
Master 2 Parcours AMOS

Promotion : **2023 - 2024**

Date du Jury : **Septembre 2024**

**Coordination des professionnels de santé lors de
l'utilisation d'un logiciel de télésurveillance médicale
en cancérologie**

Morgane BERTHELOT

Remerciements

Tout d’abord, je souhaiterai remercier l’équipe de direction de la clinique pour m’avoir accueillie, accompagnée et formée tout au long de cette année d’apprentissage. Je souhaiterai remercier tout particulièrement Madame Rousselot et Madame Le Roux-Jutard pour leurs relectures et leurs précieux conseils lors de ce mémoire.

Ensuite, je souhaiterai remercier Madame Girault qui a accepté de m’accompagner lors de ce travail de recherche. Je remercie également Monsieur Allemand, Monsieur Louazel, ainsi que toute l’équipe pédagogique des masters AMOS et ORMS, qui nous ont accompagné tout au long de ces deux années de formation.

Je remercie ensuite mes camarades de promotion pour leurs conseils, leur bienveillance et pour les échanges que nous avons pu avoir tout au long de l’année.

Je tiens également à remercier l’ensemble des professionnels de la clinique, et plus particulièrement ceux ayant participé aux entretiens, pour leurs disponibilités et leurs conseils.

Je tiens à remercier mes amis et ma famille pour leur soutien continu lors de ces deux années de formation. Je remercie enfin Jeannine et Sarah pour leurs précieux conseils et relectures lors de la rédaction de ce travail.

Sommaire

Introduction.....	1
1 Le développement de la télémédecine.....	5
1.1 La télémédecine	5
1.1.1 Définition et cadre réglementaire	5
1.1.2 Histoire et évolution	7
1.2 Focus sur la télésurveillance médicale.....	7
1.2.1 Définition et cadre réglementaire	8
1.2.2 Cadre réglementaire	9
1.2.3 Préconisation de l'organisation du téléseui pour une prise en charge hospitalière sous télésurveillance médicale	11
1.3 La coordination des professionnels de santé en cancérologie	14
1.3.1 La coordination des professionnels appliquée au secteur hospitalier	15
1.3.2 La coordination des professionnels en cancérologie	18
1.3.3 IDEC et IPA, nouveaux métiers d'expertise en cancérologie	19
2 Méthodologie	23
2.1 Contexte de l'étude	23
2.1.1 Présentation du logiciel étudié	23
2.1.2 Problématisation et hypothèses	24
2.2 Type d'étude.....	25
2.3 Cadrage des entretiens.....	25
2.4 Choix des personnes interrogées.....	26
2.5 Méthode d'analyse	27
2.6 Présentation des résultats	27
2.6.1 Parcours professionnel et expérience face à l'utilisation d'un logiciel de télésurveillance	27
2.6.2 Contexte de déploiement du logiciel.....	29

2.6.3	Parcours de soins du patient pris en charge en cancérologie et place du logiciel dans ce parcours.....	31
2.6.4	Evolution de la coordination des professionnels de santé impliqués dans la prise en charge du patient en cancérologie	33
3	Discussion des résultats, recommandations et limites	37
3.1	Discussion des résultats	37
3.1.1	L'impact de l'introduction du logiciel sur les fonctions des professionnels de santé au sein de l'équipe de télésurveillance	37
3.1.2	L'impact du logiciel sur les rôles et fonctions des professionnels intégrés dans l'équipe de télésurveillance	38
3.1.3	L'impact de l'introduction du logiciel sur la coordination établie entre les professionnels assurant le suivi de l'apparition des effets secondaires	39
3.1.4	Développement de la coordination entre les professionnels hospitaliers et les soins de ville ou établissements extérieurs	40
3.2	Recommandations	41
3.2.1	Optimiser la gestion des ressources humaines.....	42
3.2.2	Introduction du logiciel de télésurveillance dans le parcours de soins	43
3.2.3	Organisation du suivi des patients intégrés au logiciel de télésurveillance	44
3.3	Limites de l'étude.....	45
	Conclusion	47
	Bibliographie	49
	Annexes	I

Liste des sigles utilisés

ANS : Agence du Numérique en Santé

APA : Activité Physique Adaptée

ARS : Agence Régionale de Santé

CE : Conformité Européenne

CNEDiMTS : Commission Nationale d’Evaluation des Dispositifs Médicaux et des Technologies de Santé

COPIL : Comité de Pilotage

CPAM : Caisse Primaire d’Assurance Maladie

DGOS : Direction Générale de l’Offre de Soins

DMN : Dispositif Médical Numérique

DPC : Développement Professionnel Continu

EHPAD : Etablissement d’Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

ETAPES : Expérimentations de Télémédecine pour l’Amélioration des Parcours En Santé

GHS : Groupement Homogène de Séjour

HAD : Hospitalisation A Domicile

HDJ : Hôpital De Jour

HAS : Haute Autorité de Santé

HPST : Hôpital, Patient, Santé, Territoires

IDE : Infirmier Diplômé d’Etat

IDEC : Infirmier Diplômé d’Etat de Coordination

INCa : Institut Nationale du Cancer

IPA : Infirmier en Pratique Avancée

IRDES : Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé

LFSS : Loi de Financement de la Sécurité Sociale

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PAM : Parcours d’Accompagnement Médical

RCP : Réunion de Concertation Pluridisciplinaire

RUS : Responsable d’Unité de Soins

SAMU : Service d’Aide Médicale Urgente

SAU : Service d’Accueil

TIC : Technologies de l’Information et de la Communication

TTC : Toutes Taxes Comprises

Introduction

La santé est une préoccupation de l'Homme depuis l'époque où il a réussi à assouvir ses besoins de nourriture et de sommeil. Cependant, sa prise en charge a grandement évolué au cours des années avec l'évolution des connaissances et croyances associées à la santé. En effet, si à l'Antiquité la prise en charge de la santé était totalement remise aux dieux (pèlerinages, offrandes, rites religieux...), elle a évolué au cours du Moyen-Âge. Avec l'essor de la religion catholique durant cette période, la France a développé la charité chrétienne qui a pris une place de plus en plus importante. Cette dernière a conduit à la création de lieux visant à offrir un hébergement et de la nourriture aux plus nécessiteux. Par la suite, l'apparition des Hôtels-Dieu a offert un accueil sous forme d'hébergement pour les indigents, les malades et les mourants. Durant cette période, l'objectif premier n'était pas la guérison ou le soin, mais l'isolement des malades avec pour objectif de limiter la propagation des épidémies telle que la lèpre. L'espoir de guérison était alors, en partie, remis à une croyance en Dieu puisque la maladie était considérée comme une « manifestation d'un péché de l'Homme » (Chaouky, 2019). Ces lieux d'hébergement étaient les prémices de ce que l'on considère aujourd'hui comme nos hôpitaux. Au cours du XXe siècle, le soin devient la préoccupation principale et le cœur de la prise en charge hospitalière. L'apparition des Centres Hospitaliers Universitaires avec la loi Debré en 1958, inscrit la volonté d'une innovation permanente avec trois objectifs portés par ces établissements : le soin, l'enseignement et la recherche.

Jusqu'à la fin du XXe siècle les patients étaient accueillis à l'hôpital et pris en charge à travers une hospitalisation à temps complet. Petit à petit, les innovations, tant thérapeutiques que techniques, ont instauré l'émergence d'une prise en charge ambulatoire, aussi appelée prise en charge hors les murs. C'est à partir des années 2000 que ce type de prise en charge se développe réellement (Lombardo, 2008). La prise en charge hors les murs se définit comme une prise en charge hospitalière de courte durée, avec un relais potentiel en soins de ville. Pour être qualifiée d'ambulatoire, la prise en charge du patient doit être sans nuitée et peut se traduire par un séjour en médecine ambulatoire ou bien en chirurgie ambulatoire. L'essor de cette nouvelle prise en charge a été largement détaillé par Luc Bonneville (2007) dans son analyse visant à définir le « virage ambulatoire » en décrivant ce changement de direction de la prise en charge hospitalière. Schweyer souligne cette évolution en indiquant que la prise en charge hospitalière est passée de « l'hébergement sans soins aux soins sans hébergement » (Schweyer, 2003, p. 254). Ce nouveau mode de prise en charge, axe prioritaire de la stratégie nationale de santé 2018-2022, a participé au développement des soins de ville avec le développement de l'hospitalisation à domicile, des cabinets infirmiers libéraux, ou plus récemment l'apparition de maisons de santé regroupant plusieurs professionnels libéraux, indépendants les uns des autres et exerçant au sein d'une

structure unique. Cette évolution suppose également une modification de la prise en charge intra-hospitalière, transférant certaines activités vers un secteur ambulatoire hospitalier (unités de chirurgie ambulatoire, hôpital de jour, consultations, médecine interventionnelle...). Cette volonté d'offrir la possibilité au patient d'avoir une prise en charge à domicile s'inscrit dans la démarche d'amélioration continue de la qualité de vie et de la qualité des soins apportés au patient. L'isolement social, tant au niveau professionnel que relationnel (familial et amical), provoqué par une hospitalisation, peut être évité dans certains cas. Les innovations technologiques et thérapeutiques, telle que la chirurgie micro-invasive, permettent au patient de rentrer chez lui le jour de son opération sans risque pour sa santé. L'objectif est alors de passer d'un patient plutôt passif dans sa prise en charge, à un patient acteur, ayant la possibilité de choisir la mise en place d'une Hospitalisation A Domicile (HAD) si son état le permet. L'objectif est aussi de lui offrir l'opportunité de conserver son autonomie et de limiter, autant que possible, l'impact que peut avoir la maladie sur sa vie quotidienne. Une étude, réalisée par la Haute Autorité de Santé (HAS) en 2005 a comparé la satisfaction des patients pris en charge en chimiothérapie en ambulatoire ou en hospitalisation complète et démontre ainsi que la qualité de vie ressentie par les patients et leur satisfaction est meilleure lorsque ce type de traitement est réalisé en ambulatoire.

En effet, le secteur de l'oncologie ne fait pas exception à cette évolution des pratiques dans la prise en charge hospitalière. En tant que spécialité médicale ayant des impacts conséquents sur la vie quotidienne des patients à plusieurs niveaux (relationnel, économique, scolaire ou professionnel), le gouvernement a instauré, dès le premier Plan Cancer en 2003, des mesures visant à améliorer la qualité de vie des patients inscrits dans un traitement de cancer. En effet, dans sa mesure 41, il est souligné l'importance de « faciliter la chimiothérapie à domicile ». Certaines prises en charge pouvant s'étaler sur de longues périodes, une prise en soins en ambulatoire s'est rapidement développée avec la création d'hôpitaux de jour et le développement d'une prise en charge en hospitalisation à domicile. Une étude de l'Institut National du Cancer (INCa) réalisée en 2010 confirme cette évolution en indiquant alors que seulement 9% des prises en charge en chimiothérapie étaient réalisées en hospitalisation complète. Par ailleurs, le développement de nouveaux traitements telles que les thérapies orales a également contribué au développement de prise en charge en dehors de l'hôpital.

Le développement de l'ambulatoire a permis d'améliorer la qualité de vie des patients en leur offrant la possibilité de limiter la rupture dans la vie quotidienne imposée par un séjour en hospitalisation complète sur toute une période de traitement. Cependant, la prise en charge « hors les murs » (Defossez & Ducournau, 2015, p.17) suppose une distance avec l'hôpital et les spécialistes qui s'y trouvent. On peut alors constater un « isolement cognitif » (*ibid.*, p. 11) induit par cet écart entre le patient et l'expert de sa maladie (l'oncologue ou l'hématologue). Une

altération de l'état général non anticipée peut également être constatée, à fortiori en cancérologie, où les traitements tels que la chimiothérapie entraînent l'apparition d'effets secondaires importants. L'établissement où je réalise mon apprentissage en alternance a identifié des problématiques similaires lors de la réalisation d'un audit interne du parcours de soins en oncologie en 2023. En effet, ce dernier a permis d'identifier des axes d'amélioration dans le suivi du patient et l'altération de son état général. L'objectif était alors double :

- Agir au plus tôt afin de limiter l'anxiété, le stress et l'aggravation de l'état de santé du patient à son domicile, en agissant de façon préventive et en intégrant le patient dans un parcours de soins de support selon ses besoins ;
- Permettre un développement de la prise en charge à domicile pour le traitement de chimiothérapie en assurant une qualité et une sécurité de la prise en charge du patient.

Dans ce contexte, j'ai eu l'opportunité de travailler sur le déploiement d'un logiciel de télésurveillance médicale dans le service de cancérologie pour les patients suivis en chimiothérapie par voie intraveineuse. De nombreuses questions se sont alors posées : Comment est assurée actuellement la coordination des professionnels en intra-hospitalier ? Avec les professionnels de ville ? Cette coordination va-t-elle évoluer avec l'introduction du logiciel ? Quels peuvent être les bénéfices pour le patient et pour les professionnels de la mise en place du logiciel ? Comment identifier les patients à introduire dans ce suivi ? Qui le définit ? Ce choix va-t-il évoluer ? Quels professionnels seront identifiés pour assurer le suivi des alertes soulevées par le logiciel et pour quelles raisons ? De quelle façon vont-ils répondre à ces alertes ? Comment organiser la réponse à ces alertes afin d'optimiser la coordination entre les professionnels ?

La prise en charge en oncologie est caractérisée par un parcours de soins complexe supposant l'intervention de nombreux professionnels de santé médicaux et paramédicaux. Ainsi, la coordination du parcours de soins repose sur une organisation structurée permettant une articulation et une coordination efficace entre les différents professionnels impliqués. Celle-ci est un corollaire important pour assurer l'efficacité du traitement mis en place. C'est pourquoi nous orienterons notre recherche autour de la problématique suivante : **Dans un contexte de développement de la prise en charge du cancer hors les murs, quels peuvent être les impacts du déploiement d'un logiciel de télésurveillance médicale sur la coordination des professionnels de santé d'un service de cancérologie ?**

Afin d'apporter une réponse à cette problématique, nous réaliserons tout d'abord une première partie de revue de littérature afin de définir ce qui caractérise la télémédecine et son évolution, puis nous décrirons la télésurveillance médicale et les recommandations relatives à son organisation. Enfin nous clôturerons cette première partie en définissant ce qu'est la coordination

des professionnels de santé en nous intéressant tout particulièrement à la prise en charge en cancérologie. Dans un second temps, nous décrirons la méthode réalisée et réaliserons une étude de terrain. Enfin, notre dernière partie aura pour objectif de mettre en lien les résultats obtenus lors de l'enquête de terrain avec les informations théoriques issues de notre revue de littérature afin de formuler des recommandations. Nous identifierons également les limites et les biais de notre étude dans cette dernière partie.

1 Le développement de la télémédecine

1.1 La télémédecine

Dans la littérature plusieurs termes peuvent être utilisés par erreur comme synonymes de la télémédecine tels que le télésoin, la santé mobile ou la e-santé. Ces derniers ont chacun une définition propre impliquant des outils et des utilisations différentes. Tout d'abord, la e-santé ou télésoin correspond, selon l'Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé (IRDES) à la définition suivante : « l'application des technologies de l'information et de la communication (TIC) au domaine de la santé et du bien-être » (IRDES, 2021, p. 4). Ainsi les actes de télémédecine, de télésoin et de santé mobile s'incluent dans la définition de la e-santé au sens de l'IRDES. La santé mobile correspond, quant à elle, aux applications ou objets connectés, qui peuvent être proposés aux patients, au cours de leur prise en charge, afin d'améliorer leur qualité de vie. Enfin, la télémédecine est à différencier du télésoin. En effet, ce dernier est un terme introduit par la loi « Ma santé 2022 » du 24 juillet 2019 en France et vise à étendre la pratique de la télémédecine aux auxiliaires médicaux et aux pharmaciens. Enfin, le terme télémédecine regroupe des actes réservés à une utilisation par le corps médical.

Ainsi, nous nous intéresserons, dans cette première sous-partie, à définir la télémédecine avec une présentation de son évolution et de son arrivée dans l'usage courant de la médecine.

1.1.1 Définition et cadre réglementaire

La télémédecine est définie par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en 1997 comme « la partie de la médecine qui utilise la transmission par télécommunication d'informations médicales [...] en vue d'obtenir à distance un diagnostic, un avis spécialisé, une surveillance continue d'un malade, une décision thérapeutique de prescrire des produits, de réaliser des prestations ou des actes, ou encore d'effectuer une surveillance de l'état des patients » (Simon & Acker, 2008, p.8). Par la suite, elle sera définie en France par la Loi Hôpital, Patients, Santé, Territoire du 21 juillet 2009 comme « une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication » (Loi n° 2009-879 du 21 Juillet 2009 portant réforme de l'Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires - Légifrance, 2009, p.51). Cette pratique implique de façon systématique un ou plusieurs professionnels médicaux et peut également faire intervenir des professionnels paramédicaux. De plus, selon un guide rédigé par l'Unesco, les TIC regroupent un « ensemble d'outils et de ressources technologiques permettant de transmettre, enregistrer, créer, partager ou échanger des informations » (Unesco, 2009, p. 120).

L'exercice de la télé médecine se déploie au début des années 2000 suite à la loi du 13 août 2004. Cette dernière abroge l'interdiction de l'exercice médical à distance, ce qui permet ainsi la réalisation des actes médicaux par télé médecine.

Par la suite, une définition sera apportée à cette pratique. En effet, comme décrit dans le décret du 19 octobre 2010, la télé médecine se compose de cinq actes de soins basés sur l'utilisation de technologie de l'information et de la communication permettant la réalisation d'actes médicaux à distance :

- Tout d'abord, la téléexpertise, qui consiste en un échange d'avis entre médecins ;
- Ensuite, la téléassistance, qui permet à un médecin d'accompagner l'un de ses confrères à distance lors de la réalisation d'un acte ;
- La téléconsultation qui permet au médecin d'effectuer une consultation à distance avec son patient ;
- La régulation médicale, assurée par les Services d'Aides Médicales Urgentes (SAMU) et centres 15, et qui permet d'apporter une réponse médicale à distance au patient et de l'orienter dans son parcours de soins en statuant, selon des critères définis au préalable, le caractère d'urgence de sa demande et selon son état de santé ;
- Enfin, la télésurveillance médicale qui permet au médecin d'assurer un suivi à distance de l'état de santé de son patient.

La télé médecine a pour objectif d'établir un diagnostic, d'assurer un suivi à visée préventive ou un suivi post-traitement. Cette pratique médicale permet également d'obtenir un avis spécialisé. Il est possible à travers diverses interfaces d'établir des prescriptions médicales ou encore d'assurer une surveillance de l'état de santé du patient. Tout cela peut se réaliser à distance, permettant ainsi à des patients en incapacité de se déplacer ou des médecins exerçant dans des déserts médicaux de limiter leurs déplacements, sans limiter l'accès à la santé pour tous les citoyens. Par ailleurs, pour des patients souffrant d'une maladie chronique, le développement de la télé médecine offre également l'opportunité de diminuer la fréquence à laquelle le patient doit se rendre à l'hôpital et de diminuer les consultations de suivis avec leur médecin généraliste et/ou spécialiste. A titre d'exemple, au lieu d'effectuer une consultation pour une simple prise de constante, le patient pourra être intégré, avec son accord, à un suivi par télésurveillance. Le médecin pourra alors suivre son état de santé à distance. Ainsi, cette activité médicale permet d'assurer un équilibre entre qualité des soins et qualité de vie du patient.

1.1.2 Histoire et évolution

Le terme télémédecine apparaît pour la première fois dans la littérature anglo-saxonne vers la fin du XX^e siècle et connaît un essor en France au début du XXI^e siècle. Cependant, elle est en réalité pratiquée en France depuis de nombreuses années. Les modes de communications se sont développés au fur-et-à-mesure des années avec les différentes innovations technologiques : la radio, la télévision, internet et plus récemment avec l'apparition du smartphone. Ce dernier est associé au développement de multiples applications et logiciels permettant d'avoir un accès direct via son téléphone portable à des actes de télémédecine à tout moment et en tout lieu.

Avec l'arrivée des téléphones portables et particulièrement avec l'arrivée du smartphone, une nouvelle forme de santé est apparue : la santé mobile ou santé connectée. Celle-ci concerne tout type de pratique qui peut être portée par un appareil mobile et intègre le patient comme acteur central de sa prise en charge. En effet, le dispositif « Mon espace santé », instauré par le gouvernement à partir de janvier 2022, permet aux patients d'avoir accès à leurs examens et comptes rendus sur un logiciel unique. Il offre également un accès aux outils de télémédecine avec la possibilité de réaliser des téléconsultations médicales directement à travers l'application. L'objectif du gouvernement est d'accompagner les patients en leur proposant un accès à un dispositif de télésanté en toute confiance.

L'activité de télémédecine a connu une accélération importante lors de la période de crise sanitaire liée à la pandémie de Covid-19 puisqu'en 2019, on dénombrait 140 000 téléconsultations en France, contre 18.4 millions en 2020 (Charle-Maachi et al., 2022). En effet, les gestes barrières, le nombre de lits limité en hospitalisation complète et les déprogrammations chirurgicales ont conduit au développement de cette activité de télémédecine afin de limiter les ruptures de parcours et d'assurer un suivi des patients sans risquer une exposition au virus.

1.2 Focus sur la télésurveillance médicale

La télésurveillance médicale est un acte de télémédecine qui est particulièrement intéressant dans le parcours de soins d'un patient atteint d'une pathologie chronique, nécessitant de brefs séjours répétés à l'hôpital (consultation ou séjour ambulatoire). Cet acte de télémédecine permet ainsi d'assurer aux patients une continuité dans la prise en charge, même lorsque celui-ci est à son domicile, en surveillant l'évolution de ses symptômes et prévenir leur aggravation. Ainsi, cela permet de rompre l'isolement médical du patient et de rassurer le patient et son médecin en renforçant la sécurité de la prise en charge. Ainsi, nous chercherons, dans cette partie, à définir ce qu'est la télésurveillance médicale en apportant un cadre réglementaire et en expliquant les recommandations vis-à-vis de son utilisation.

1.2.1 Définition et cadre réglementaire

Tout d'abord, la télésurveillance médicale consiste en un transfert d'activité en dehors de l'hôpital. Celui-ci est rendu possible grâce à une mobilisation accrue du patient qui devient acteur de sa prise en charge. Les aidants et les professionnels de santé de ville sont également souvent mobilisés afin d'assurer un relais des professionnels hospitaliers à proximité du patient. Cet acte de télémedecine permet d'offrir au patient un suivi d'expertise à distance par les médecins spécialistes (oncologue, endocrinologue, pneumologue ...) exerçant à l'hôpital tout en conservant la possibilité de rester à son domicile.

La télésurveillance n'a pas de visée curative, il s'agit d'un dispositif médical numérique ayant pour objectif d'accompagner la prise en charge du patient et d'assurer un suivi à distance afin de stabiliser la maladie et prévenir les hospitalisations évitables. L'introduction d'un suivi par télésurveillance médicale est possible pour de nombreux patients. En effet, un rapport publié par la Cour des comptes en septembre 2017 portant sur l'application des Lois de financement de la sécurité sociale chiffre le nombre de personnes en affection de longue durée à onze millions. Selon ce même rapport, ces personnes représentent 60% des dépenses de l'assurance maladie et pourraient toutes justifier d'un suivi par une activité de télésurveillance. Dans ce même rapport, les auteurs identifient 100 000 séjours réalisés uniquement pour un motif de surveillance. C'est donc autant de séjours en hospitalisation complète qui pourraient être évités et remplacés par un suivi par télésurveillance. Permettre aux patients atteints d'une maladie chronique de bénéficier de ce type de suivi, pourrait contribuer à prévenir la survenue d'effets secondaires graves susceptibles d'altérer l'état de santé du patient de façon trop importante, l'empêchant ainsi de rester à son domicile. En limitant le recours à l'hospitalisation, on réduit les dépenses de santé associées à leur prise en charge et on améliore la qualité de vie du patient.

Par ailleurs, le suivi par télésurveillance médicale peut être de deux types (Simon, 2018) :

- Synchrone : les informations recueillies par le logiciel sont alors retransmises en temps réel au médecin, on a un suivi en permanence des alertes ;
- Asynchrone : les données médicales saisies par le patient sont analysées de façon différée, soit quelques jours plus tard, ou bien lors de la prochaine consultation avec le médecin.

Ainsi, le type de télésurveillance médicale à mettre en place dépend de la pathologie suivie, des politiques internes à l'établissement et de l'organisation mise en place pour en assurer le suivi. En effet, un suivi synchrone peut être indiqué par exemple pour la prise en charge à domicile du patient diabétique à risque d'hypoglycémie sévère, afin de convoquer le patient en urgence si besoin. A l'inverse, la télésurveillance asynchrone pourra être indiquée pour le suivi d'un patient diabétique à risque modéré. Cela permet d'identifier lors de la prochaine consultation médicale si le patient a de

nombreuses altérations glycémiques (hypoglycémie ou hyperglycémie) et ainsi, modifier le projet thérapeutique si nécessaire.

1.2.2 Cadre réglementaire

Tout d'abord, la télésurveillance médicale répond à un objectif de la stratégie décennale de lutte contre les cancers établie pour la période 2021-2030 (INCa, 2021). En effet, l'action huit, inscrite dans l'axe deux, relatif à la limitation des séquelles des patients et l'amélioration de leur qualité de vie vise à « rompre l'isolement des personnes » (INCa, 2021, p. 30) à travers plusieurs objectifs. Ainsi, cette action souligne notamment l'enjeu relatif au suivi de l'apparition des effets secondaires dont il est question lors d'un suivi par télésurveillance. Ce dispositif numérique en santé s'est développé notamment grâce aux programmes d'Expérimentations de Télémédecine pour l'Amélioration des Parcours en Santé (ETAPES) instaurés par la Loi de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS) de 2014. Le financement établi, dans le cadre de ce programme pour la télésurveillance, est défini pour la prise en charge de cinq pathologies : les patients porteurs d'une prothèse cardiaque, les patients diabétiques, les personnes insuffisants cardiaques chroniques, ceux insuffisants rénaux chroniques et enfin ceux insuffisants respiratoires chroniques. Les objectifs de ce programme étaient alors multiples :

- Amélioration de la qualité et de la sécurité de la prise en charge du patient ;
- Etude de l'utilité de ces nouveaux dispositifs afin de déterminer s'ils doivent être intégrés dans un remboursement pérenne par l'assurance maladie ;
- Réduction des dépenses liées à l'hospitalisation. En effet, une étude portant sur les Big Data indique que si les 3 millions de patients concernés par les cinq pathologies étudiées dans ce programme étaient suivis à domicile, ce serait plusieurs milliards d'euros qui pourraient être économisés (Simon, 2018).

A travers ce programme, neuf régions se sont trouvées porteuses d'un financement expérimental pour les actes de télésurveillance, téléconsultation et téléexpertise. Ces expérimentations se sont étendues par la suite, au niveau national, avant de voir une pérennisation de leur financement.

Une étude portée par la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) a recensé une activité importante pour les actes de télésurveillance sur l'année 2017 : 1000 patients sous télésurveillance contre 196 actes de téléexpertise et 382 actes de téléconsultation. Cependant, c'est tout d'abord la téléconsultation et la téléexpertise qui se sont vu octroyer un financement de façon pérenne, c'est-à-dire hors expérimentation. La télésurveillance est quant à elle reconduite sous expérimentation avec la LFSS de 2018. Elle obtient ensuite sa pérennisation avec l'article 36 de la LFSS de 2022 qui définit « la couverture des frais relatifs aux activités de télésurveillance médicale » (Loi n° 2022-1616 du 23 Décembre 2022 de Financement de la Sécurité Sociale Pour 2023 - Légifrance, 2022, p. 21).

Cette activité de télémédecine devient alors officiellement un acte remboursé par la sécurité sociale selon les critères définis par la Haute Autorité de Santé (HAS). Il s'agit d'un « forfait opérateur » dont le montant est défini par un arrêté ministériel et qui peut varier selon le niveau calculé (Légifrance, 2022). Ce calcul est effectué selon un coefficient comprenant une étude de la coordination nécessaire entre les professionnels, des actes thérapeutiques et des moyens humains déployés pour assurer le suivi du patient. Ce forfait est lié à la rémunération du professionnel réalisant le suivi des alertes. Un autre financement dit « forfait technique » est également octroyé par l'assurance maladie. Ce dernier est destiné au financement de la personne mettant à disposition la solution de télésurveillance médicale.

A titre d'exemple, l'arrêté du 25 octobre 2023 relatif à la prise en charge anticipée de certains dispositifs médicaux numériques à visée thérapeutique et certaines activités de télésurveillance médicale, en application de l'article L. 162-1-23 du code de la sécurité sociale, définit les modalités de prise en charge financière de la télésurveillance médicale en oncologie. Ainsi, ce texte identifie le financement d'un télésuivi par le logiciel de télésurveillance CUREETY TECHCARE© et fixe le montant du forfait technique à 50 € Toutes Taxes Comprises (TTC) par patient par mois et le forfait opérateur au niveau 2, soit un montant de 28 € TTC par patient intégré au logiciel selon l'arrêté du 21 décembre 2023 modifiant l'arrêté du 16 mai 2023.

Ce financement est possible car la télésurveillance médicale est un dispositif médical classé Conformité Européenne (CE) selon le règlement européen. Celle-ci indique que le logiciel a été évalué et jugé conforme aux exigences de l'Union Européenne en matière de sécurité, de santé et de protection de l'environnement. Ce marquage est obligatoire pour les produits fabriqués à travers le monde et commercialisés au sein de l'Union Européenne. Cependant, le marquage seul n'est pas suffisant pour obtenir le droit à un financement par l'assurance maladie, en effet d'autres prérequis sont nécessaires :

- Une évaluation par la Commission Nationale d'Évaluation des Dispositifs Médicaux et des Technologies de Santé (CNEDiMTS), commission de la HAS spécialisée dans l'évaluation des actes médicaux, des dispositifs médicaux et des différentes technologies de santé qui se prononce pour chaque indication revendiquée par les fournisseurs d'un logiciel de télésurveillance ;
- S'assurer que le dispositif de santé numérique fourni est conforme aux obligations de sécurité et d'interopérabilité prévues par l'Agence du Numérique en Santé (ANS) et obtenir un certificat de conformité au référentiel en vigueur ;
- Une déclaration par l'équipe soignante de l'activité de télésurveillance à l'Agence Régionale de Santé (ARS).

Les avis rendus par la CNEDiMTS pour chacun des logiciels de télésurveillance devront également bénéficier par la suite d'un avis favorable délivré par la HAS. Une multitude de logiciels sont aujourd'hui autorisés sur le marché. Certains sont spécifiques à la prise en charge en cancérologie, comme le logiciel CUREETY TECHCARE© cité précédemment. Il s'agit du premier logiciel de télésurveillance médicale spécifique à la cancérologie à avoir obtenu une accréditation par cette autorité de santé (HAS, 2023). On trouve également des logiciels spécifiques à la prise en charge de certaines pathologies affectant les poumons tel que MOOVCARE POUMON© qui est dédié à « la télésurveillance médicale des rechutes et complications chez les patients atteints d'un cancer du poumon » (HAS, 2019).

Lorsque cette autorité publique indépendante rend son avis, elle spécifie l'indication retenue pour l'utilisation du Dispositif Médical Numérique (DMN). Ainsi, au sein d'une même pathologie, des logiciels peuvent avoir des indications différentes. En effet, l'indication retenue pour le logiciel CUREETY TECHCARE© est la « Télésurveillance médicale de patients adultes atteints d'un cancer sous traitement systémique et/ou traités par radiothérapie » (HAS, 2023, p. 1). Le terme traitement systémique comprend, selon le Code de la santé publique, « la chimiothérapie, les thérapies ciblées, l'immunothérapie et les médicaments de thérapie innovante quelles que soient les voies d'administration » (Décret n° 2022-689 du 26 Avril 2022 Relatif Aux Conditions D'implantation de L'activité de Soins de Traitement du Cancer - Légifrance, 2022, p. 3). Par la suite, le logiciel RESILIENCE PRO©, dispositif de télésurveillance médicale, dédié également au suivi à distance des patients suivis en oncologie, a obtenu un avis favorable par la HAS. L'indication retenue pour ce dernier est la suivante : « Télésurveillance médicale de patients adultes atteints d'un cancer sous traitement systémique » (HAS, 2023b, p. 1). Ainsi, chaque logiciel a ses particularités et une indication individuelle permettant aux professionnels de santé d'utiliser le dispositif de télésurveillance le plus adapté aux besoins des patients pris en charge.

1.2.3 Préconisation de l'organisation du télésuivi pour une prise en charge hospitalière sous télésurveillance médicale

Une étude portant sur la télémedecine et la coordination des soins (Cheggour & Turpeau, 2021) inscrit l'activité de télésurveillance médicale comme un « outil structurant du parcours de soins ». La prise en soins du patient se développe de plus en plus à son domicile avec un accroissement de la prise en charge en ambulatoire. L'activité de télésurveillance médicale permet d'améliorer la coordination entre les professionnels et une meilleure réactivité de l'équipe pluriprofessionnelle accompagnant le patient. Les auteurs indiquent que la coordination est à la fois le résultat et le critère de réussite de la mise en place d'un logiciel de télésurveillance. En effet, l'organisation du suivi des alertes et des réponses apportées aux patients doit être réfléchie et

organisée afin que chaque professionnel puisse être au clair sur les interlocuteurs à privilégier. Cela permettra ensuite d'apporter une réponse réactive et coordonnée au patient. Une coordination bien en place entre les professionnels permet, *in fine*, de faciliter les échanges et d'économiser du temps de travail pour chacun des professionnels notamment grâce à la diminution des interruptions de tâches. L'objectif de ce type d'acte de télémédecine est de mobiliser les compétences médicales uniquement lorsqu'elles sont nécessaires.

Selon cette même étude, il est nécessaire d'avoir une intervention humaine pour que ce suivi soit efficace. Les auteurs citent l'étude TELE-HF qui a analysé le suivi par télésurveillance de patients souffrant d'insuffisance cardiaque. Le télésuivi consistait alors en un appel quotidien auprès d'une boîte vocale où les patients devaient répondre à un questionnaire par téléphone. Ainsi, les résultats ont montré un manque d'observance de la part des patients et, s'en est suivi, un effet non significatif de la télésurveillance sur la prise en soins du patient. En effet, les auteurs indiquent qu'un binôme médecin-infirmier est nécessaire pour assurer un suivi efficace d'un logiciel de télésurveillance (*ibid.*, 2021). Les alertes que le dispositif soulève doivent être traitées régulièrement et de façon coordonnée afin de répondre au plus proche des besoins des patients.

La participation du médecin dans ce suivi est appuyée par l'article L162-50 du Code de la sécurité sociale qui stipule que l'opérateur de télésurveillance doit être un médecin ou bien un ensemble de professionnels de santé contenant au moins un professionnel médical. Par ailleurs, un référentiel relatif à l'utilisation d'un logiciel de télésurveillance en oncologie est inséré dans les avis HAS délivrés pour chacun des logiciels de télésurveillance approuvés. Ainsi, il est recommandé d'avoir un suivi des alertes asynchrones par un infirmier pour effectuer un premier tri afin de ne mobiliser le médecin que lorsque son expertise est nécessaire. L'infirmier peut également apporter des conseils aux patients concernant la conduite à tenir au vu des symptômes indiqués (contacter le médecin traitant, mise en place d'une consultation avec le médecin spécialiste, orientation vers les soins de support, intégration dans un hôpital de jour...). Cependant, afin de favoriser la coordination entre les professionnels, le référentiel recommande d'enregistrer et de tracer toutes les actions entreprises par l'infirmier, afin que le médecin puisse être informé et y avoir accès lors de la prochaine consultation réalisée avec le patient. L'infirmier est alors identifié comme premier interlocuteur avec une tâche relative au tri des alertes, le médecin, quant à lui, a un rôle d'interprétation et d'analyse des alertes. Il est indiqué que l'organisation et les modalités de suivi doivent également être adaptées en fonction de la file active de l'établissement et la complexité du parcours du patient.

Il est important de souligner que la télésurveillance médicale est, par définition, un acte médical mis en place sur prescription du médecin engageant ainsi sa responsabilité professionnelle. Bien que cette activité puisse être déléguée, l'étude portant sur la télésurveillance et l'expérimentation

ETAPES (Douarin et al., 2019) souligne l'importance de ne pas déléguer totalement ce suivi à un professionnel paramédical tel qu'un infirmier. Selon cette même étude, le médecin doit être présent et assurer un suivi complémentaire qui peut s'avérer moins récurrent, mais sans le délaisser. Cette étude définit les étapes successives de l'activité de télésurveillance comme suit : prise de connaissance des alertes, diagnostic, réaction à l'alerte en fonction du diagnostic établi (exemple : appel du patient) et intervention (exemple : modification du traitement). Ainsi, il est indiqué ici qu'une infirmière réalise en autonomie la première étape, qui est considérée très chronophage. Son rôle est alors d'effectuer un suivi des alertes, de les trier en fonction de la gravité des données transmises et de solliciter le médecin, si nécessaire. Il s'agit donc d'un travail collaboratif ayant pour objectif de préserver le temps médical afin d'optimiser la sollicitation du médecin lorsque celle-ci s'avère nécessaire. Les auteurs mettent en avant un manque de financement dédié au temps infirmier puisque le forfait de rémunération concerne un forfait opérateur souvent associé à la rémunération du médecin et un forfait pour le support logiciel. Dans ce contexte, le financement du temps paramédical revient alors aux frais de l'établissement (*ibid.*, 2019).

Une étude portant sur la télémédecine et la coordination des soins (Cheggour & Turpeau, 2021) prend l'exemple du parcours de soins en cardiologie et met en avant l'importance du médecin coordinateur. Ce dernier est défini comme chef de projet et détient un rôle important visant à rallier ses confrères au projet, à cela s'ajoute un rôle socle puisqu'il est censé organiser le déploiement de l'activité (*ibid.*, 2021). De par sa connaissance de la pathologie, il détient le savoir sur les limites liées, par exemple, à la délégation de tâches à l'infirmier de coordination. Il aura par ailleurs une meilleure légitimité auprès de ses confrères pour les rallier au projet.

Par ailleurs, l'opérateur ou équipe opérateur peut être, selon le Code de la sécurité sociale, un professionnel médical ou une personne morale (art. L162-50, 2022). Cette dernière pourra être un établissement de santé, qui emploie des professionnels de santé ou bien un regroupement de professionnels libéraux. Cette personne morale identifiée comme opérateur devra contenir au moins un professionnel médical. De plus, les professionnels de santé susceptibles d'être opérateur ou équipe opérateur de télésurveillance sont précisés dans les avis rendus par la HAS pour chacun des dispositifs. Ainsi, dans l'avis relatif au dispositif RESILIENCE PRO© (HAS, 2023b) les professionnels autorisés sont : infirmiers (dans le cadre d'un protocole de coopération ou non), infirmiers de pratiques avancées, pharmaciens hospitaliers, spécialistes des soins oncologiques de support et médecins (oncologue, spécialiste d'organe ou médecin généraliste hospitalier).

Les avis transmis par l'HAS précisent également les qualifications attendues pour ces opérateurs. Ainsi, pour l'avis relatif au dispositif RESILIENCE PRO©, tous les professionnels, qu'ils soient identifiés comme opérateur seul ou membre d'une équipe opérateur, doivent être formés à l'utilisation des

dispositifs médicaux numériques. Il est également demandé que les infirmiers aient bénéficié d'un « développement professionnel continu (DPC) portant sur l'oncologie » (HAS, 2023, p. 21) ainsi qu'une expérience d'au moins douze mois en oncologie. Enfin, au moins l'un des membres de l'équipe opérateur doit être formé à l'éducation thérapeutique du patient. Les qualifications des professionnels demandées pour ce logiciel sont identiques à celles indiquées dans l'avis relatif à l'utilisation du logiciel CUREETY TECHCARE® (HAS, 2023).

Le DPC, instauré par la Loi HPST de 2009, vise à regrouper en un seul dispositif l'évaluation des pratiques professionnelles et la formation continue. Ainsi, il s'agit de mettre en œuvre des actions dans le quotidien pour améliorer la qualité et la sécurité des soins, soit à travers des actions concrètes ou bien à travers des formations permettant d'acquérir ou d'approfondir ses connaissances. En effet, depuis le décret du 19 octobre 2010 relatif à la télémédecine, les établissements de santé sont tenus de s'assurer que les professionnels pratiquant des actes de télémédecine, donc de télésurveillance médicale, soient formés à leur utilisation. Ce texte de loi met ici en avant la nécessité d'apporter une formation technique qui doit être complétée, selon Cheggour & Turpeau (2021) par une formation juridique et éthique afin d'être au fait des limites liées à son utilisation. Les auteurs soulignent également la plus-value d'une formation organisationnelle de la télémédecine afin de mieux appréhender sa mise en place.

Enfin, Cheggour & Turpeau (2021) soulignent la nécessité d'avoir un suivi des alertes du logiciel par un professionnel de santé car le logiciel seul ne suffit pas sans intervention humaine. Cette étude met également en avant comme facteur de réussite à un suivi par télésurveillance médicale, l'implication du patient et l'intervention efficace et coordonnée des professionnels de santé, qu'ils s'agissent des professionnels hospitaliers ou professionnels de ville.

1.3 La coordination des professionnels de santé en cancérologie

Comme nous avons pu le constater, l'utilisation d'un logiciel de télésurveillance médicale suppose l'intervention de plusieurs professionnels de santé. La coordination de ces derniers est essentielle pour assurer au patient un parcours de soins cohérent, efficace et sans rupture. Elle est au cœur de la prise en charge du patient depuis de nombreuses années puisqu'à l'Antiquité, les médecins échangeaient des courriers rédigés sur des tablettes, afin de communiquer entre eux. Depuis lors, les modes de communication ont grandement évolué et les besoins de communication également. En effet, comme le souligne l'étude portant sur Les big data (Simon, 2018), le XXe siècle était l'ère des maladies aiguës dominantes quand le XXIe siècle s'avère laisser place à un accroissement des maladies chroniques, liées ou non au vieillissement de la population. Ainsi, nous allons maintenant nous intéresser à la coordination établie entre les professionnels de santé et aux

recommandations liées à l'organisation d'une prise en charge par télésurveillance. Nous orienterons notre réflexion sur la prise en charge en cancérologie.

1.3.1 La coordination des professionnels appliquée au secteur hospitalier

Selon Fayol (1916), la coordination se définit par la mise en place d'une harmonie entre les actes d'une organisation dans le but de faciliter son fonctionnement. Ainsi, lorsque l'on applique cette définition à la santé, la coordination des professionnels de santé suppose une organisation permettant d'identifier les interventions réalisées par toutes les personnes susceptibles de faire partie de la prise en charge du patient (médecin, pharmacien, infirmier, aide-soignant, kinésithérapeute, psychologue...), afin d'apporter le diagnostic et la réponse la plus adaptée à ses besoins.

Pour compléter cette définition, nous pouvons citer Bloch et al. (2011) qui distinguent trois niveaux de coordination dans le système de santé :

- Tout d'abord, un niveau « micro » qui s'apparente au niveau opérationnel ou clinique. C'est la coordination du parcours de soin du patient et la coordination des professionnels de santé concernés par la prise en charge du patient ;
- Ensuite, le niveau « méso » qui prend en compte les ressources humaines et matérielles indispensables aux différentes structures pour assurer la prise en charge des patients ;
- Enfin, le niveau « macro » qui concerne les décideurs et/ou les financeurs du système de santé. Il peut s'agir d'organismes de la ville, du département, de la région ou bien d'organisations d'envergure nationales. Nous pouvons ici citer comme exemple un organisme tutélaire au niveau régional, l'Agence Régionale de Santé (ARS).

A) Coordination au sein de l'organisation

Ensuite, Mintzberg, à travers son étude portant sur les structures et la dynamique des organisations (Mintzberg, 1982) définit cinq types de coordination chacune rattachée à une organisation. Afin d'étudier celles-ci, il s'appuie sur cinq composantes de l'organisation :

- Le sommet stratégique : l'équipe de direction ou l'équipe stratégique ;
- La ligne hiérarchique : l'équipe d'encadrement ;
- Le centre opérationnel : les acteurs de l'organisation, dans le domaine de la santé nous pouvons citer par exemple les professionnels de santé (médicaux et paramédicaux) ;
- Le support logistique : ce sont les services nécessaires au fonctionnement de l'organisation tels que le service des ressources humaines ou des affaires financières ;
- La technostructure : il s'agit des experts qui ont pour rôle de standardiser.

Chacune de ces composantes est plus ou moins importante selon la structure et permet ainsi d'identifier le type d'organisation et donc le processus de coordination qui la compose. L'auteur identifie ainsi cinq types d'organisation, auxquelles il rapporte un mode de coordination différente pour chacune :

- La coordination par supervision directe qui s'apparente plutôt aux structures simples (annexe I, figure I). La partie clé de l'organisation est alors le sommet stratégique, le responsable hiérarchique donnera directement les instructions à l'employé ;
- La coordination par standardisation des procédés qui suppose une organisation par bureaucratie mécaniste (annexe I, figure II). Ici la partie la plus importante de l'organisation sera la technostucture qui établira des procédures permettant d'établir les méthodes de travail ;
- Une coordination à travers une standardisation des qualifications qui est en place dans les bureaucraties professionnelles (annexe I, figure III). La partie principale de l'organisation est alors le centre opérationnel. La structure s'organise grâce à une spécification de la formation des différents membres suivant les tâches qu'ils effectuent ;
- Une coordination par standardisation des résultats qui s'établit dans les structures divisionnelles (annexe I, figure IV). Ici Mintzberg (1982), met en avant l'importance de la ligne hiérarchique et d'un fonctionnement s'appuyant sur la fixation d'objectifs à atteindre ;
- Enfin, une coordination par ajustement mutuel qui est en place lorsque l'organisation est une adhocratie (annexe I, figure V). Dans cette dernière organisation, l'auteur souligne la place du support logistique comme partie clé. La structure s'appuie sur une communication spontanée et non officielle.

Ainsi, selon Mintzberg (1982), l'hôpital constitue une bureaucratie professionnelle car la partie la plus importante de son organisation est le centre opérationnel où l'on retrouve ceux qui produisent, représentés dans le domaine de la santé par les professionnels soignants. Ces derniers ont bénéficié d'une formation spécifique (chirurgien, radiologue, hématologue, oncologue, infirmier, aide-soignant...) permettant à chacun des membres du centre opérationnel de devenir expert dans la réalisation de ses tâches. On observe alors, selon l'auteur, un processus de coordination à travers une standardisation des qualifications.

Par ailleurs, Nobre (2011) complète le constat de Mintzberg en étudiant l'organisation de la bureaucratie professionnelle. En effet, Nobre constate que le centre opérationnel, mis en avant par Mintzberg, prend essentiellement en compte le corps médical, en ne mentionnant que très peu les professionnels soignants (infirmiers et cadres de santé). L'auteur précise que « dans le chapitre

consacré à la bureaucratie professionnelle il est fait référence au corps médical 36 fois alors que le personnel soignant n'est mentionné qu'à deux reprises » (*ibid.*, 2011, p. 12) dans le modèle théorique de l'hôpital proposé par Mintzberg. De plus, il relève des dysfonctionnements l'amenant à dresser ce constat : le système hospitalier est « une bureaucratie professionnelle à tendance despotique contrariée » (*ibid.*, 2011, p.9). Il constate une autorité arbitraire, exercée historiquement par les médecins, qui est de plus en plus remise en cause avec l'évolution de l'hôpital. Le personnel soignant se soumet de moins en moins à cette autorité car ces professionnels augmentent en technicité et en compétence grâce aux évolutions de leur formation. La direction quant à elle est de plus en plus contrainte par des financements et obligations émanant des organismes tutélaires, lui imposant certaines directions stratégiques. Ainsi, l'auteur met en avant la nécessité de développer une double coopération au sein de la coordination évoquée par Mintzberg dans son modèle. Nobre (2011) propose alors un nouveau modèle organisationnel qui serait souhaitable, selon lui, afin de limiter les dysfonctionnements observés lors de son étude, avec une bureaucratie professionnelle coopérative et éclairée s'appuyant sur une double coopération :

- Une coopération dans la prise de décision stratégique entre le corps médical, la direction et les autorités de tutelle ;
- Une coopération dans la mise en œuvre stratégique entre le corps médical et le personnel soignant (infirmiers et cadres de santé).

Avec son nouveau modèle (annexe II), l'auteur étend ainsi le modèle décrit par Mintzberg en détaillant les relations internes à l'organisation.

B) Coordination au sein de l'équipe de soins

Contandriopoulos et al. (2001) ont mis en avant trois types de coordination dans le secteur de la santé. Ces derniers sont classés en trois niveaux selon l'interdépendance exercée entre chacun des professionnels intervenant dans la prise en charge :

- La coordination séquentielle ;
- La coordination réciproque ;
- La coordination collective.

Lorsqu'il y a interdépendance, aucun des acteurs impliqués ne détient à lui seul toutes les ressources permettant de résoudre le problème rencontré. Ainsi, plus les problèmes de santé rencontrés par le patient sont simples, plus le diagnostic posé est clair et moins les professionnels ont besoin d'être en relation et d'échanger directement entre eux. Le patient pourra lui-même coordonner ses soins. Ce premier niveau, le plus faible niveau de coordination est alors appelé : coordination séquentielle. La coordination réciproque, quant à elle, nécessite une interdépendance entre les différents professionnels qui interviennent dans la prise en charge. Elle suppose alors que chaque professionnel prenne en considération le travail réalisé par son ou ses confrères afin d'agir au mieux et toujours

dans l'intérêt du patient. Les auteurs nous indiquent, qu'ici encore, le patient est souvent « son propre agent de coordination » (Contandriopoulos et al., 2001). Enfin, la coordination collective qui consiste en une communication entre professionnels afin d'organiser le projet thérapeutique en plaçant le patient au centre de la prise en charge. Ce dernier type de coordination s'applique, selon les auteurs, aux patients polypathologiques ou ayant une pathologie complexe avec une issue incertaine.

A ce titre, les conditions techniques de fonctionnement de l'activité de soins de traitement du cancer (Décret n°2022-693, 2022) imposent une coordination collective aux professionnels de santé intervenant dans cette prise en charge. En effet, ce décret oblige la mise en place d'une Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP) avant toute initiation de traitement, excepté pour ceux nécessitant une prise en charge en urgence où cette réunion collégiale sera réalisée à posteriori de la réalisation des premiers soins. Cette discussion pluriprofessionnelle permet à différents médecins (oncologue, radiothérapeute, anatomopathologiste, hématologue ...) de discuter du cas de leur patient afin d'arrêter la décision thérapeutique en prenant en compte plusieurs avis et ainsi permettre au patient d'obtenir la prise en charge la plus adaptée. A l'issue de cette RCP, la décision pourra alors être une association de traitements telle qu'une chimiothérapie couplée à une radiothérapie. Les médecins spécialistes associés à chacun de ces soins, assureront alors le suivi du patient tout au long de son parcours.

1.3.2 La coordination des professionnels en cancérologie

Avec le développement des RCP, nous avons pu constater l'intervention d'une prise en charge pluriprofessionnelle à compétence médicale, cependant, en cancérologie, le patient est également accompagné par une multitude d'acteurs paramédicaux. Ils interviennent tout au long du parcours conjointement à la prise en charge médicale. En effet, le Plan Cancer 2003-2007 a défini le « dispositif d'annonce », permettant ainsi aux professionnels paramédicaux d'être associés à cette prise en charge dès l'initiation du parcours, en complément du suivi médical. Cette étape de la prise en charge fait suite à la RCP et vise à annoncer au patient son programme personnalisé de soins, conformément aux conditions d'implantations de l'activité de soins de traitement du cancer. Le patient bénéficie ainsi de plusieurs consultations :

- Consultation médicale « d'annonce » qui vise à analyser le plan personnalisé de soins ;
- Consultation de reformulation paramédicale (non obligatoire mais proposée en systématique au patient) ;
- Consultation de synthèse : réalisée par le médecin traitant et qui a pour objectif de reformuler et compléter ce qui a pu être dit précédemment.

De plus, le Plan cancer 2014-2019 prévoit le déploiement des soins de support en oncologie avec l'objectif de « mettre en place les conditions pour passer d'un parcours de soins en cancérologie à un parcours de santé » (Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes & Ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche, 2014, p. 61). La prise en charge médicale s'étend ainsi avec la prise en compte des besoins physiques, psychologiques et sociaux. Ainsi, le patient pourra bénéficier de l'intervention d'un professionnel de santé formé à l'Activité Physique Adaptée (APA) ou enseignant APA, un psychologue, un ergothérapeute, un diététicien, un kinésithérapeute, un assistant social, un psychomotricien ...

Par ailleurs, l'étude portant sur Les big data souligne : « la nécessité d'une [...] coordination de qualité augmente avec le nombre de professionnels concernés » (Simon, 2018, p. 7). Or, comme nous avons pu le voir précédemment, la prise en charge en cancérologie fait intervenir de nombreux professionnels de santé : oncologue, hématologue, médecin spécialiste d'organe, infirmier, médecin traitant, kinésithérapeute, psychologue ... De plus, cette prise en charge complexe et de longue durée s'inscrit tout naturellement dans le développement de la prise en charge en ambulatoire, permettant ainsi à l'activité de télémedecine de devenir « un outil au service d'un parcours coordonné » (Cheggour & Turpeau ; 2021).

Depuis 2003, la stratégie nationale de lutte contre le cancer, à travers la mise en place de plusieurs plans cancers, fixe des axes prioritaires et des objectifs liés à la prise en charge en cancérologie. Ces stratégies nationales, établies pour cinq ans, répondent à une analyse des besoins de la population. Ils ont permis l'apparition de nouveaux métiers d'expertise paramédicaux tels que les infirmiers de coordination et les infirmiers de pratique avancée avec une mention spécifique à la cancérologie : la mention oncologie et hémato-oncologie.

1.3.3 IDEC et IPA, nouveaux métiers d'expertise en cancérologie

Depuis le développement du premier Plan cancer en 2003, l'Etat met en avant la coordination des soins et des professionnels de santé en proposant différents outils. C'est avec la mesure dix-huit du Plan cancer 2009-2013 que l'on voit réellement apparaître le rôle de l'infirmier de coordination (IDEC). La volonté est alors de renforcer les liens qui existent entre la ville et l'hôpital afin d'assurer une continuité dans la prise en charge du patient même lors de son retour à domicile. Selon le bilan dressé par l'INCa et la DGOS, c'est 35 sites pilotes qui ont développé des dispositifs de prise en charge des patients atteints de cancer avec l'intégration d'un IDEC.

Lors du Plan cancer 2014-2019, une nouvelle phase d'expérimentation du rôle des IDEC est mise en place. L'objectif est alors de coordonner les « parcours complexes » avec la volonté de développer une nouvelle expérimentation en permettant d'identifier les patients inclus dans des prises en charge

définies comme « parcours complexes ». La Direction Générale de l'Offre de Soins identifie les « parcours complexes » selon deux grands critères :

- Le nombre et la diversité de professionnels intervenant dans la prise en charge ;
- L'intensité et le caractère continu de l'accompagnement proposé au patient.

Ces infirmiers ont un rôle de pivot central dans la prise en charge du patient en devenant les interlocuteurs privilégiés du malade. Ce constat s'applique d'autant plus aux patients polypathologiques ou souffrant d'une pathologie chronique qui vont nécessiter l'intervention de nombreux professionnels dans leur prise en charge avec l'association souvent des soins de ville et des soins hospitaliers.

L'IDEC aura des missions liées à l'organisation et la programmation du parcours de soins quand l'Infirmier en Pratique Avancée (IPA) sera directement au lit du malade avec des missions en lien avec l'activité clinique. Ce dernier aura également des missions liées à la formation et l'enseignement. Elle aura un rôle important de collaboration puisqu'elle sera l'interlocutrice privilégiée des patients tout en étant également en contact direct avec le médecin. L'IDEC détient un rôle important dans la prise en charge du patient et notamment du patient souffrant d'une pathologie chronique. Elle sera souvent désignée comme interlocuteur privilégié dans l'éducation thérapeutique du patient. Son rôle de coordinatrice est très important puisqu'elle organise également la coordination du parcours de soins en suivant les recommandations du médecin. En effet, si le médecin le juge nécessaire, l'IDEC pourra orienter le patient vers une prise en charge en hôpital de jour et elle programmera alors son hospitalisation ambulatoire à la journée.

Par ailleurs, avec le développement de la prise en charge ambulatoire en cancérologie, le développement des thérapies orales ou encore la chronicisation de la pathologie, la coordination du parcours s'avère de plus en plus complexe. Il devient alors indispensable de développer les connaissances des infirmiers (AFIC, 2018). Ainsi, le Plan cancer 2014-2019 inscrit dans son quatrième objectif la création du métier d'IPA dans le champ de la cancérologie pour répondre aux besoins de la population.

Ces infirmiers suivent une formation de deux ans, équivalent au grade master, durant laquelle ils auront la possibilité de choisir entre cinq mentions différentes définies dans l'article R 4301-2 du Code de la santé publique :

- Pathologies chroniques stabilisées, prévention et polypathologies courantes en soins primaires ;
- Oncologie et hémato-oncologie ;
- Maladie rénale chronique, dialyse et transplantation rénale ;
- Psychiatrie et santé mentale ;

- Médecine d'urgence.

La reconnaissance du statut d'IPA, et notamment de la mention « oncologie et hémato-oncologie » à compter du décret n°2018-629 du 18 juillet 2018 permet alors à ces professionnels de renouveler des prescriptions médicales ou de les modifier, de réaliser des actes de prévention et de suivi, et enfin, de prescrire des examens complémentaires tels que des examens de biologie médicale.

Cette évolution professionnelle permet alors aux médecins d'avoir un relais et un interlocuteur privilégié. L'IPA, à travers sa formation, développe une connaissance du « parcours complexe » en cancérologie lui permettant de mieux appréhender l'organisation de la prise en charge et les différents interlocuteurs qui peuvent y être impliqués.

Ces deux postes sont essentiels puisque ces infirmiers interviennent à plusieurs moments de la prise en charge du patient et restent des interlocuteurs privilégiés permettant de déceler des fragilités. Ils offrent notamment la possibilité de déceler des fragilités chez des patients atteints de pathologies chroniques ayant des suivis réguliers à l'hôpital. Enfin, par leur rôle d'intermédiaire entre les professionnels médicaux et paramédicaux, ils sont essentiels à l'optimisation de la coordination du parcours et des professionnels de santé intervenant dans la prise en charge du patient.

2 Méthodologie

2.1 Contexte de l'étude

Un audit interne réalisé dans l'établissement où j'effectue mon apprentissage a mis en exergue quelques points à retravailler dans le parcours du patient, particulièrement suite à la mise en avant du sentiment d'isolement du patient lorsque celui-ci est à son domicile. Le maintien d'un lien constant entre le service de cancérologie et le patient nous semble essentiel, afin d'offrir la meilleure prise en charge possible, notamment dans le cas de la survenue d'effets secondaires graves associés aux traitements ou à l'évolution de la maladie. Par ailleurs, nous avons pu observer, lors de réunions ou discussions informelles, que l'organisation établie actuellement pour le suivi des alertes n'est pas encadrée. En effet, actuellement, les patients sollicitent le médecin directement, en l'appelant, ou bien en appelant son secrétariat médical. Lors des différents échanges, il a été précisé que ces derniers n'ayant pas de formation en lien avec la santé, l'évaluation de la gravité des symptômes communiqués par le patient pouvaient être mal évalués, entraînant ainsi une perte de chance pour le patient. Enfin, d'autres patients contactent directement les infirmiers des services de soins entraînant ainsi des interruptions de tâches. A travers l'analyse de l'audit interne et des échanges informels, nous avons ainsi constaté qu'aucune coordination n'était actuellement formalisée pour le suivi de l'apparition des effets secondaires.

Pour améliorer ce suivi, la clinique a alors décidé de déployer un logiciel de télésurveillance médicale en cancérologie. Les patients ciblés par ce suivi étaient, en premier lieu, ceux ayant un traitement par chimiothérapie intraveineuse, avec pour objectif de l'étendre aux autres prises en charge par la suite. Le choix du logiciel s'est porté sur le logiciel CUREETY TECHCARE®, sur directive du groupe auquel appartient la clinique. Ainsi, nous porterons notre étude de terrain exclusivement sur ce dispositif médical numérique.

2.1.1 Présentation du logiciel étudié

Le fonctionnement du logiciel CUREETY TECHCARE® est décrit dans l'avis rendu par la HAS (2023). Ainsi, le dispositif se compose d'une plateforme destinée au suivi effectué par les professionnels de santé, et d'une application, accessible par les patients sur ordinateur, tablette ou téléphone. L'application permet de recueillir les symptômes des patients grâce à la complétude de questionnaires par les patients. Le DMN propose plusieurs questionnaires en fonction du traitement du patient : chimiothérapie, thérapie ciblée, hormonothérapie, immunothérapie, radiothérapie. Le patient peut ainsi déclarer l'apparition d'effets secondaires associés aux traitements en répondant aux questions. Ses réponses amènent le déclenchement d'une alerte sur la plateforme accessible par

les professionnels. Les alertes apparaissent selon quatre niveaux de gravité auprès des professionnels :

- Alerte verte : « état correct »
- Alerte jaune : « état fragilisé »
- Alerte orange : « état à surveiller »
- Alerte rouge : « état critique »

Sur l'application, le patient ne voit pas la couleur ou l'alerte déclenchée suite à ses réponses au questionnaire, il voit seulement apparaître un message d'information sur les conduites à tenir. Ce message est défini en collaboration entre l'établissement et l'équipe du dispositif. Le patient renseigne également son poids, directement dans son application, à une fréquence définie avec l'équipe de soins de son établissement, permettant ainsi aux professionnels de suivre son évolution afin de prévenir un risque potentiel de dénutrition. L'établissement peut également, s'il le souhaite, compléter les dates de consultations, hospitalisations ou autres événements médicaux directement sur la plateforme permettant ainsi au patient d'y avoir accès à travers son application. Enfin, le dispositif permet également au patient de compléter des questionnaires complémentaires relatifs à sa qualité de vie, sa satisfaction de l'utilisation du logiciel ou son observance thérapeutique. Cependant, ces derniers correspondent à des questionnaires optionnels que l'établissement peut choisir d'intégrer ou non au suivi. Ainsi, lors de notre étude, nous nous sommes intéressés uniquement au questionnaire permettant d'assurer un suivi de l'apparition des différents effets secondaires et aux alertes qui peuvent ainsi être soulevées auprès des professionnels sur la plateforme.

Ainsi, le déploiement du logiciel dans l'établissement nécessite de repenser l'organisation établie pour le suivi des alertes. Les rôles des différents professionnels impliqués dans ce suivi doivent être définis pour assurer une prise en charge coordonnée du patient.

2.1.2 Problématisation et hypothèses

Ayant participé au déploiement du logiciel au sein de l'établissement, j'ai ainsi choisi d'orienter mon travail de recherche sur l'analyse de l'impact que pouvait avoir ce type de dispositif sur la coordination des professionnels de santé. J'ai alors établi la problématique suivante : **Dans un contexte de développement de la prise en charge du cancer hors les murs, quels peuvent être les impacts du déploiement d'un logiciel de télésurveillance médicale sur la coordination des professionnels de santé d'un service de cancérologie ?**

Afin de répondre à ce questionnement, nous avons réalisé une revue de la littérature qui nous a permis d'établir quatre hypothèses :

- La première hypothèse est que cette innovation permet de placer l'infirmier dédié au suivi des alertes comme interlocuteur principal dans le suivi de l'apparition des effets secondaires du patient ;
- La deuxième hypothèse est que l'introduction d'un logiciel de télésurveillance médicale dans un service de cancérologie permet un gain de temps médical et une délégation de tâches vers les professionnels paramédicaux ;
- La troisième hypothèse est que la mise en place de ce dispositif permet de fluidifier le parcours en favorisant une coordination collective des professionnels ;
- La quatrième et dernière hypothèse est que l'introduction d'un logiciel de télésurveillance médicale dans un service de cancérologie améliore la coordination entre les professionnels des soins de ville, ou exerçant dans un autre établissement, et les professionnels hospitaliers.

2.2 Type d'étude

La méthode choisie, afin d'apporter une réponse aux hypothèses citées précédemment, repose sur une approche qualitative avec la réalisation d'entretiens semi-directifs. La méthode qualitative est une méthode de recherche descriptive qui se concentre sur les interprétations et les expériences. Les questions posées ne sont pas rigides et permettent à l'interviewé d'exprimer librement ses perceptions sans être contraint par des questions rigides (Kaufmann, 2016). Nous chercherons ainsi, à travers des échanges avec différents professionnels, à établir un constat relatif à l'introduction d'un logiciel de télésurveillance médicale en cancérologie selon leurs propres ressentis. Nous concentrerons nos entretiens autour des questions relatives à l'organisation de travail des professionnels interrogés et la coordination qu'ils exercent avec les autres interlocuteurs de la prise en charge.

2.3 Cadrage des entretiens

Les entretiens ont été réalisés en présentiel ou, à défaut, en visioconférence. Ils ont eu une durée moyenne de 45 minutes. Afin d'avoir un fil conducteur permettant de structurer l'entretien, nous nous sommes appuyés sur deux guides d'entretiens. L'un à destination des professionnels utilisant un logiciel de télésurveillance médicale en cancérologie (annexe III) et l'autre destiné à ceux dont le logiciel est en cours de déploiement (annexe IV). L'objectif était alors d'avoir, d'une part, le retour d'expérience des professionnels en cours d'utilisation du logiciel de télésurveillance, et, d'autre part, étudier les freins et les leviers identifiés par les professionnels en cours de déploiement

du dispositif. Le guide d'entretien n'a pas été différencié selon le genre, l'expérience ou la fonction. Selon, Kohn et Christiaens, ce type de « procédé dans le contexte de la recherche en soins de santé est justifié lorsque l'objectif est d'identifier les points de vue, les croyances, les attitudes, l'expérience de patients, praticiens, divers intervenants, etc. » (2014, p. 70).

Ainsi, le guide d'entretien établi repose sur plusieurs objectifs :

- Identifier le parcours du professionnel interrogé et son expérience vis-à-vis de l'utilisation d'un logiciel de télésurveillance ;
- Identifier le contexte de déploiement du logiciel ;
- Identifier le parcours de soins du patient dans l'établissement et la place du logiciel de télésurveillance au sein de ce parcours ;
- Déterminer l'évolution des interactions intra-hospitalières et entre les professionnels hospitaliers et les professionnels de ville.

2.4 Choix des personnes interrogées

Nous avons interrogé des professionnels de santé issues de quatre établissements différents : un établissement public (ci-après nommé établissement B) et trois établissements privés à but lucratif (ci-après nommés A, C et D). L'un des établissements privés à but lucratif était en cours de déploiement d'un logiciel de télésurveillance lors de la réalisation des entretiens (établissement C). Tous les autres établissements utilisaient le logiciel depuis plusieurs mois, voire années. Nous avons choisi d'interroger, également, un professionnel exerçant dans un établissement de santé public (établissement B) afin de comparer les organisations mises en place pour la prise en charge du patient suivi par télésurveillance médicale.

Ainsi, nous allons interroger deux médecins ayant un diplôme d'étude spécialisée en cancérologie, un Responsable d'Unité de Soins (RUS), un enseignant en Activité Physique Adapté (APA), un IPA et deux IDEC.

La répartition des professionnels s'établit comme suit :

- Entretien 1 : IPA (établissement A) ;
- Entretien 2 : IDEC (établissement A) ;
- Entretien 3 : Enseignant APA (établissement B) ;
- Entretien 4 : Médecin spécialiste (établissement C) ;
- Entretien 5 : IDEC (établissement C) ;
- Entretien 6 : Médecin spécialiste (établissement D) ;
- Entretien 7 : RUS (établissement D) ;

Nous avons réalisé un tableau récapitulant cette répartition qui est transmis en annexe de ce mémoire (annexe V). Ces professionnels ont été choisis car ils interviennent tous dans la prise en charge du patient en cancérologie et utilisent ou organisent l'utilisation d'un logiciel de télésurveillance médicale. Tous ces établissements utilisent le logiciel de télésurveillance CUREETY TECHCARE®. Le choix a été fait de limiter l'analyse terrain à un seul logiciel de télésurveillance médicale afin de pouvoir comparer les résultats obtenus. De plus, nous avons choisi d'analyser ce logiciel de télésurveillance car il s'agit de celui déployé dans notre établissement et dans les autres établissements du groupe, nous permettant ainsi d'avoir accès plus facilement à des professionnels pour la réalisation des entretiens.

2.5 Méthode d'analyse

Afin de traiter au mieux les données collectées lors des entretiens semi-directifs, nous avons combiné la prise de note réalisée lors de l'entretien par un enregistrement, réalisé avec l'accord des personnes entretenues. Ainsi, lorsque nous avons réalisé l'analyse des entretiens, à posteriori, nous avons pu avoir une exhaustivité des données.

Pour analyser les données, nous nous appuierons sur une grille d'analyse (annexe VI).

Au vu de l'analyse de la littérature réalisée précédemment et des hypothèses qui en ont abouti, il a été choisi de ne pas étudier la différence liée au genre afin de limiter les spectres d'analyse et de nous concentrer sur ceux en lien direct avec la problématique.

La grille d'analyse s'appuie sur les mêmes objectifs que ceux définis dans le guide d'entretien.

2.6 Présentation des résultats

2.6.1 Parcours professionnel et expérience face à l'utilisation d'un logiciel de télésurveillance

Comme explicité ci-dessus, nous avons interrogé sept professionnels de santé exerçant à l'hôpital ou en clinique. Tout d'abord, les deux médecins interrogées ont toutes les deux une grande expérience dans le domaine de la cancérologie avec un parcours en établissement public, puis en établissement privé à but lucratif. Elles ont respectivement un diplôme d'étude spécialisée en radiothérapie (entretien 4) et en hématologie (entretien 6). Ce sont toutes les deux des médecins impliquées dans la recherche ayant participé, notamment à des travaux relatifs à l'utilisation de logiciels de télésurveillance. Ainsi, elles ont participé au développement d'autres logiciels de télésurveillance que celui étudié lors des entretiens. L'une d'entre elles (entretien 6) participe, au moment des entretiens, au déploiement du logiciel CUREETY TECHCARE® dans son établissement,

elle a ainsi pu bénéficier d'une formation liée à son utilisation. La deuxième médecin n'a pas eu de formation d'utilisation du logiciel, mais elles ont toutes les deux indiqué que celui-ci était « *facile d'utilisation* » (entretien 4). Le médecin de l'établissement D a même ajouté que celui-ci a l'air plus intuitif que d'autres logiciels avec lesquels elle a pu avoir l'habitude de travailler lors de ses travaux de recherche.

L'enseignant APA a également une appétence pour la recherche puisqu'il a exercé en tant qu'ingénieur de recherche en étudiant l'impact de l'activité physique adaptée dans la prise en charge en cancérologie. Lors de son étude, il s'est appuyé sur les données du logiciel de télésurveillance déployé dans le service. Ses recherches ont été réalisées avec le logiciel étudié lors de nos entretiens. Ainsi, il a pu bénéficier d'une présentation du dispositif par l'équipe et participe même, actuellement, au développement d'un onglet spécifique à l'activité physique adaptée.

Ensuite, le responsable d'unité de soins interrogé (entretien 7), a un parcours professionnel particulièrement développé en oncologie, puisqu'il a exercé, tout d'abord en tant qu'Infirmier Diplômé d'Etat (IDE) en oncologie pendant plus de vingt ans. Il a ensuite évolué en tant que responsable d'unité de soins aux urgences, puis en oncologie à partir de 2023, lui apportant alors une expertise dans ce domaine. Il n'a pas eu d'expérience relative à l'utilisation d'un logiciel de télésurveillance, mais a pu participer à la formation proposée aux professionnels paramédicaux du service d'Hôpital De Jour (HDJ) de chimiothérapie dans le cadre de la mise en place du logiciel dans la clinique. Ainsi, il a pu appréhender le logiciel avant sa mise en place et se rassurer face à son « *utilisation simple* » (entretien 7).

Les trois professionnels paramédicaux interrogés sont tous affectés au suivi des alertes soulevées par le logiciel de télésurveillance. Deux d'entre elles sont des IDEC avec une expérience dans des secteurs variés : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD), médecine, chirurgie, oncologie... L'IDEC de la Clinique A (entretien 1) a, par ailleurs, une expérience significative en oncologie puisqu'elle y a exercé pendant dix ans, dans le secteur d'hospitalisation, puis en ambulatoire. La deuxième IDEC interrogée (établissement C, entretien 5) a exercé essentiellement en médecine et est dans le service d'hôpital de jour de chimiothérapie depuis un an. Elles sont toutes les deux infirmières de coordination depuis un an dans leur service actuel. L'une d'entre elle a participé au déploiement du logiciel (entretien 5), l'autre est arrivée alors que celui-ci était déjà en place (entretien 2). Elles ont toutes les deux eu une présentation du logiciel, respectivement par l'équipe du logiciel directement, quand l'autre a été formée par l'ancienne occupante du poste. Enfin l'IPA a une expérience significative en oncologie puisqu'elle exerce depuis 10 ans dans cette spécialité, dont deux ans en tant que IPA. Elle n'a pas eu de formation liée à l'utilisation du logiciel mais a participé au déploiement du logiciel dans son établissement qui était alors identifié comme

établissement pilote. Ainsi, elle a participé au développement du logiciel alors qu'il n'était qu'en projet.

De ce fait, tous les professionnels interrogés, sauf une IDE, ont une expérience significative en oncologie. Certains professionnels ont même une formation spécifique à ce secteur : l'IPA et les deux médecins. Ce constat est appuyé par le RUS. Selon lui, il est nécessaire que les professionnels affectés à l'utilisation du logiciel et notamment au suivi des alertes aient « *atteints une certaine expertise dans ce secteur* », ici entendre par « *ce secteur* », l'oncologie. Certains professionnels ont pu bénéficier d'une formation liée à l'utilisation du logiciel, mais tous s'accordent à dire que sa prise en main est facile, voire même que la formation n'est « *pas nécessaire* » (entretien 2).

2.6.2 Contexte de déploiement du logiciel

La plupart des professionnels interrogés mettent en avant l'introduction du logiciel de télésurveillance médicale, comme réponse à un besoin dans la prise en charge du patient. Ils soulignent que le temps entre les cures, où le patient est à son domicile pendant plusieurs semaines avant de revoir son médecin, est une période où le patient est alors seul face à l'apparition de ses effets secondaires. Les professionnels évoquent un sentiment d'isolement éprouvé par le patient qui est susceptible de voir apparaître certains effets secondaires sans être en capacité de déterminer leur gravité. Ainsi, plusieurs évoquent les appels réguliers des patients inquiets auprès des différents professionnels impliqués dans la prise en charge. En effet, l'enseignant APA évoque des sollicitations récurrentes auprès de l'infirmier de coordination : « *l'objectif c'était la diminution des appels auprès de l'IDEC qui étaient quotidiens pour signaler des effets secondaires* » (entretien 3). Ensuite, d'autres professionnels exposent les nombreuses sollicitations auprès des secrétariats médicaux. En effet, ils mettent en avant les appels des patients qui souhaitent transmettre l'apparition de symptômes, plus ou moins graves, altérant ainsi leur état de santé. Le médecin hématologue complète cette information en mentionnant une « mauvaise » analyse des alertes. En effet, selon ce dernier, les secrétaires médicales n'ont pas les outils nécessaires pour analyser la gravité des différents symptômes puisqu'elles n'ont pas de formation en lien avec les pathologies ou les différents traitements pouvant être administrés en oncologie. Leur savoir et leur expertise reposent uniquement sur leur expérience professionnelle. Ainsi, le médecin met en avant les pertes de chance pour le patient qui peuvent être liées à une mauvaise analyse de la gravité du symptôme par la secrétaire médicale. Celle-ci pourrait ainsi attendre la fin de journée, lors de son point de transmission avec le médecin, pour lui transmettre l'information, alors qu'il était nécessaire d'effectuer une prise en charge en urgence. Enfin, l'une des infirmières de coordination (entretien 2) évoque également le dérangement des infirmiers du service : « *les patients cherchaient à joindre les secrétaires mais c'était compliqué de les avoir donc ils appelaient souvent les IDE*

d'ambu [ambulatoire] ». En complément de ces éléments de contexte, l'IPA interrogée lors de l'entretien 1 évoque également un besoin lié à la spécificité des établissements de santé privés. Elle indique « *on n'a pas d'internes, ni d'externes vu qu'on est une clinique privée, nos patients ne sont pas systématiquement vus par les onco [oncologues] avant chaque chimio [chimiothérapie]* » (entretien 1). En effet, dans cet établissement, les patients arrivent le jour de leur injection intraveineuse de chimiothérapie, sans avoir systématiquement eu une évaluation clinique depuis la dernière cure. Ainsi, certaines poches de chimiothérapie sont préparées mais ne pourront pas être administrées, car lorsque le patient arrive en hôpital de jour, il n'est pas en capacité de la recevoir. Deux professionnels précisent enfin ne pas connaître le contexte lors de l'introduction du logiciel car ceux-ci sont arrivés dans le service lorsque le dispositif était déjà en cours d'utilisation.

Ainsi, nous pouvons conclure que les professionnels interrogés identifient le même contexte de déploiement du logiciel que nous avons pu décrire auparavant dans la présentation du contexte de la méthode.

Avant l'introduction du logiciel, certains établissements ont mis en place d'autres techniques pour pallier ce besoin. Lors de la période d'épidémie de Covid-19, l'établissement A a développé un suivi téléphonique. La veille de la cure de chimiothérapie intraveineuse, les infirmiers appelaient le patient pour analyser à travers des réponses à un questionnaire oral l'état de santé du patient et ainsi conclure sur sa capacité à recevoir le traitement de chimiothérapie prévu le lendemain. Cependant, la conclusion dressée par l'IPA montre les limites de ce suivi. Elle indique que celui-ci était chronophage et que les questions étaient portées sur les symptômes du Covid-19 influençant ainsi les réponses des patients. De plus, elle ajoute que ce suivi ne permettait pas d'accompagner et d'anticiper la dégradation de l'état de santé du patient avec le suivi des effets secondaires entre les cures car celui-ci était réalisé à un instant donné, les patients ne mentionnant pas nécessairement tous les symptômes qui avaient pu apparaître lors de cette période d'inter-cure. Une autre technique utilisée par l'établissement D est la mise en place d'un suivi au domicile du patient par un prestataire lors de l'initiation d'un traitement par chimiothérapie orale. Ce dernier est réalisé à la demande de l'oncologue. Selon le RUS, l'introduction d'un télé-suivi pour ces patients pourrait permettre d'arrêter ce suivi visant uniquement à surveiller l'état du patient lors de l'initiation du traitement (entretien 7).

Enfin, quatre professionnels mentionnent la nécessité de prendre en compte cette innovation dans la prise en charge dès maintenant car elle représente « *l'avenir de la prise en charge en onco [oncologie]* » (entretien 1), ou encore il faut « *prendre le train en marche de l'innovation* » (entretien 6). Par ailleurs, les deux médecins mettent en avant son utilité dans le cadre de recherche médicale. Le médecin hématologue évoque des travaux de recherche réalisés en collaboration avec des laboratoires qui visent à étudier l'efficacité et/ou la toxicité d'un traitement dans le cadre d'une

recherche clinique. Selon le médecin, les données qui pourront être issues du logiciel de télésurveillance seront plus fiables car elles représenteront la totalité des événements déclarés par le patient quant aujourd'hui le médecin peut sélectionner consciemment ou inconsciemment les informations transmises au laboratoire.

Pour conclure, nous constatons un besoin, exprimé par les professionnels, de développer une coordination pour le suivi de l'apparition des effets secondaires du patient. Certains établissements évoquent avoir déjà essayé d'autres solutions que la télésurveillance pour pallier ce besoin, mais les précédentes organisations qu'ils ont pu établir ne leur permettaient pas d'atteindre l'efficacité escomptée. Enfin, certains professionnels ont également évoqué le besoin d'être associés à l'évolution de la prise en charge en cancérologie.

2.6.3 Parcours de soins du patient pris en charge en cancérologie et place du logiciel dans ce parcours

Les patients suivis en oncologie, ont presque tous le même parcours, qu'il s'agisse des établissements publics ou privés. Ils bénéficient tout d'abord d'une consultation médicale avec l'oncologue, suivie d'une RCP, une consultation d'annonce médicale, puis paramédicale pour enfin avoir l'initiation du traitement. Tous les entretiens indiquent que les patients inclus dans le logiciel de télésurveillance passent par ces étapes. Cependant, selon le traitement et/ou selon l'oncologue, tous les patients ne sont pas adressés en consultation d'annonce paramédicale. C'est le cas de l'établissement C concernant les patients ayant un traitement exclusivement par radiothérapie ou bien les patients sous hormonothérapie mis en avant par les établissements A et D. La consultation d'annonce paramédicale est identifiée dans tous les établissements, où nous avons réalisé des entretiens, comme le moment de l'inclusion du patient dans le logiciel de télésurveillance. Ainsi, certains parcours ont déjà été modifiés afin d'intégrer de façon systématique cette étape. C'est le cas de l'établissement C qui a ajouté une consultation d'annonce paramédicale systématique en cas de changement de protocole ou de récurrence permettant ainsi la modification du questionnaire (spécifique à chaque traitement) et l'inclusion dans le dispositif de télésurveillance. De la même façon, d'autres établissements ont l'ambition de développer leur parcours notamment pour les patients sous hormonothérapie ou thérapie orale afin d'ajouter une consultation d'annonce systématique et d'avoir l'opportunité d'inclure les patients dans le logiciel de télésurveillance. L'un des établissements interrogés propose aux patients qui ne souhaitent pas ou ne peuvent pas être intégrés au dispositif de télésurveillance une alternative. Il s'agit d'un suivi téléphonique, l'IDEC appelle directement les patients et complète le questionnaire directement lors de cet échange. Ainsi, les patients bénéficient tout de même d'un suivi avec l'apparition d'alertes verte, jaune, orange ou rouge dans l'application CUREETY TECHCARE®. Cependant, l'IDEC de l'entretien 2 et l'IPA de

l'entretien 1 mettent en avant l'aspect chronophage de cette activité. Cette alternative a également été évoquée par l'IDEC lors de l'entretien 5 comme un projet qui n'est actuellement pas mis en place par manque de ressources humaines.

Les soins oncologiques de support sont aussi mis en avant par toutes les personnes interrogées. Ils interviennent dans le cadre d'un HDJ comme par exemple dans l'établissement C ou bien lors d'une consultation complémentaire réalisée lors de l'annonce paramédicale et médicale, c'est le cas dans l'établissement B. En effet, une consultation réalisée par l'enseignant APA est effectuée de façon systématique en complément des deux autres. Ce dernier utilise également l'application de télésurveillance pour compléter les informations transmises lors de la consultation en ajoutant des documents et des programmes à poursuivre par le patient à son domicile. Cela permet aux professionnels de donner des supports et des objectifs aux patients entre les séances. Ces soins de supports ont été développés après l'introduction du logiciel de télésurveillance dans les établissements A et C. En effet, suite à l'introduction des patients dans le logiciel de télésurveillance, l'orientation vers « *notre HDJ PAM [parcours d'accompagnement médical] a augmenté* » (entretien 2) dans l'établissement A, quand un HDJ similaire a été créé dans l'établissement C après trois mois d'utilisation du logiciel de télésurveillance (entretien 5). Ensuite, le suivi à distance des patients a mis en avant un besoin important des patients lié à la nutrition (entretien 5). L'équipe de la clinique C a alors développé un HDJ nommé « *HDJ PAM nutrition* ». Le patient adressé dans cet HDJ est vu par trois professionnels : un diététicien, un psychologue et l'IDEC.

Enfin, deux personnes interrogées ont mis en avant une sectorisation des parcours. Tout d'abord, l'enseignant APA (entretien 3) indique que l'IPA de l'établissement B ne participe pas du tout au suivi des personnes intégrées au logiciel, car elle n'intervient pas dans la prise en charge des patients sous hormonothérapie. Il précise que la prise en charge des patients est « *très sectorisée* ». De même, il sait que le logiciel est utilisé également pour d'autres spécialités que la sienne (en digestif et en pneumologie) mais ne connaît pas leur organisation car il n'a pas d'échange avec eux. De la même façon, pour un traitement identique, les parcours des patients peuvent être différenciés en lien avec l'« *habitude* » (entretien 1) de l'oncologue, qui n'adresse pas ses patients en consultation d'annonce. Cette différenciation peut également être due à une réticence de la part du spécialiste d'organe qui ne souhaite pas intégrer ses patients dans un suivi par télésurveillance (entretien 5). Ce frein a bien été pris en compte en amont par le RUS interrogé dans l'établissement en cours de déploiement du logiciel, puisqu'il met en avant un frein qui peut être lié au médecin. Il souligne la « *nécessité de démontrer la plus-value* » (entretien 5) de ce suivi auprès des médecins afin d'obtenir leur adhésion. Dans un autre entretien du même établissement, le médecin met en avant un critère financier qui peut être associé à cette réticence : « *Il faut qu'il y ait un engagement de la direction pour intéresser les médecins. Il faut qu'il y ait une reconnaissance de l'implication qu'on a nous [...], une*

reconnaissance des responsabilités surajoutées qui passent par une reconnaissance, à la fois, sur un temps dédié et puis, une reconnaissance financière » (entretien 6).

Dans un autre entretien, un médecin (entretien 4) souligne le bénéfice de ce suivi avec la mise en avant d'un « *gain de temps médical* » car cela « *permet de se concentrer sur des soucis qui nécessitent un point de vue médical* », avant de conclure : « *ça aide le quotidien des médecins la télésurveillance* ». En ce qui concerne l'adhésion du corps médical au dispositif, le médecin interrogé lors de l'entretien 6, évoque également le rôle important qu'elle occupe en tant que premier praticien intégré au projet. Elle indique « *moi j'ai à leurs [les autres médecins oncologues et hématologues de l'établissement] démontrer que Cureety ce soit mieux que Résilience, notamment parce que il y a une infirmière en plus* » (entretien 6). En effet, avec certains de ses confrères, elle a participé à des études utilisant le logiciel de télésurveillance RESILIENCE PRO®. L'organisation du télé-suivi était alors une analyse et une réponse aux alertes exclusivement effectuées par les médecins, sans tri préalable ou implication des professionnels paramédicaux. La mise en place d'une équipe de télésurveillance avec un tri des alertes par un infirmier représente ainsi une nouveauté dont il faut démontrer le bénéfice auprès de ses confrères.

Ainsi, l'organisation établie n'est pas uniforme dans les établissements interrogés pour plusieurs raisons : la spécificité de prise en charge en lien avec le traitement ou le projet thérapeutique choisi, la pathologie, l'enjeu lié à l'adhésion du corps médical au dispositif, la quantité et la disponibilité des ressources humaines affectées à ce suivi.

2.6.4 Evolution de la coordination des professionnels de santé impliqués dans la prise en charge du patient en cancérologie

A) La coordination intra-hospitalière

Tous les entretiens décrivent un suivi et un tri des alertes réalisés par les professionnels paramédicaux (IPA, IDEC ou IDE) avec un relais vers les professionnels médicaux. Un suivi direct par le médecin est évoqué par l'oncologue de l'établissement D dans ses précédentes expériences avec un logiciel de télésurveillance. Selon cet oncologue, le suivi est chronophage et peut être sujet d'erreurs lorsque l'on n'y est pas dédié. L'oncologue de l'établissement C évoque également cet aspect chronophage du suivi en évoquant l'organisation initiale du suivi des alertes dans son établissement. Lors de l'introduction du logiciel, l'organisation choisie était d'adresser les alertes de façon simultanée aux infirmières de coordination et aux oncologues. Ainsi, en dehors des heures de présence des IDEC (weekends et soirées), les médecins se retrouvaient à recevoir des alertes inadaptées sans tri préalable et recevaient des mails pour toutes les alertes sans distinction de la gravité de celles-ci.

Le modèle de suivi reposant sur une coordination entre le médecin et les professionnels paramédicaux assurant le suivi est ainsi privilégié par toutes les personnes interrogées. L'oncologue de l'établissement D ajoute « *il est important de mettre en place une bonne coordination et un lien étroit avec les infirmières pour pouvoir communiquer par exemple en cas de changement de traitement, il faudra changer le questionnaire* ». Par ailleurs, tous les professionnels interrogés s'accordent à dire que ces échanges permettent de limiter les interruptions de tâches des médecins qui sont contactés lorsque leur avis médical est requis. Le tri effectué par les IDE permet une « *meilleure orientation du patient vers le professionnel le plus adapté* » (entretien 4). Certains établissements ont intégré l'IPA dans le suivi des alertes. Les professionnels de l'établissement A mettent en avant son intervention comme un moyen de réaliser des prescriptions médicales (soit via un renouvellement ou en modifiant la posologie). Elle réalise également des consultations et répond directement à des inquiétudes des patients face auxquels « *l'infirmière de coordination se retrouvait en difficulté* » (entretien 1). La communication entre ces professionnels est propre à chaque établissement. Les professionnels de l'établissement A évoquent une communication en temps réel par appel, messagerie électronique sécurisée ou allant directement voir le médecin. Cette organisation est également celle adoptée par les établissements B et C. Pour ce dernier, l'oncologue interrogé lors de l'entretien 5 évoque également la mise en place d'un temps de transmission réalisé en fin de journée entre les infirmiers et les oncologues pour faire un bilan des alertes survenues au cours de la journée et les actions entreprises ou restant à entreprendre.

Une coordination avec les professionnels paramédicaux dans les services de soins est également mise en place. En effet, l'IPA interrogée (entretien 1) évoque le développement du lien entre le service d'HDJ chimiothérapie, où le patient vient pour recevoir son traitement de chimiothérapie intraveineuse, et les IPA. Ces dernières sont informées systématiquement par les infirmières lorsque celles-ci remarquent une altération de l'état de santé du patient et n'hésitent pas à solliciter l'IPA pour venir faire une évaluation clinique lors de la séance de chimiothérapie si l'oncologue référent est absent ou indisponible. Les autres professionnels interrogés ne constatent pas de communication particulière avec le service de soins de façon quotidienne mais plutôt d'un contact ponctuel par téléphone ou messagerie électronique si nécessaire. Les professionnels de l'établissement D, en cours de déploiement du logiciel dans la clinique, ne ressentent pas non plus la nécessité de mettre en place une communication systématique entre les professionnels assurant le télésuivi et l'équipe de chimiothérapie ambulatoire. Cependant, ils souhaitent que toutes les infirmières du service aient accès aux questionnaires remplis par le patient en inter-cure, ainsi que les actions qui en découlent, afin de vérifier la tolérance du patient face à la précédente injection, et de son état de santé... L'objectif évoqué par le RUS est ainsi de modifier les pratiques afin de prévenir l'apparition d'effets secondaires graves.

Tous les professionnels interrogés ayant déjà mis en place le logiciel dans leur établissement évoquent un meilleur adressage des patients auprès des soins oncologiques de supports. Le tri des alertes effectué par les IPA ou IDEC permet d'orienter « *les patients vers les HDJ en fonction des besoins* » (entretien 3).

Enfin, la coordination évoquée par les personnes interrogées décrit essentiellement les relations entre le personnel paramédical et médical. La présence d'un cadre administratif dans le parcours est évoquée à travers la composition des Comités de Pilotage (COFIL) permettant d'évoquer des évolutions à apporter au dispositif ou à l'organisation mise en place. Lors des entretiens nous avons remarqué que la fréquence de ces COFIL évolue en fonction de l'avancement. Ils sont plus fréquents à l'initiation du projet, et s'espacent au fur et à mesure. De plus, leur composition change en fonction des établissements et des organisations internes, même si une base reste similaire : au moins un cadre administratif, au moins un oncologue, un responsable du projet CUREETY TECHCARE®, un IDEC et/ou IPA assurant le suivi des alertes.

B) La coordination ville-hôpital et inter-hôpital

Lors des entretiens, plusieurs professionnels ont indiqué ne pas avoir développé de coordination particulière avec la ville. Ils placent tous le patient comme acteur relais entre l'hôpital et la ville et expliquent donner les indications et les conseils directement au patient. L'objectif mis en avant par les professionnels est de rassurer le patient en effectuant un suivi à distance et ensuite l'orienter vers le professionnel le plus approprié, cela peut être son médecin traitant, son pharmacien ou bien son infirmier libéral, comme il peut s'agir d'un professionnel hospitalier. Ainsi, les professionnels mettent en avant le souhait de maintenir l'autonomie du patient comme acteur de sa prise en charge. Cet avis est partagé par les professionnels interrogés en cours de déploiement du logiciel au sein de leur structure.

Cependant, l'IPA de l'établissement A met en avant des temps d'échanges dédiés avec des prestataires de santé de ville. Tout d'abord, elle évoque une réunion réalisée avec l'hospitalisation à domicile, avec qui, ils se réunissent toutes les deux semaines, ou encore avec les communautés professionnelles territoriales de santé également lors de temps de réunions. Ainsi, elle explique que ces réunions ne sont pas dédiées à un bilan relatif à la télésurveillance médicale, et bien qu'ils ne transmettent pas les questionnaires directement aux prestataires, ils profitent de ces temps pour échanger lorsque cela est nécessaire sur l'état de santé d'un patient notamment suite à l'apparition d'une alerte jaune, orange ou rouge. De la même façon, elle explique être en lien avec les pharmacies situées à proximité du domicile du patient et peut être amenée à lui transmettre directement l'ordonnance lorsque le patient n'est pas en capacité de se déplacer. Ce lien avec les officines de ville est également évoqué par l'IDEC de l'établissement C. Elle ajoute être aussi en lien avec les infirmiers

libéraux. Ces derniers avaient pour habitude, avant même l'introduction du suivi par le logiciel de télésurveillance, de contacter les oncologues, via leur secrétariat, lorsqu'ils observaient une altération de l'état général du patient. Depuis la mise en place de CUREETY TECHCARE® dans l'établissement, les infirmiers libéraux contactent directement les IDEC qui sont identifiés comme interlocuteurs principaux du patient. L'IDEC qui assure le suivi des alertes est également en lien direct avec l'HAD afin de mettre en place une hospitalisation à domicile à la demande de l'oncologue. Le suivi des alertes leur permet de surveiller l'évolution de l'état du patient et mieux anticiper la venue de ce prestataire afin d'éviter au maximum le recours à l'hospitalisation complète (entretien 5).

Un lien avec les Services d'Accueil des Urgences (SAU) des autres établissements sanitaires est également mis en avant par l'IPA dans l'entretien 1. En effet, elle indique que son établissement ne dispose pas d'accueil des patients en urgence et celui-ci oriente donc ses patients auprès des autres établissements du territoire en capacité d'accueillir, en urgence, les patients suivis en cancérologie dans la clinique. Ainsi, lorsque le patient y est orienté, l'IPA communique au SAU les questionnaires complétés par le patient au sein du logiciel de télésurveillance, ainsi que les alertes soulevées en conséquence. Elle effectue également une transmission écrite ou orale aux professionnels du service afin d'expliquer l'altération de l'état de santé du patient ayant conduit à cette prise en charge en urgence.

3 Discussion des résultats, recommandations et limites

3.1 Discussion des résultats

3.1.1 L'impact de l'introduction du logiciel sur les fonctions des professionnels de santé au sein de l'équipe de télésurveillance

Tout d'abord, la première hypothèse, supposant que l'infirmier dédié au suivi des alertes devient l'interlocuteur principal dans le suivi de l'apparition d'effets secondaires, semble se vérifier. En effet, nous avons pu constater, lors de nos entretiens, que l'organisation choisie par les établissements et exprimée par les personnes interrogées, pour le suivi des alertes soulevées par le logiciel, est systématiquement réalisée par un IDEC seul ou un binôme IDEC et IPA. De plus, le ou les infirmiers alors désignés deviennent également les interlocuteurs privilégiés pour le patient, puisque ces derniers échangent directement avec l'infirmier, à travers les questionnaires transmis, ou encore la messagerie disponible sur le logiciel de télésurveillance. Ainsi, les infirmiers chargés du suivi s'assurent de contacter et d'informer les médecins lors de l'apparition d'effets secondaires. Ces infirmiers devront également contacter les IDE du service lorsque, par exemple, l'administration de la chimiothérapie intraveineuse devra être repoussée voire annulée suite à une altération de l'état général du patient. Le professionnel dédié au suivi des alertes devient, à travers ce rôle de pivot entre les différents interlocuteurs du parcours de soins, l'interlocuteur privilégié des patients. Ce rôle est tout particulièrement indiqué pour les IDEC puisque lors du Plan cancer 2009-2013, la mesure 18 avait pour objectif de développer le nombre d'infirmiers de coordination afin qu'ils deviennent les interlocuteurs privilégiés du patient.

Par ailleurs, lors de l'analyse des entretiens, nous avons pu constater que les IDEC, accompagnés selon les cas d'un IPA, pouvaient être sollicités ou sollicitaient eux-mêmes l'oncologue, les IDE du service d'oncologie, le service des urgences, les soins de ville ou encore le patient lui-même. De plus, lorsqu'une coordination est mise en place avec les soins de ville et, si cela s'avère nécessaire, c'est l'IDE en charge du suivi des alertes qui organise, avec les soins de ville, les aménagements à mettre en place et les professionnels à intégrer dans la prise en charge. Ainsi, l'infirmier assigné au suivi des alertes ne devient pas uniquement l'interlocuteur privilégié du patient mais également celui des différents professionnels de santé qui interviennent dans la prise en charge. L'objectif mis en avant dans le plan cancer 2014-2019 dans le rôle des IDEC se concrétise puisque ces derniers deviennent alors le pivot du parcours coordonné du patient en cancérologie. Nous pouvons ainsi dire que la deuxième hypothèse, stipulant que l'infirmier assigné au suivi des alertes soulevées par le logiciel devient l'interlocuteur principal dans le suivi de l'apparition d'effets secondaires du patient, semble se vérifier.

Il est important de souligner que les infirmiers assignés au suivi des alertes soulevées par le logiciel sont, soit des IDEC, soit des IPA dans les organisations décrites lors des entretiens. Ainsi, la délégation de tâches vers les professionnels paramédicaux est encadrée et ces derniers sont choisis à travers leur statut d'expert dans la prise en charge. Cette expertise se justifie soit à travers l'expérience du professionnel dans le service ou dans ce secteur, soit à travers des formations de spécialisation comme avec l'infirmière de pratique avancée. En effet, outre le suivi des alertes permettant de surveiller l'apparition d'effets secondaires, d'autres tâches ont pu être déléguées aux IPA. Ces dernières sont en capacité, selon le décret n°2018-629 du 18 juillet 2018, de réaliser des prescriptions médicales, des évaluations cliniques du patient ou encore de prescrire des examens de biologie médicale par exemple. Cette évolution du champ de compétence de l'infirmier permet ainsi à l'IPA d'agir en autonomie selon le protocole établi avec les médecins et de communiquer directement au patient, une adaptation de la posologie prescrite par le médecin, de programmer une consultation avec le patient ou encore de prescrire la réalisation d'une prise de sang. Ainsi, le déploiement du logiciel de télésurveillance médicale suppose une évolution de l'organisation mise en place pour le suivi de l'apparition des effets secondaires à travers la mise en place de protocoles définissant la conduite à tenir de l'infirmier. Nous constatons alors, au sein de cette organisation, la mise en place d'une coordination par standardisation des procédés.

Cependant, il paraît important de préciser que le professionnel choisi pour le suivi, répond aux critères imposés dans le référentiel HAS de 2023. En effet, dans chacun des établissements où un professionnel a été interrogé, l'infirmier désigné a bénéficié d'une formation spécifique à la prise en charge du patient en cancérologie, ou il justifie d'une expérience significative, lui apportant un statut d'expert dans cette spécialité.

3.1.2 L'impact du logiciel sur les rôles et fonctions des professionnels intégrés dans l'équipe de télésurveillance

La deuxième hypothèse formulée précédemment semble se vérifier. En effet, celle-ci supposait que l'introduction du logiciel de télésurveillance médicale allait permettre un gain de temps médical et une délégation de tâches vers les professionnels paramédicaux. Or, l'organisation choisie actuellement dans tous les établissements correspond à la recommandation de Cheggour et Turpeau (2021) visant à instaurer un binôme médecin-infirmier. De plus, l'organisation décrite par Douarin et al. (2019) a été adoptée par tous les professionnels interrogés en affectant l'infirmier au suivi et au tri des alertes selon leur gravité, permettant ainsi de délester le médecin de cette étape chronophage. Par ailleurs, une personne interrogée a également mis en avant une diminution du nombre de consultations médicales nécessaires.

Il est important de souligner que le médecin reste tout de même responsable de la prise en charge du patient et assure un suivi complémentaire, comme recommandé par Douarin et al., dans leur étude portant sur l'analyse de l'expérimentation ETAPES. Celui-ci est informé en temps réel via des transmissions écrites ou orales des actions entreprises et reste l'interlocuteur privilégié des infirmiers lorsqu'un avis médical est nécessaire. Il a également accès à tous les questionnaires complétés par le patient entre les différentes cures. Ainsi, le déploiement du logiciel permet simplement au médecin de déléguer des activités dites « chronophages » pouvant provoquer des interruptions de tâches et de se concentrer sur les activités requérant une expertise médicale. Le médecin reste alors le responsable de la prise en charge, sa responsabilité, propre à son titre de médecin, reste engagée.

3.1.3 L'impact de l'introduction du logiciel sur la coordination établie entre les professionnels assurant le suivi de l'apparition des effets secondaires

Ensuite, la troisième hypothèse que nous avons établie suite à la revue de littérature est vérifiée. En effet, celle-ci stipulait que la mise en place du dispositif de télésurveillance permettrait de fluidifier le parcours de soins du patient en favorisant la coordination collective.

Lors de leur étude, nous avons constaté que Cheggour & Turpeau avait mis en avant la fluidification du parcours de soins lors de l'introduction du logiciel de télésurveillance. Ce constat est confirmé lors de notre étude de terrain puisque tous les professionnels interrogés mettent en avant une meilleure orientation du patient en fonction de ses besoins. A travers le suivi de l'apparition des effets secondaires, le patient va alors pouvoir être conseillé sur la conduite à tenir par l'infirmier en charge du suivi des alertes, de façon adaptée. Les conseils apportés sont convenus selon les procédures définies lors des COPIL ou à travers un ajustement mutuel entre les professionnels :

- Solliciter une consultation avec son médecin traitant, son oncologue, un psychologue ... ;
- Se rendre à l'hôpital dans le cadre d'une hospitalisation complète ou bien partielle à travers un séjour en hôpital de jour ;
- Modification de l'ordonnance afin d'adapter la posologie ;
- Mise en place d'aides à domicile voire d'une hospitalisation à domicile selon les besoins.

Comme nous l'ont précisé les professionnels interrogés, la plus-value de cette orientation est liée à une prise en charge plus anticipée maintenant que le logiciel de télésurveillance est en place, permettant ainsi de prévenir l'aggravation des effets secondaires apparus et d'éviter un maximum le recours à une hospitalisation complète. Nous avons constaté que le suivi des effets secondaires avec des questionnaires adressés de façon hebdomadaire aux patients permettait une meilleure anticipation de l'aggravation des effets secondaires.

Par ailleurs, la protocolisation du suivi des alertes et des actions à entreprendre et décrites comme un critère de réussite par Cheggour & Turpeau, se vérifie ici puisque tous les professionnels interrogés décrivent une organisation établie dès la mise en place du logiciel, au sein de leurs établissements. En effet, bien que celle-ci ait pu évoluer au cours de l'utilisation du logiciel, elle a toujours été formalisée en décrivant la conduite à tenir en fonction des alertes soulevées par le logiciel.

Cette organisation diffère avec celle en place au préalable. En effet, nous avons constaté lors des entretiens que les professionnels n'avaient pas de conduite à tenir auparavant. Le suivi était assuré uniquement par le médecin. Son indisponibilité pouvait entraîner la sollicitation, par les patients, des secrétariats médicaux ou des infirmiers du service qui réalisaient alors une transmission plus ou moins urgente au médecin en fonction de la gravité des symptômes déclarés par le patient. Il est important de prendre en compte le fait que l'évaluation de la gravité n'était pas formalisée et reposait uniquement sur l'évaluation personnelle du professionnel.

Ainsi, la coordination collective apportée par l'introduction du logiciel, a été mise en place pour assurer le suivi de l'apparition des effets secondaires du patient. Elle permet d'apporter une réponse adaptée à la gravité de ses symptômes, selon des procédures établies en collaboration entre les membres de l'équipe de télésurveillance et les membres du COPIL. Par ailleurs, la coordination de cette réponse a permis d'identifier des besoins récurrents chez les patients suivis. Ainsi, nous avons observé un développement des soins oncologiques de supports, voire une création dans certains établissements. Nous pouvons prendre l'exemple de l'établissement C, où l'IDEC interrogée a mis en avant le déploiement d'un parcours spécifique lié à la nutrition. Celui-ci s'est développé suite à l'introduction du logiciel dans l'établissement. Ainsi, ce suivi permet à la fois de fluidifier le parcours du patient, mais également d'étendre l'offre de soins proposée en analysant les besoins des patients.

3.1.4 Développement de la coordination entre les professionnels hospitaliers et les soins de ville ou établissements extérieurs

Enfin, la quatrième et dernière hypothèse soulevée n'est pas vérifiée. Celle-ci supposait une amélioration de la coordination entre les professionnels de santé exerçant en ville et ceux exerçant à l'hôpital. Une seule professionnelle a indiqué avoir développé la communication avec les professionnels extérieurs à l'établissement, après l'introduction du logiciel de télésurveillance médicale dans son établissement. Ainsi, nous avons pu constater, lors de l'entretien, différents modes de communication de ces informations :

- Transmission régulière lors de réunions avec des prestataires de ville ;
- Transmission ponctuelle à un autre établissement lors d'une entrée en urgence d'un patient ;

- Transmission ponctuelle directement à un professionnel de santé (exemple : transmission de l'ordonnance au pharmacien d'officine).

En effet, la plupart des professionnels interrogés indiquent communiquer les conduites à tenir directement au patient lorsqu'il s'agit d'une orientation vers un professionnel extérieur à l'établissement. Le patient devra ensuite s'orienter vers le professionnel ou la structure conseillée en ville. Cela fait écho à la définition que nous avons pu établir relative au logiciel de télésurveillance médicale, qui plaçait le patient au centre de sa prise en charge en tant qu'acteur de celle-ci.

Enfin, même si le Plan cancer 2009-2013 avait pour objectif de développer le lien entre la ville et l'hôpital grâce au développement des infirmiers de coordination, le rôle de suivi des alertes soulevé par le logiciel de télésurveillance qui leur est souvent attribué, n'a pas pour dessein d'y contribuer selon notre étude. En effet, nous avons constaté que l'objectif, dans cette organisation, n'est pas d'intégrer les professionnels de soins de ville et soins hospitaliers dans une prise en charge globale. Lors de notre étude, nous avons constaté dans la plupart des entretiens, la volonté de maintenir le patient acteur de sa prise en charge, agissant notamment comme relai entre la ville et l'hôpital.

Cependant, tous les professionnels interrogés ont mis en avant le déploiement des soins oncologiques de support, sous la forme d'un hôpital de jour ou de consultations. En effet, selon les alertes reçues à travers le logiciel et analysées par l'équipe des infirmiers, une orientation vers une prise en charge en HDJ ou en consultation avec un IPA ou un médecin peut être proposée afin de répondre aux besoins du patient. Ainsi, les professionnels fréquemment cités sont les psychologues, les kinésithérapeutes, les enseignants en activité physique adaptée ou les diététiciens. On voit ainsi la formation d'un réseau de soins à l'hôpital pour ces professionnels qui sont issues d'un exercice en soins de ville pour la plupart. Ainsi, le développement de l'offre de soins, proposée par les établissements à travers la mise en place d'un réseau de professionnels, permet ainsi aux patients de bénéficier d'une coordination collective intégrant des professionnels de ville à sa prise en charge.

Nous pouvons ainsi conclure que le logiciel n'a pas eu pour objectif de développer la coordination avec les soins de ville. Cependant, il a permis d'identifier certains besoins des patients auxquels les établissements ont apporté une solution en créant les hôpitaux de jour. Ainsi, les établissements ont intégré des professionnels de ville dans le parcours hospitalier du patient.

3.2 Recommandations

Suite au travail de recherche que nous avons réalisé, nous pouvons formuler des recommandations quant à l'organisation de l'équipe de télésurveillance et la coordination en place avec les autres professionnels impliqués dans la prise en charge du patient.

3.2.1 Optimiser la gestion des ressources humaines

Tout d'abord, il paraît essentiel de rechercher l'adhésion et l'implication de tous les professionnels concernés par l'utilisation du logiciel. En effet, nous avons pu nous apercevoir à plusieurs reprises lors des entretiens, que certains praticiens avaient exprimé leur réticence à utiliser un logiciel de télésurveillance, ou ne l'avaient simplement pas intégré dans leur pratique courante. Cette divergence de pratique entraîne ainsi une différence de prise en charge entre différents patients suivis dans le même établissement. Ainsi, il faudrait démontrer d'une part, l'opportunité liée à l'utilisation d'un logiciel de télésurveillance médicale pour la qualité et la sécurité de la prise en charge du patient, et d'autre part, les bienfaits pour l'organisation personnelle du médecin et des professionnels paramédicaux. En effet, nous avons pu mettre en avant plusieurs aspects positifs pour celui-ci, avec notamment, un gain de temps médical exprimé par les professionnels, une sollicitation du médecin uniquement lorsqu'un avis médical est requis et une diminution des interruptions de tâches. Par ailleurs, le rôle du médecin coordonnateur ne doit pas être sous-estimé dans cette valorisation du dispositif. S'il réussit à démontrer les bénéfices de l'intégration du logiciel dans la prise en charge de ses patients et dans son organisation de travail à ses confrères, il pourra être un élément motivateur pour les rallier au dispositif.

La coopération existante entre le corps médical et la direction, dans la prise de décision stratégique, doit être également prise en compte, puisque cette coopération a été évoquée comme levier face aux réticences de certains médecins lors de nos entretiens. Ensuite, dans le cadre des hôpitaux privés à but lucratif, qui constituaient la majorité des établissements étudiés lors de notre étude, nous pourrions ajouter les membres du groupe auquel appartient la clinique à cette coopération. Ainsi, celle-ci comprendrait alors le corps médical, la direction de la clinique et des membres du groupe auquel appartient la clinique. Par ailleurs la mise en place d'un comité de pilotage permettant d'établir une coopération dans la mise œuvre semble être essentiel également. Celui-ci offre ainsi l'opportunité de modifier l'organisation et la composition de l'équipe de télésurveillance, même après l'introduction du logiciel dans le service. Ainsi, lorsque la file active des patients intégrés au suivi par télésurveillance augmente, le COPIL pourra permettre d'adapter cette équipe de suivi et les procédures associées en fonction des besoins.

Enfin, les professionnels paramédicaux assignés au suivi, au tri et à l'analyse des alertes doivent être formés aux traitements et aux pathologies afin de pouvoir analyser les symptômes déclarés par le patient. La formation permettra ainsi aux soignants d'alerter le médecin en urgence si nécessaire. De plus, il est nécessaire qu'ils maîtrisent les différents parcours de prise en charge en vigueur au sein de l'établissement.

3.2.2 Introduction du logiciel de télésurveillance dans le parcours de soins

Nous avons pu constater que l'introduction du logiciel de télésurveillance était réalisée systématiquement lors de la consultation d'annonce paramédicale. Ainsi, cette étape devrait être intégrée à tous les parcours sans distinction liés au praticien, à la spécialité d'organe concernée par le cancer ou au projet thérapeutique proposé au patient. Cette harmonisation des parcours aurait pour objectif d'offrir, à tous les patients, l'opportunité de bénéficier d'un suivi par télésurveillance et d'intégrer l'IDEC et/ou l'IPA comme interlocuteur central dans sa prise en charge, notamment lorsqu'il est à son domicile.

De plus, nous avons constaté une identification de besoin de soins de support dans la prise en charge en cancérologie. En effet, à travers les entretiens, nous avons mis en avant que tous les établissements proposent un accès à des soins oncologiques de support. L'offre proposée par chacun s'est, soit développée, soit créée au sein de l'établissement suite à l'introduction du logiciel de télésurveillance dans le service qui a permis d'identifier des besoins. Ainsi, il paraît nécessaire de développer des réseaux de professionnels de santé comprenant des kinésithérapeutes, des psychologues, des diététiciens et des enseignants en activité physique adaptée afin d'être en capacité de répondre à l'expression de ces besoins par les patients. D'autres professionnels exerçant en ville et ayant acquis une expertise dans la prise en charge du cancer pourraient également intervenir dans ce réseau. Ainsi, nous pourrions envisager l'intégration de professionnels de santé tels que des psychomotriciens ou des ergothérapeutes à ces dispositifs. En effet, un psychomotricien pourrait apporter un accompagnement au patient notamment dans l'appréhension du rapport aux modifications corporelles qui peuvent être associées aux traitements ou l'évolution de la maladie. Un ergothérapeute pourrait, quant à lui, accompagner le patient à repenser l'organisation spatiale à son domicile afin de limiter le risque de chute ou lui proposer des équipements adaptés en lien avec l'évolution de son état de santé. Cela permettrait d'offrir une offre de soins oncologiques de support la plus exhaustive possible aux patients.

Par ailleurs, l'organisation de ces professionnels en réseau permet d'offrir au patient une coordination collective le plaçant au centre de cette prise en charge, sans qu'il ait besoin de solliciter chacun de ces professionnels. De plus, certains de ces professionnels n'ont pas de prise en charge par l'assurance maladie, ce qui rend leur accessibilité en consultation de ville limitée pour les patients n'ayant pas les moyens financiers ou de prise en charge par leur mutuelle. Une organisation en réseau, au sein d'un centre hospitalier ou d'une clinique pourrait ainsi permettre un accès gratuit à tous les patients. En effet, l'établissement pourrait percevoir le financement du Groupement Homogène de Séjour (GHS) lié à l'activité d'hôpital de jour, selon le décret n°2021-818 du 25 juin 2021, et ainsi recevoir un revenu associé à cette activité de soins lui permettant d'être en capacité

de développer cette offre de soins. Tous les patients pourraient alors y avoir accès, sans distinction de moyens.

3.2.3 Organisation du suivi des patients intégrés au logiciel de télésurveillance

A travers les entretiens et la revue de littérature que nous avons réalisés, il semble indispensable d'établir un protocole décrivant la conduite à tenir face à l'apparition des différentes alertes. Ce protocole permettra de formaliser le rôle de chacun des professionnels dans ce suivi et d'établir les différents liens de coordination de ceux-ci.

Par ailleurs, nous avons également constaté que l'organisation recommandée par les études et choisie par tous les professionnels interrogés, pour le suivi par télésurveillance en cancérologie, est un suivi asynchrone par un infirmier « expert » en binôme avec un IPA, si cela est possible. Le médecin est également tenu informé par l'infirmier et reste son interlocuteur principal lorsque la gravité des effets secondaires nécessite une intervention médicale. Le délai de réponse reste rapide avec un suivi quotidien des alertes soulevées par le logiciel en jours ouvrés et un message de recommandation auprès du patient (contacter le 15, contacter votre médecin traitant...) en dehors des jours ouvrés. Le médecin est souvent indiqué comme deuxième interlocuteur dans ce suivi afin d'optimiser son temps pour des avis nécessitant une expertise médicale. L'intervention d'un IPA dans le suivi permet d'optimiser d'autant plus ce temps médical puisque l'infirmier de pratique avancée peut réaliser certains actes par délégation du médecin et selon le protocole d'accord établi. Des transmissions orales et/ou écrites, selon les pratiques internes de l'établissement et selon les besoins, des actes réalisés par les professionnels paramédicaux et des différents questionnaires complétés par le patient doivent être transmis au médecin. En effet, il est important que celui-ci ait connaissance de toute la prise en soins de son patient car sa responsabilité médicale reste engagée tout au long de ce suivi.

Enfin, à travers les entretiens et la revue de littérature que nous avons réalisés, il semble indispensable d'établir un protocole relatif à la conduite à tenir face à l'apparition des différentes alertes. Ce protocole permet de formaliser le rôle de chacun dans ce suivi et d'établir les différents liens de coordination entre les professionnels médicaux et paramédicaux. Par ailleurs, une procédure délivrée au patient, visant à décrire les modalités de connexion au logiciel et son utilisation semble essentielle. En effet, selon les appétences de chacun pour les outils numériques, la prise en main peut s'avérer plus ou moins compliquée selon les personnes. En apportant une fiche explicative aux patients, ces derniers pourront s'approprier le dispositif plus facilement. Cette fiche explicative pourrait être accompagnée d'un temps d'éducation au patient lors d'une consultation (par exemple lors de la consultation d'annonce où est réalisée l'inclusion) afin de favoriser son adhésion au suivi par télésurveillance. Ce temps devrait être proposé également aux aidants qui pourraient être

susceptibles de compléter les questionnaires par la suite. Nous transmettons en annexe à ce travail de rédaction un organigramme visant à proposer un modèle de prise en charge d'un patient sous télésurveillance médicale en cancérologie (annexe VII).

Enfin, comme nous avons pu le constater lors de certains entretiens, tous les patients ne bénéficieront pas de ce suivi. Cela peut être dû à un refus de leur part ou bien à une difficulté imposée à eux telle que l'absence de connexion internet. Ainsi, une solution alternative devrait être envisagée afin de leur offrir à tous un suivi, sans distinction. Nous pouvons prendre l'exemple de l'organisation établie dans l'établissement A qui assure un suivi téléphonique où l'IDEC appelle le patient et complète elle-même les questionnaires dans le logiciel. Lorsque ceux-ci sont complétés, ils déclenchent une alerte et s'ensuit le déroulement des actions à entreprendre telles que défini dans le protocole établi par l'équipe de télésurveillance.

3.3 Limites de l'étude

Plusieurs limites peuvent être identifiées, et questionner la représentativité des résultats obtenus lors des entretiens. En effet, un faible échantillon de professionnels a été interrogé avec des fonctions et des expériences différentes. La représentativité des résultats ne peut donc pas être affirmée. Ensuite, un seul professionnel issu d'un établissement de santé public a été interrogé, son entretien ne peut permettre de représenter tous les établissements publics. Enfin, les entretiens semi-directifs n'ont porté que sur des professionnels utilisant le logiciel de télésurveillance CUREETY TECHCARE®, amenant ainsi un prisme d'étude unique. Nous avons fait ce choix, initialement, afin de faciliter la recherche de professionnels à interroger, en s'appuyant sur des personnes exerçant dans le groupe auquel est rattaché notre établissement. Finalement, cette difficulté de recrutement des professionnels interrogés s'est avérée vraie, puisque nous n'avons pu interroger qu'une seule personne exerçant dans un établissement extérieur au groupe. Cependant, comme nous avons pu le voir au cours de nos recherches, les logiciels de télésurveillance ayant des fonctionnalités propres, nous ne pouvons pas étendre les données recueillies à tous les logiciels de télésurveillance médicale en cancérologie.

Ensuite, il aurait pu être intéressant d'élargir les prismes étudiés en interrogeant des professionnels de santé exerçant en ville, intégrés ou non à des dispositifs de télésurveillance, et interroger également des patients suivis en cancérologie avec un suivi par télésurveillance ou non.

Les données recueillies lors des entretiens étant subjectives, un biais d'interprétation a également pu apparaître lors de l'analyse de celles-ci.

Enfin, il semble important de mentionner la posture participative adoptée au cours de l'alternance qui pourrait également constituer une limite. En effet, suite à des discussions informelles ou suite à certaines réunions en lien avec le déploiement du logiciel au sein de l'établissement, des biais ont pu modifier certains axes de réflexion. La position d'alternante au sein de la direction générale de l'établissement a également pu être un biais lors des entretiens.

Conclusion

L'introduction d'un suivi du patient par un logiciel de télésurveillance en cancérologie devient nécessaire pour assurer au patient une qualité et une sécurité des soins optimaux, malgré l'évolution de la prise en charge du cancer. En effet, entre le développement de la prise en charge ambulatoire, la chronicisation de la maladie et les risques d'apparition d'effets secondaires associés aux traitements, le patient est de moins en moins amené à être présent à l'hôpital. Par ailleurs, l'utilisation de ce type de dispositif nécessite l'intervention des professionnels de santé. Ainsi, ce mémoire avait pour objectif d'analyser l'impact du déploiement d'un logiciel de télésurveillance, sur la coordination des professionnels impliqués dans la prise en charge du patient en cancérologie. Nous nous sommes ainsi appuyés sur une revue de littérature, que nous avons mise en relation par la suite avec une étude qualitative réalisée sur le terrain à travers des entretiens semi-directifs, ce qui nous a permis d'identifier diverses évolutions au niveau des interactions, des rôles et des tâches attribués à chacun des professionnels.

Ainsi nous avons pu identifier une modification majeure liée au développement d'un binôme entre l'infirmier assurant le suivi de l'apparition des effets secondaires, grâce au logiciel, et le médecin référent du patient. L'infirmier devient l'interlocuteur principal du suivi lorsque celui-ci est à son domicile. L'infirmier devra alors acquérir une expertise des pathologies, des traitements et de leurs effets secondaires potentiels afin d'assurer une analyse pertinente des symptômes déclarés par les patients. Ainsi, l'infirmier associé au suivi des alertes est souvent un infirmier de coordination permettant de justifier de cette expertise. Ce dernier peut être accompagné, suivant les cas d'un infirmier en pratique avancée.

De plus, nous avons constaté que l'analyse des symptômes déclarés par les patients, a permis d'identifier un accroissement des besoins en soins de support. Ainsi, de nombreux établissements ont développé leurs soins oncologiques de support avec la création ou le développement d'hôpitaux de jour dédiés à cette offre de soins. En effet, le déploiement du logiciel de télésurveillance n'a pas systématiquement amené les établissements à développer leur coordination avec les soins de ville ou établissements extérieurs. Cependant, certains professionnels, ayant exercé en ville initialement, ont été regroupés au sein d'une prise en charge coordonnée à l'hôpital ou à la clinique. Nous pouvons ainsi en conclure le développement d'un rapprochement entre la ville et l'hôpital avec la création des hôpitaux de jour cités précédemment. Ces derniers ont pour objectif d'apporter une réponse aux besoins exprimés par les patients.

Ainsi, le développement d'une équipe de télésurveillance médicale en cancérologie, constituée d'un ou plusieurs infirmiers et d'un médecin, permet d'assurer une coordination collective intégrant

l'ensemble des professionnels de santé intervenant dans le parcours hospitalier du patient en s'appuyant sur des protocoles établis en concertation entre les professionnels paramédicaux, les médecins et les cadres administratifs.

Pour conclure ce mémoire, nous pensons qu'il pourrait être intéressant d'étendre le spectre d'étude, afin de comparer les différentes coordinations en place dans le suivi par télésurveillance médicale pour d'autres maladies telles que le diabète, l'insuffisance respiratoire ou encore l'insuffisance cardiaque chronique.

Bibliographie

- ❖ Adrien Defossez, Pascal Ducournau. L'hospitalisation " hors les murs " : quel gain d'autonomie pour le patient ? Le cas de patients soignés en chimiothérapie ambulatoire. *Revue Sociologie Santé - RSS*, 2015, Santé Reproductive : routines, visibilité, normes, 38, pp.237-257. fhal-01821269
- ❖ *Arrêté du 25 octobre 2023 relatif à la prise en charge anticipée numérique de certains dispositifs médicaux numériques à visée thérapeutique et certaines activités de télésurveillance médicale en application de l'article L. 162-1-23 du code de la sécurité sociale - Légifrance.* (s. d.). <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000048276427>
- ❖ *Arrêté du 21 décembre 2023 modifiant l'arrêté du 16 mai 2023 fixant le montant forfaitaire de l'activité de télésurveillance médicale prise en charge par l'assurance maladie prévu aux II et III de l'article R. 162-95 du code de la sécurité sociale, ainsi que les modulations applicables à ces tarifs et la périodicité de leur révision - Légifrance.* (s. d.). <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000048866483>
- ❖ *Article 36 - LOI n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022 - Légifrance.* (2021). https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000044553494
- ❖ Association Française des Infirmier(e)s en Cancérologie. (2018). Livre blanc de l'infirmier(e) de pratique avancée en cancérologie. Dans *A.F.I.C.* <https://www.fhf.fr/sites/default/files/documents/Livre%20Blanc%20IPA.pdf>
- ❖ Astruc, A., Sarfati, S., & Halioua, B. (2020). Télémédecine : les débuts de l'histoire. *La Presse Médicale Formation*, 1(5), 551-557. <https://doi.org/10.1016/j.lpmfor.2020.08.008>
- ❖ Bloch, M., Hénaut, L., Sardas, J., & Gand, S. (2011). *La coordination dans le champ sanitaire et médico-social : enjeux organisationnels et dynamiques professionnelles.* <https://sciencespo.hal.science/hal-00818111v2>
- ❖ Chaouky Hamida, « Les hôpitaux et les lieux de soin dans l'Antiquité et au Moyen Âge », dans : Alain Froment éd., *Archéologie de la santé, anthropologie du soin*. Paris, La Découverte, « Recherches », 2019, p. 159-169. DOI : 10.3917/dec.frome.2019.01.0159. URL : <https://www.cairn.info/archeologie-de-la-sante-anthropologie-du-soin--9782348045776-page-159.htm>
- ❖ Charle-Maachi, C., Moreau-Gaudry, A., Sainati, D., Camus, D., Adenot, I., Barthelemy, C., De Chalus, T., Debroucker, F., Denis, F., Gourio, C., Habran, E., Kamal, N., Douarin, Y. L., Rosier, A., Schuck, S., Thébaut, J., Trancart, A., & Vercamer, V. (s. d.). Les solutions numériques en santé, quelles valeurs apportées, quels mécanismes de financement et quelles évaluations ? *Thérapies*, 77(1), 117-132. <https://doi.org/10.1016/j.therap.2021.12.005>
- ❖ Cheggour, S., & Turpeau, S. (2021b). Télémédecine et coordination des soins : les deux piliers de l'optimisation du parcours de soins en cardiologie. *Annales de Cardiologie et D Angéiologie*, 70(5), 348-350. <https://doi.org/10.1016/j.ancard.2021.09.012>
- ❖ Choury-Gruet, C., Kherradji, K., Puyou, N., Rioche, R., Simaillaud, A., & Vieu, C. (s. d.). Présentation de l'infirmier en pratique avancée IPA. <https://journaldesinfirmiers.fr/wp-content/uploads/2021/07/presentation-IPA.pdf>

- ❖ Contandriopoulos, A.-P., Denis, J.-L., Touati, N., & Rodriguez, R. (2001). Intégration des soins : dimensions et mise en oeuvre. *Revue Transdisciplinaire En Santé*, 8(2), 38-52. https://www.researchgate.net/profile/Charo-Rodriguez/publication/251783304_Integration_des_soins_Dimensions_et_mise_en_oeuve/links/0deec52d84198174f2000000/Integration-des-soins-Dimensions-et-mise-en-oeuvre.pdf
- ❖ Cour des comptes. La Sécurité Sociale. Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, Septembre 2017. https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2017-09/20170920-rapport-securite-sociale-2017_1.pdf?lipi=urn%3Ali%3Apage%3Ad_flagship3_pulse_read%3BC5qHwVdbSICTTfo5W9GWig%3D%3D
- ❖ Décret n° 2010-1229 du 19 octobre 2010 relatif à la télémedecine - Légifrance. (2010, 19 octobre). <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2010/10/19/SASH1011044D/jo/texte>
- ❖ Décret n° 2018-629 du 18 juillet 2018 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée - Légifrance. (s. d.). <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2018/7/18/SSAH1812409D/jo/texte>
- ❖ Décret n° 2022-689 du 26 avril 2022 relatif aux conditions d'implantation de l'activité de soins de traitement du cancer - Légifrance. (2022). <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/LEGIARTI000045672368/2022-04-28/>
- ❖ Décret n° 2022-693 du 26 avril 2022 relatif aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité de soins de traitement du cancer - Légifrance. (2022). <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000045668609>
- ❖ Décret n° 2022-1767 du 30 décembre 2022 relatif à la prise en charge et au remboursement des activités de télésurveillance médicale - Légifrance. (s. d.-b). <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000046849110#:~:text=%2D%20Une%20activit%C3%A9%20de%20t%C3%A9l%C3%A9surveillance%20ne,activit%C3%A9%20de%20t%C3%A9l%C3%A9surveillance%20d%C3%A9j%C3%A0%20inscrite.>
- ❖ Douarin, Y. L., Traversino, Y., Graciet, A., Josseran, A., Bili, A. B., Blaise, L., Chatellier, G., Coulonjou, H., Delval, C., Detournay, B., Zaleski, I. D., Forest, J., Saidani, N., & Vandenbergue, J. (2020). Télésurveillance et expérimentations ETAPES. Quelle pérennité après 2021 : quel modèle organisationnel et financement ? *Thérapies*, 75(1), 29-42. <https://doi.org/10.1016/j.therap.2019.11.003>
- ❖ Froger, R., Allenet, B., & Guillem, P. (2017). Coordonner la prise en charge complexe : construction d'un outil d'orientation des patients atteints de cancer vers l'infirmière de coordination. *Recherche En Soins Infirmiers*, N° 128(1), 54-65. <https://doi.org/10.3917/rsi.128.0054>
- ❖ HAS. (2019). Avis n° 2019.0023/AC/SED du 17 avril 2019 du collège de la Haute Autorité de santé relatif à l'inscription sur la liste des actes et prestations mentionnées à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale de l'acte « Télésurveillance médicale des rechutes et complications du patient atteint d'un cancer du poumon par le système MOOVOCARE POU MON ». Dans <https://www.has-sante.fr/>. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-04/ac_2019_0023_moovcare_cd_2019_04_17_vd.pdf
- ❖ HAS. (2023). Avis sur les dispositifs médicaux numériques : CUREETY TECHCARE - solution de télésurveillance médicale. Dans *Haute Autorité de Santé*. <https://www.has->

sante.fr/upload/docs/application/pdf/2023-07/cureety_techcare_avis_de_la_cnedimts_du_25_07_2023.pdf

- ❖ HAS. (2023b). Activité sur les activités de télésurveillance médicale : RESILIENCE PRO - solution de télésurveillance médicale. Dans *Haute Autorité de Santé*. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2023-10/resilience_pro_avis_cnedimts_latm_2_occultations.pdf
- ❖ INCa, Situation de la chimiothérapie du cancer en 2010, Collection rapports et synthèses, 2010, 40p
- ❖ Kaufmann, J. (2016). *L'entretien compréhensif*. Armand Colin. <https://doi.org/10.3917/arco.kaufm.2016.01>
- ❖ Kohn, L. & Christiaens, W. (2014). Les méthodes de recherches qualitatives dans la recherche en soins de santé : apports et croyances. *Reflets et perspectives de la vie économique*, LIII, 67-82. <https://doi.org/10.3917/rpve.534.0067>
- ❖ *LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires - Légifrance*. (2009). <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000020879475>
- ❖ *LOI n° 2022-1616 du 23 décembre 2022 de financement de la sécurité sociale pour 2023 - Légifrance*. (2022, décembre 23). <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2022/12/23/ECOX2225094L/jo/texte>
- ❖ *LOI n° 2023-1250 du 26 décembre 2023 de financement de la sécurité sociale pour 2024 - Légifrance*. (2023, 28 décembre). <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/LEGIARTI000048670544/2023-12-28/>
- ❖ Lombardo Philippe, « La spécialisation des établissements de santé en 2006 », Études et résultats, DREES, 2008
- ❖ *Marquage CE : obtenir le certificat, exigences de l'UE - Your Europe*. (s. d.). Your Europe. https://europa.eu/youreurope/business/product-requirements/labels-markings/ce-marking/index_fr.htm
- ❖ Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes & Ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche. (2014). Plan Cancer 2014-2019. Dans INCa, *e-cancer.fr*. <https://www.e-cancer.fr/Institut-national-du-cancer/Strategie-de-lutte-contre-les-cancers-en-France/Les-Plans-cancer>
- ❖ Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes & Ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche. (2015). Plan Cancer 2014-2019 : 1er rapport au président de la République. Dans INCa, *e-cancer.fr*. <https://www.e-cancer.fr/Institut-national-du-cancer/Strategie-de-lutte-contre-les-cancers-en-France/Les-Plans-cancer>
- ❖ Ministère de la santé et des sports, Ministère de la recherche et de l'enseignement supérieur, & Ministère du travail. (2009). Plan Cancer 2009-2013. Dans INCa, *e-cancer.fr*. <https://www.e-cancer.fr/Institut-national-du-cancer/Strategie-de-lutte-contre-les-cancers-en-France/Les-Plans-cancer>
- ❖ Mintzberg H., *The Structuring of Organizations : A Synthesis of the Research*, 1979 - traduit en français en 1982 sous le titre *Structure et dynamique des organisations*, Éditions d'Organisation

- ❖ *Mon espace santé, un carnet santé numérique et sécurisé.* (2024, 28 juin). Ameli.fr. <https://www.ameli.fr/loire-atlantique/assure/sante/mon-espace-sante/mon-espace-sante-carnet-sante-numerique>
- ❖ Mottet, N., Berne-Gardette, N., & Leloup, L. (2011). La consultation d'annonce : règles et application. *Progrès En Urologie - FMC*, 21(4), F111-F113. <https://doi.org/10.1016/j.fpurol.2011.06.002>
- ❖ Nobre, T. (1999). *L'hôpital : le modèle de la bureaucratie professionnelle revisité à partir de l'analyse du coût des dysfonctionnements*. <https://shs.hal.science/halshs-00587813>
- ❖ Nys, J. (2020). La télémédecine, simple évolution ou véritable révolution des usages dans le système de santé français ?. *Marché et organisations*, 38, 15-36. <https://doi.org/10.3917/maorg.038.0015>
- ❖ Ordre National des Médecins. (2015). *Santé connectée : De la e-santé à la santé connectée*. <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/edition/lu5yh9/medecins-sante-connectee.pdf>
- ❖ Schweyer François-Xavier., « Crises et mutations de la médecine hospitalière », de Kervasdoué Jean (dir.), *La crise des professions de santé*, Paris, Dunod, 2003, p. 233-280
- ❖ *Section 11 : Télésurveillance médicale (Articles L162-48 à L162-57) - Légifrance.* (s. d.). <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGISCTA000044565906/>
- ❖ Simon, P. (2018). Les big data au service de la télésurveillance médicale des patients atteints de maladies chroniques. *Journal du Droit de la Santé et de l'Assurance - Maladie (JDSAM)*, 20, 7-11. <https://doi-org.ehesp.idm.oclc.org/10.3917/jdsam.183.0007>
- ❖ Simon, P., & Acker, D. (2008). La place de la télémédecine dans l'organisation des soins. rapport de la Direction Générale de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins pour le Ministère de la santé et des Sports.
- ❖ *SOS - ONCOPL.* (2023, 5 décembre). ONCOPL. <https://oncopl.fr/parcours-de-soins/sos/>
- ❖ *Télésurveillance médicale : 2 décrets actent l'intégration de la télésurveillance médicale dans le droit commun – Ministère du travail, de la santé et des solidarités.* (2024, août 9). Ministère du Travail, de la Santé et des Solidarités. <https://sante.gouv.fr/actualites/presse/communiqués-de-presse/article/telesurveillance-medicale-2-decrets-actent-l-integration-de-la-telesurveillance>

Annexes

ANNEXE I – Schémas des cinq types d'organisations décrites par Mintzberg (1982)

Figure I – Structure simple selon Mintzberg (schématisation personnelle)

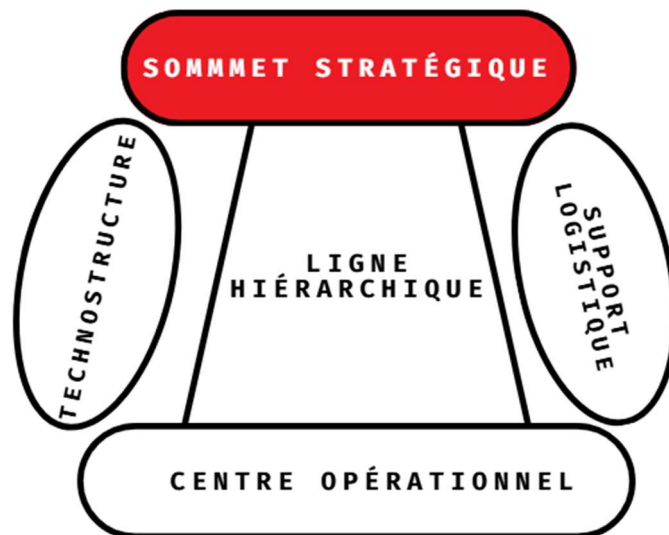


Figure II – Bureaucratie mécaniste (schématisation personnelle)

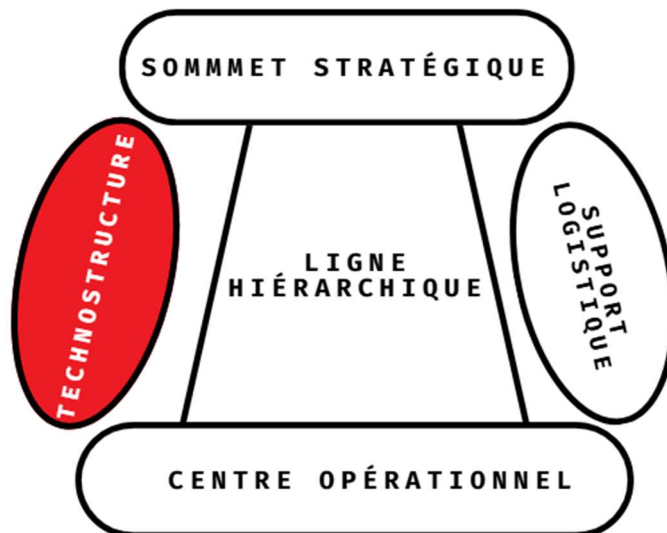


Figure III – Bureaucratie professionnelle (schématisation personnelle)

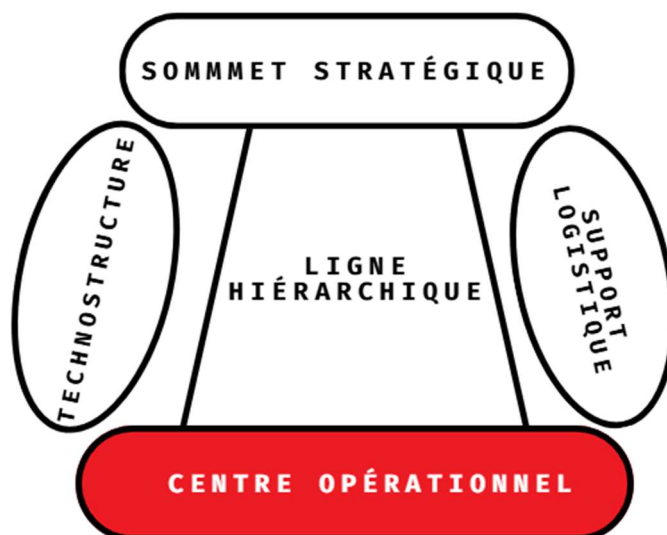


Figure IV – Structure divisionnelle (schématisation personnelle)

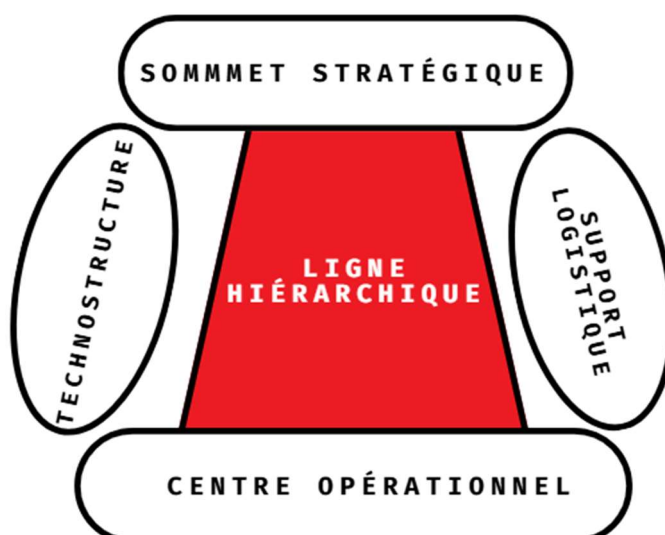
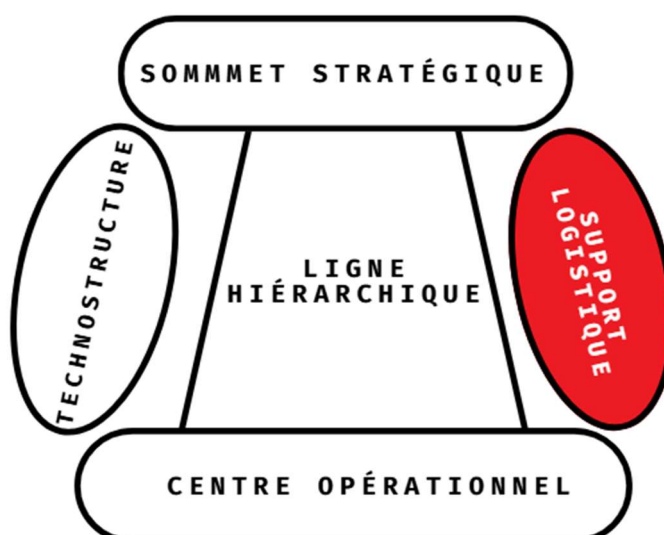
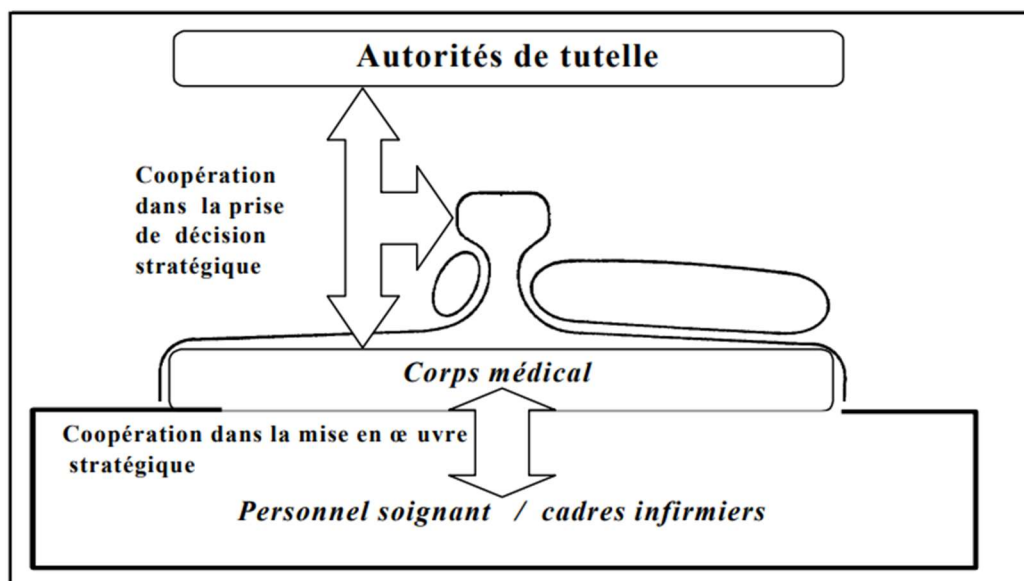


Figure V – Adhocratie (schématisation personnelle)



Annexe II – Schéma de l'organisation hospitalière selon Nobre (2011)



ANNEXE III – Guide d’entretien à destination des professionnels utilisant un logiciel de télésurveillance médicale en cancérologie

Guide d’entretien pour les professionnels ayant un logiciel de télésurveillance

Parcours professionnel & expérience de logiciel de télésurveillance

- Pourriez-vous me partager votre parcours professionnel ?
- Pouvez-vous me décrire votre contribution à la mise en place d’un logiciel de télésurveillance ?
- Pouvez-vous décrire les formations que vous avez suivies concernant la gestion, l’organisation ou l’utilisation d’un logiciel de télésurveillance ?
- Concernant le déploiement de Cureety dans votre établissement, dans quel contexte s’est-il inscrit ?
- Concernant votre utilisation quotidienne du logiciel :
 - Quels seraient les points positifs ?
 - Quels sont les points à améliorer ?

Organisation de la prise en charge des patients en cancérologie

- Pouvez-vous me décrire le parcours type d’un patient en cancérologie dans votre établissement ?
- Pouvez-vous me décrire la place du logiciel dans le parcours de prise en charge d’un patient ?
- De quelle façon organisez-vous la gestion des alertes mises en avant par le logiciel de télésurveillance ?
- Quand ce professionnel reçoit une alerte, celle-ci est analysée par l’algorithme du logiciel et codée selon une certaine couleur. Une fois que le professionnel a pris connaissance du degré de gravité de l’alerte, quelle(s) est/sont la/les conduites à tenir ?
- Cette organisation a-t-elle été modifiée depuis que le logiciel est en place ? Si oui, pour quelles raisons et de quelle façon ?
- L’organisation du service a-t-elle été modifiée depuis la mise en place du logiciel ? Si oui, de quelle façon ?

Point de vue individuel

- Quels sont selon vous les bénéfices sur la coordination de l’équipe de l’introduction du logiciel de télésurveillance médicale en cancérologie ?
- Quelles peuvent être les limites ?
- Avez-vous modifié vos interactions avec les professionnels de santé intervenant dans la prise charge en cancérologie ?
- Souhaiteriez-vous ajouter quelque chose ?

Guide d’entretien pour les professionnels en cours de déploiement d’un logiciel de télésurveillance

Parcours professionnel

- Pourriez-vous me partager votre parcours professionnel ?
- De quelle façon participez-vous au déploiement du logiciel de télésurveillance ?
- Dans quel contexte le déploiement du logiciel s’inscrit-il au sein de la clinique ?

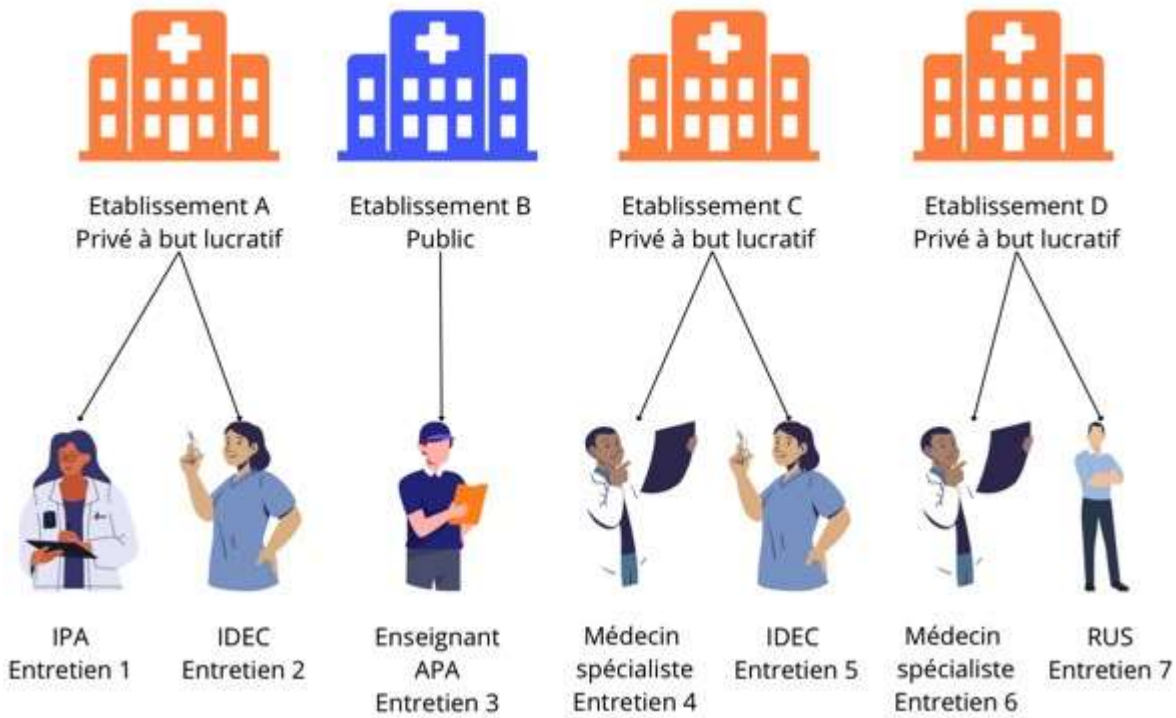
Organisation de la prise en charge des patients en cancérologie

- Pouvez-vous me décrire le parcours type d’un patient en cancérologie actuellement ?
- Pouvez-vous me décrire les différences potentielles dans ce parcours lorsque le logiciel sera déployé ?
- De quelle façon sera organisée la gestion des alertes mises en avant par le logiciel de télésurveillance ?
- Comment est organisée actuellement la coordination entre les professionnels de santé intervenant dans la prise en charge du patient en cancérologie (professionnels hospitaliers et les soins de ville) (mode de communication, moment dédié comme un staff, qui interagit avec qui) ?
- Est-elle susceptible d’évoluer lors de l’introduction du suivi par télésurveillance ? Si oui, de quelle façon ?

Point de vue personnel

- Quelles sont vos attentes face à l’introduction du logiciel de télésurveillance dans votre service ?
- Quels peuvent être, selon vous, les bénéfices de l’introduction du logiciel de télésurveillance médicale en cancérologie sur la coordination de l’équipe ?
- De la même façon, quels peuvent être les points négatifs sur la coordination de l’équipe ?
- Quels pourraient être les freins au déploiement du logiciel selon vous ?
- Quels pourraient en être les leviers ?
- Pensez-vous modifier vos interactions avec les professionnels de santé intervenant dans la prise charge en cancérologie ?
- Souhaiteriez-vous ajouter quelque chose ?

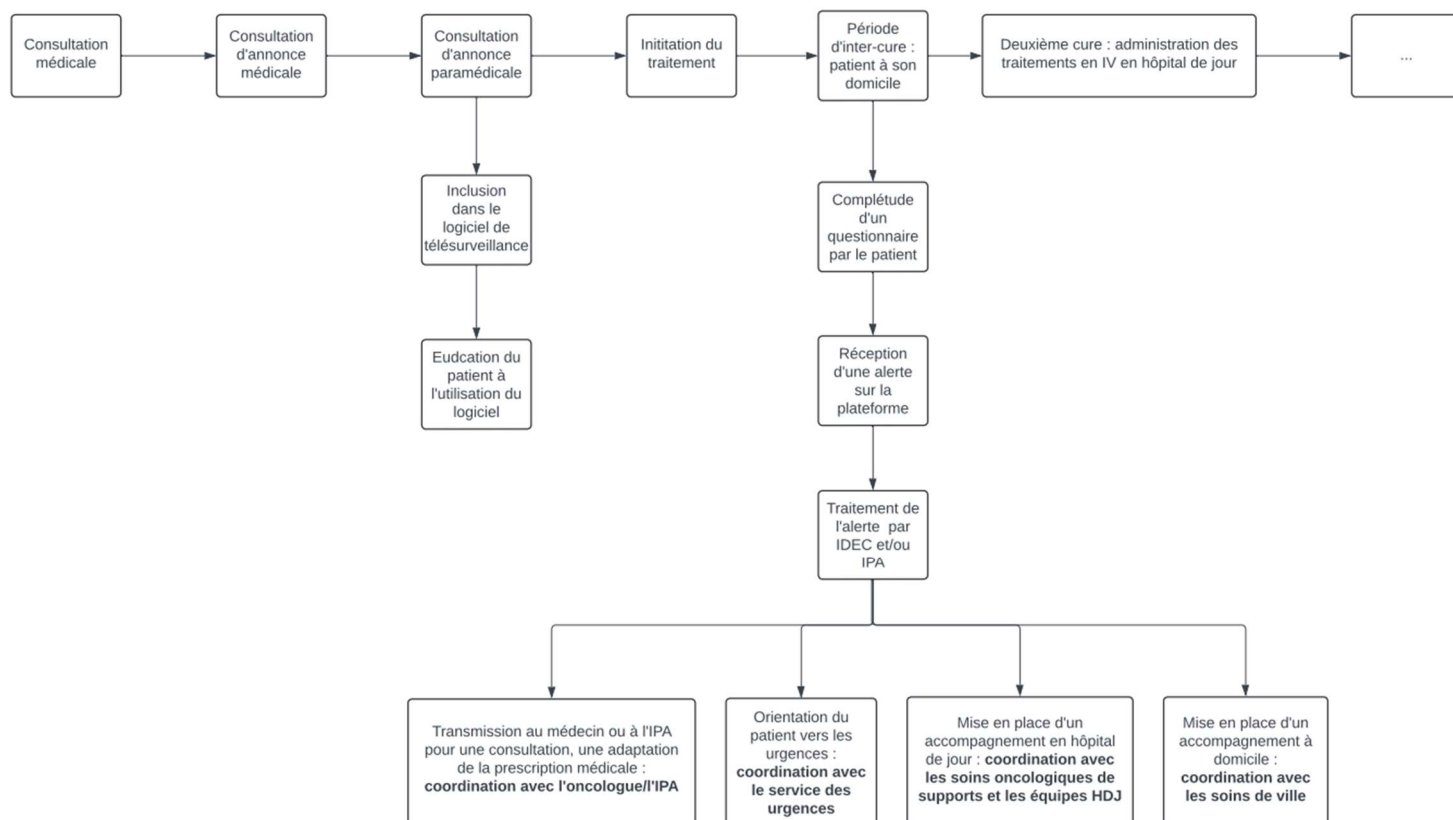
ANNEXE V – Schéma de répartition des professionnels interrogés (schématisation personnelle)



ANNEXE VI – Grille d’analyse des résultats

	Entretien 1	Entretien 2	Entretien ...
Fonction			
Parcours professionnel			
Expérience relative à l'utilisation du logiciel			
Contexte ayant amené le déploiement du logiciel			
Description du parcours de prise en charge du patient en cancérologie			
Place du logiciel dans le parcours défini précédemment			
Interactions intra-hospitalières			
Interactions avec les soins de ville			
Interactions avec les autres établissements hospitaliers			
Leviers de déploiement du logiciel			
Freins au déploiement du logiciel			

Annexe VII – Parcours d'un patient sous traitement IV pris en charge en cancérologie avec un suivi sous télésurveillance médicale (schématisation personnelle)



BERTHELOT	Morgane	3 septembre 2024
Master 2 AMOS Promotion 2023 - 2024		
Coordination des professionnels de santé lors de l'utilisation d'un logiciel de télésurveillance médicale en cancérologie		
PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : EHESP Rennes		
Résumé : Dans un contexte de développement de la prise en charge du cancer en ambulatoire, de nouveaux enjeux liés au suivi à distance de ces patients apparaissent. En effet, le cancer étant une pathologie avec des traitements lourds, l'apparition d'effets secondaires ou l'altération de l'état de santé du patient dû à l'évolution de la maladie sont fréquents et doivent être pris en charge. Ainsi, les établissements ont mis en place des organisations permettant de suivre l'état de santé de ces patients, même à distance, cependant, un manque d'efficacité est souvent mis en avant par les établissements. A ce titre, le développement de la télésurveillance médicale permet d'apporter une solution à ces besoins. Toutefois, la télésurveillance médicale, décrit comme outil de coordination par certains auteurs, amène à repenser les interactions existantes entre les différents professionnels. Ainsi, ce mémoire vise à étudier les impacts de l'introduction d'un logiciel de télésurveillance en cancérologie sur la coordination des professionnels de santé impliqués dans la prise en charge. Ce travail de recherche a pour objectif d'identifier l'évolution de cette coordination et de proposer une organisation efficace du suivi par télésurveillance en cancérologie, en s'appuyant sur une analyse de la littérature et une analyse terrain.		
Mots clés : Télémédecine – Télésurveillance – Cancérologie – Cancer – Effets secondaires – Coordination – Ambulatoire - Hôpital de jour – Soins oncologiques de support – Infirmier de coordination – Infirmier de pratique avancée – Médecin		
<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>		