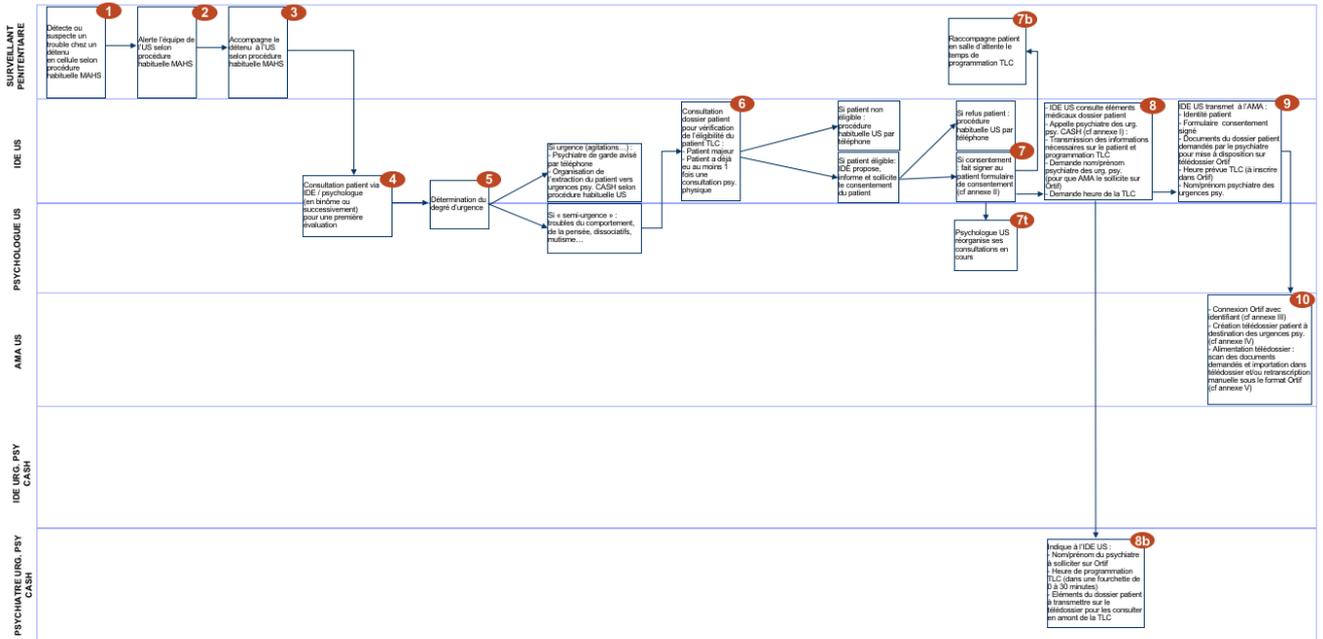
Légende

- CATTIP : centre d'accueil thérapeutique à temps partiel
- CeGIDD : centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic
- CHRS : centre d'hébergement et d'accueil des personnes sans abri
- CLAT : centre de lutte antituberculeuse
- CMP : centre médico-psychologique
- ELSA : équipe de liaison et de soins en addictologie
- ENPAD : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
- EMASP : équipe mobile de soins palliatifs
- EMP : équipe mobile psychiatrie précaire
- EDH : équipe opérationnelle d'hygiène
- HDJ : hôpital de jour
- LAM : lieu d'accueil médicalisés
- LHSS : lieu haute soins de santé
- PASS : permanence d'accès aux soins de santé
- SAYS : service d'accompagnement à la vie sociale
- SSIAD : service de soins infirmiers à domicile
- SSR : service de soins et de réadaptation
- USG : unité de gériatrie agée
- URTM : unité de réadaptation et de thérapie de médiation
- USC : unité de soins continus
- USC : unité de soins intensifs cardiologiques
- USLD : unité de soins longue durée
- USMP : unité sanitaire en milieu péribientaire

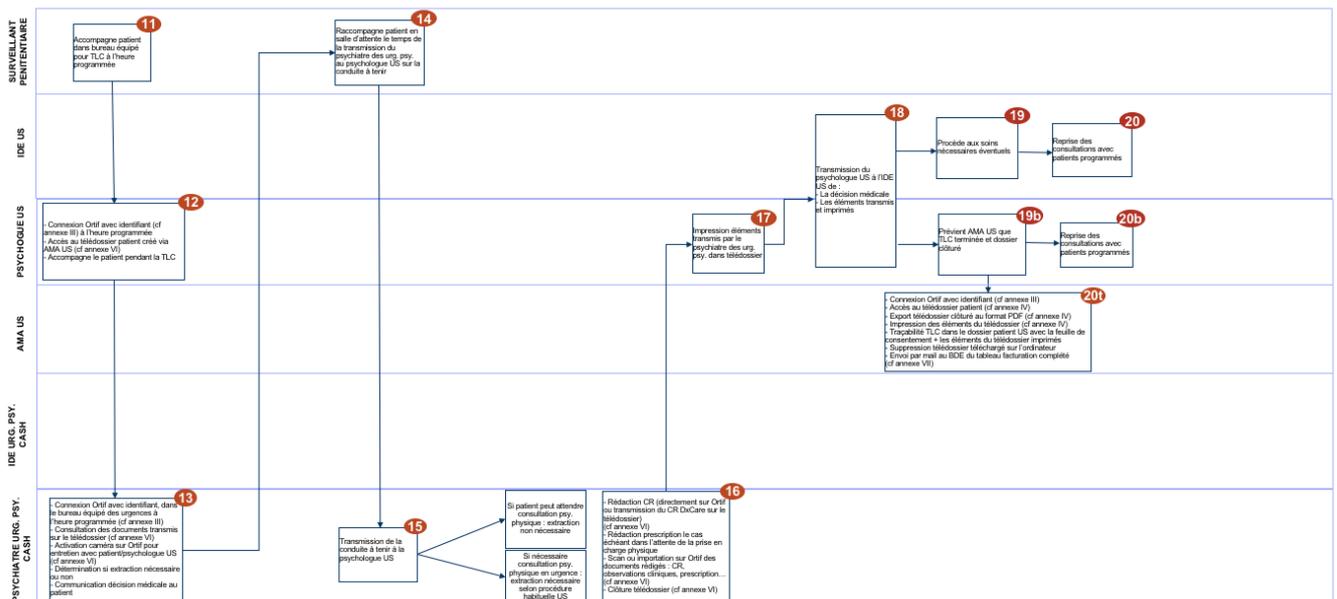


ANNEXE IX : LOGIGRAMMES EXPÉRIMENTATION TÉLÉCONSULTATIONS
UNITÉ SANITAIRE – URGENCES PSYCHIATRIQUES CASH DE NANTERRE

PROGRAMMATION TELECONSULTATION ORTIF



REALISATION TELECONSULTATION ORTIF



FOSSE	Lola	Octobre 2021
Directeur d'hôpital Promotion 2021-2022		
Structurer le déploiement de la télémédecine à l'hôpital Le cas du Centre d'Accueil et de Soins Hospitaliers de Nanterre		
<p>Résumé :</p> <p>La télémédecine constitue une perspective d'avenir pour répondre aux enjeux actuels du système de santé français. L'hôpital, acteur majeur de la santé, a tout intérêt à s'en saisir pour l'intégrer dans ses organisations et faire évoluer ses pratiques afin de garantir une adaptation et une amélioration continue de la qualité des soins prodigués à ses patients. Malgré ces enjeux, la télémédecine se heurte à des difficultés de mise en œuvre à l'hôpital en raison d'un degré de complexité élevé de son environnement mais également d'un manque de structuration des projets, sur le fond comme sur la forme. Or, développer la télémédecine à l'hôpital implique de penser en amont une grande pluralité de dimensions dans le cadre d'une stratégie globale. En effet, au-delà du changement technologique qu'elle porte, la télémédecine est porteuse de nombreuses innovations cliniques, organisationnelles voire interactionnelles qui nécessitent d'être accompagnées. En favorisant l'adhésion des professionnels hospitaliers, cette indispensable stratégie conditionne le développement des usages et permet à terme à la télémédecine de dépasser le stade de la nouveauté pour se transformer en usage ancré dans les organisations et les pratiques hospitalières.</p>		
<p>Mots clés :</p> <p>Télémédecine – projet – stratégie – changement – hôpital</p>		
<p><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>		