

ESM – Formation & Recherche en Soins  
Université Paris Est Créteil/Val de Marne

## Diplôme de Cadre de Santé



LE E-GERONTOPSYCHIATRIQUE AU PROFIT DE  
LA COOPÉRATION DU PARCOURS DE SANTE :  
MYTHE OU RÉALITÉ ?

Amélie-ARNOULT

**DCS@16-17**

### **Note aux lecteurs**

Les mémoires des étudiants de l'Institut de Formation des Cadres de Santé de l'ESM sont des travaux personnels réalisés pendant l'année de formation.

Les opinions exprimées n'engagent que leurs auteurs.

Ces travaux ne peuvent faire l'objet d'une publication, en tout ou partie, sans l'accord des auteurs et de l'IFCS de l'ESM – Formation & Recherche en Soins.

# **REMERCIEMENTS**

Je tiens à remercier tout particulièrement mon directeur de mémoire, Monsieur Paul Souciet qui a su me guider dans l'élaboration de ce travail avec bienveillance.

Je remercie aussi tout le personnel de l'Ecole Supérieure Montsouris pour leur accompagnement tout au long de l'année.

Je remercie l'ensemble des professionnels qui ont accepté de participer à mes entretiens exploratoires.

Je remercie ma famille, mes amis et tout particulièrement mon mari ainsi que mes enfants pour leurs soutiens.

# SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	4
1 D'un cheminement vers une problématique.....	5
1.1 Constat de départ.....	5
1.2 Contexte populationnel :.....	6
1.2.1 La place de la personne âgée dans notre société.....	6
1.2.2 La personne âgée dans son parcours de santé.....	6
1.3 Contexte organisationnel : Les professionnels du " prendre soin des personnes âgées ».....	7
1.3.1 Gériatrie, Gérontologie et Gérontopsychiatrie : Trois termes complémentaires.....	7
1.3.2 Les professionnels de la gérontopsychiatrie et de la gériatrie.....	8
1.4 Contexte structurel.....	10
1.5 Ma problématique.....	10
2 Le sujet âgé.....	11
2.1 Vieillir, c'est quoi ?.....	11
2.2 Les troubles psychiatriques chez le sujet âgé :.....	12
3 Continuité des soins.....	13
3.1 Collaboration ? Coordination ? Ou Coopération ?.....	13
3.2 Le concept de coopération.....	13
3.3 Exemple de l'industrie.....	15
3.3.1 Ubiquité.....	16
3.3.2 Collaboratif.....	16
3.3.3 Virtualité.....	16
3.3.4 Une expérience du monde de l'industrie.....	16
4 Ecllosion du réseau.....	17
4.1 Parcours de soins ou parcours de santé ?.....	18
4.2 Des professionnels du réseau.....	19
4.2.1 Exemple des « case management ».....	19
4.2.2 Professionnels de la coordination :.....	20
4.3 La sectorisation et l'ambulatoire en psychiatrie, un modèle d'organisation des soins à l'extérieur de l'hôpital.....	20
5 Les outils au service de la coordination.....	21
5.1 Du papier à l'informatique.....	21
5.2 Le commencement de la télémédecine.....	23
5.3 La télémédecine au profit de la coopération.....	24
5.4 Des freins jusqu'aux leviers.....	25
5.5 Rôle et place du Cadre de santé hospitalier :.....	27
6 La télémédecine : Une véritable innovation.....	28

6.1	Le cadre de santé dans l'innovation : La conduite de projet .....	28
6.2	Où placer le cadre de santé dans cette organisation .....	30
6.3	Fédérer une équipe autour du changement .....	31
6.3.1	Un réel changement des pratiques .....	31
6.3.2	Accompagnement au changement .....	32
7	Télémédecine : compétences et autonomie .....	33
7.1	Le concept de compétence .....	33
7.2	Le concept d'autonomie.....	34
7.3	Accompagner vers l'autonomie .....	34
7.4	La formation des agents pour le développement des compétences.....	34
8	Enquête de terrain.....	35
8.1	La méthode de recherche.....	35
8.1.1	La population choisie .....	35
8.1.2	La méthode retenue .....	36
8.2	L'analyse des résultats.....	37
8.2.1	Présentation des 9 personnes interrogées .....	38
8.2.2	Résultats des entretiens auprès des utilisateurs de télémédecine.....	39
8.2.3	Résultats des entretiens auprès des non utilisateurs de télémédecine.....	45
9	Synthèse et retour sur mes hypothèses .....	45
10	Limites de ce travail .....	49
	CONCLUSION .....	50
	BIBLIOGRAPHIE .....	51
	ANNEXES	

## LISTE DES ABREVIATIONS

ARS : Agence Régionale de Santé  
Accoprat : Accompagnement des pratiques de télémédecine  
APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie  
CLIC : Centres locaux d'information et de coordination  
CLS : Contrats locaux de Santé  
CLSM : Conseils locaux en Santé Mentale  
CCP : Coordination Clinique de Proximité  
CTA : Coordination Territoriale d'appui  
CNIL : Commission Informatique et des Libertés  
CNRTL : Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales  
DMP : Dossier Médical Partagé  
FHF : Fédération Hospitalière de France  
GCS : Groupement de Coopération Sanitaire  
HAD : Hospitalisation à Domicile  
HPST : Hôpital Patient Santé Territoire  
MAIA : Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie  
MSP : Maison de Santé Pluri professionnelle  
NTIC : Nouvelles Techniques de l'Information et de la Communication  
OMS : Organisation Mondiale de la Santé  
PPS : Plan Personnalisé de Santé  
PTA : Plateforme Territoriale d'information et d'Appui  
SAED : Situation, Antécédents, Evaluation, Demande  
SROS : Schéma Régional d'Organisation Sanitaire  
SSR : Soins de suite et de rééducation  
SSIAD : Service de Soins Infirmiers A Domicile  
UCC : Unité pour troubles Comportementaux et Cognitifs  
UHR : Unité d'Hospitalisation Renforcée  
Uniopss : Union National Interfédérale des Œuvres et Organismes Privés Sanitaires et Sociaux

# INTRODUCTION

Le nombre de personnes âgées dépendantes est estimé à 1 200 000 en 2040 contre 800 000 actuellement. Ce qui aura des répercussions sur la prise en charge des patients. Selon les sociologues, le vieillissement de la population s'accompagnera d'une forte augmentation de la demande de soins qui sera modifiée de par une nature plus complexe. Cette évolution sera accompagnée d'une augmentation des pathologies chroniques, d'une restriction budgétaires au sein des établissements sanitaires ainsi qu'un manque en nombre de place d'hébergement. Ces modifications ne seront pas sans conséquence sur l'organisation des soins entre la Ville et l'Hôpital. Le besoin en coordination sera par conséquent majoré.

Assurer la qualité des soins pour les patients âgés est complexe en raison de la multiplicité des situations et du nombre croissant de professionnels impliqués. Ce qui ne simplifie pas le parcours de santé.

Afin de répondre à ces besoins multiples, il est nécessaire de repenser notre système de soin élargi sur un modèle plus systémique permettant de créer des liens entre les multiples professionnels et institutions existants. L'informatique peut être une aide. L'hôpital de demain est aussi l'hôpital numérique reposant sur de nouveaux modes d'usage des technologies, comme la télémédecine.

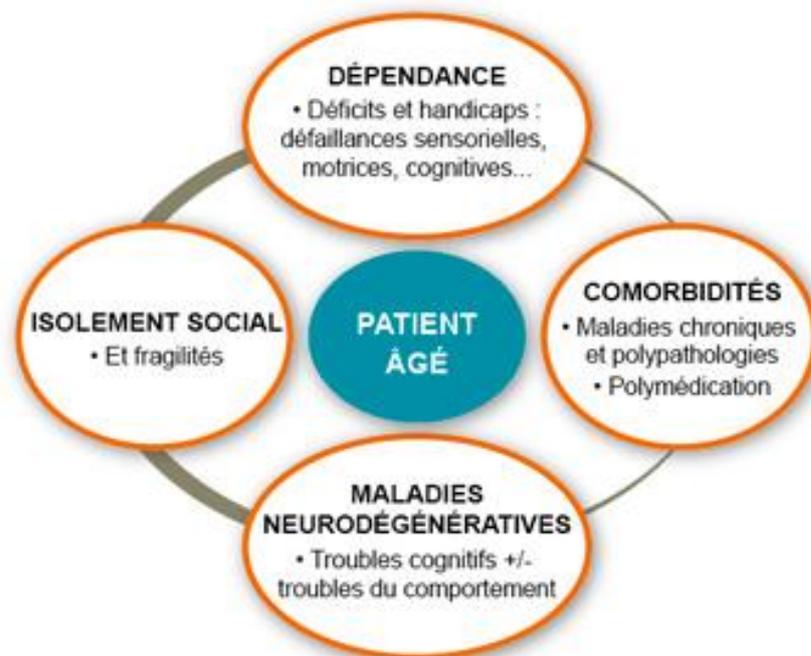
Dans un premier temps, j'expose le cheminement qui m'a conduit à formuler ma problématique, puis j'apporte un éclairage sur les concepts qui alimentent mes recherches. Dans un troisième temps, j'analyse mes confrontations sur le terrain. Je termine en rapprochant les témoignages recueillis aux hypothèses de départ.

# 1 D'un cheminement vers une problématique

## 1.1 Constat de départ

Mon constat de départ émane de l'analyse d'expériences vécues au détour de ma fonction d'infirmière en gérontopsychiatrie. De multiples situations m'ont conduit à me questionner sur la coopération entre les différents partenaires et services. Malgré une présence assidue des professionnels aux différentes réunions du réseau, l'anticipation des besoins et la sollicitation du « bon » interlocuteur semblent peu efficient. De plus, la coordination mise en place sur le territoire n'était pas égalitaire selon le témoignage de plusieurs partenaires.

La coopération ne se limiterait pas qu'à rassembler des professionnels. Cela demande à accepter un éclairage ainsi qu'une remise en question de nos pratiques. Pour cela, la pluridisciplinarité est requise sur une organisation verticale. Je cite l'exemple de Mr P, 75 ans, poly pathologique (psychiatrique, gériatrique, chirurgicale, cardiaque) qui n'a pu bénéficier d'un parcours de soin adapté et efficace malgré l'appui de soignant intervenant dans la prise en charge. Cette organisation a demandé du temps du fait que de multiples professionnels étaient concernés. Et Mr P finira par décéder rapidement des complications de ses problèmes de santé émanant en partie d'une défaillance de coordination dans la prise en charge globale. Ci-dessous, un schéma qui représente les quatre typologies principales pouvant impacter les unes envers les autres. D'où la nécessité d'une prise en charge multidimensionnelle.



Issu de la Clinique Gérontopsychiatrique de Rochebrune

J'ai débuté ce travail en réalisant le cadrage de mes recherches concernant la population ciblée, les professionnels impliqués ainsi que le contexte organisationnel et structurel, en ayant à l'esprit : **Quelle est la place du cadre de santé dans la coordination du parcours de soin ?**

## 1.2 Contexte populationnel :

### 1.2.1 La place de la personne âgée dans notre société

Voici une citation de Simone de Beauvoir qui décrit, à mon sens, la place du sujet âgé au sein de notre société : « Beaucoup de sociétés respectent les gens âgés tant qu'ils sont encore lucides et robustes, mais se débarrassent d'eux quand ils deviennent décrépits et gâteux ».<sup>1</sup>

Les professionnels vont devoir travailler en prenant en compte l'isolement social qui reste une problématique contemporaine. D'après la Fondation de France, près d'un tiers des personnes âgées se trouverait en situation d'isolement relationnel. Dans son rapport, Pierre Laroque s'exprime à ce sujet en disant : "Poser le problème de la vieillesse, c'est essentiellement rechercher quelle place peut et doit être faite aux personnes âgées dans la société française d'aujourd'hui et plus encore dans celle de demain".<sup>2</sup> Ce qui conduit à réfléchir sur une politique globale tournée vers l'autonomie. Cette réflexion date de 1945, Pierre Laroque considéré alors comme le « père » de la Sécurité Sociale est à l'origine d'un rapport sur la situation des personnes âgées. Il appelle à appréhender les problématiques liées au vieillissement de façon globale : « *La politique de la vieillesse ne se suffit pas à elle-même. Elle n'est et ne peut être qu'un aspect d'une politique plus large, tendant à assurer un aménagement harmonieux de l'ensemble de la société [...]* »<sup>3</sup>. Au début des années 1960, le conseiller d'État pousse un cri d'alarme : il alerte l'opinion sur le mal-logement des personnes âgées, sur leur isolement, mais aussi sur la situation de grande pauvreté dans laquelle se trouvent nombre de retraités.

Le regard du vieillissement de la société passe par la dimension politique et législative, « *l'augmentation de l'espérance de vie ne garantit pas la qualité de vie, et la possibilité de vieillir dans de bonnes conditions psychiques n'est évidemment pas sans liens avec les choix sociétaux qui sont faits au plan politique* »<sup>4</sup>. Adoptée par l'Assemblée nationale en première lecture le 17 septembre 2014, la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement de Mr Delaunay est entrée en vigueur le 1er janvier 2016. Cette loi poursuit l'objectif assigné par Pierre Laroque, pour la première fois, une loi appréhende la situation de manière globale. Dans un contexte budgétaire restreint, ce sont tout de même 700 millions d'euros par an qui seront alloués à l'accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie. Ce texte crée de nouveaux droits sociaux en revalorisant l'APA (Allocation Personnalisée d'Autonomie). Elle tente de proposer des solutions concernant l'évolution démographique et sanitaire de notre pays augmentant la nécessité de coordonner le parcours de santé. Ce texte repositionne le patient dans son parcours de santé. Elle est porteuse d'un changement de regard de la société sur la vieillesse en proposant de personnaliser les parcours. En juin 2015, Marisol Touraine a par ailleurs lancé le nouveau portail national d'information et d'orientation des personnes âgées. L'objectif étant de placer le patient au centre de sa prise en charge en étant « acteur » de son parcours de soin.

### 1.2.2 La personne âgée dans son parcours de santé

On pourrait dire que, dans bien des situations, la personne âgée n'est plus maître des décisions qui lui incombent. On entendra souvent le mot « infantiliser », ce qui positionne la personne dans une position semblable à celle des enfants. Ainsi, leur avis sera peu ou pas pris en considération dans la plupart des cas. Cela peut se traduire par l'absence totale ou partielle d'explications données à la personne. Mais aussi par l'impossibilité de faire entendre ses choix au moment de la construction de son parcours de soin.

---

<sup>1</sup>De Beauvoir. S 1970, la vieillesse, Paris, Gallimard, page 59

<sup>2</sup> Que sais-je, Le vieillissement psychique, page 25

<sup>3</sup>Rapport Laroque, publié en 1962

<sup>4</sup> Que sais-je, le vieillissement psychique, page 15

Juridiquement, le domicile est un *"lieu où la loi présume que la personne se trouve pour l'exercice de ses droits et l'accomplissement de ses devoirs et donc le lieu qui confirme l'identité sociale d'une personne et qui confère à la personne une place légale aux yeux des autres, par l'intermédiaire de la loi"*.<sup>5</sup> Par ailleurs, la circulaire ministérielle du 30 mai 2000 précise le champ d'application de l'hospitalisation à domicile et spécifie que *"l'hospitalisation à domicile concerne les malades atteints de pathologies graves, aiguës ou chroniques, évolutives et/ou instables qui, en l'absence d'un tel service, seraient hospitalisés en établissement de santé. L'Hospitalisation A Domicile (HAD) a pour objectif d'éviter ou de raccourcir l'hospitalisation en service de soins aigus ou de suite et réadaptation, lorsque la prise en charge à domicile est possible"*.<sup>6</sup> Qui serait habilité pour prendre les décisions sur le choix du lieu de vie et la manière de procéder ? *« Quand les familles et les intervenants professionnels imposent à une personne une hospitalisation, alors qu'elle veut rester chez elle, les formes que doit prendre ce maintien à domicile, introduisant à domicile cette logique d'expertise bien connue à l'hôpital et dans le monde médical »*.<sup>7</sup> Il est primordial de prendre en compte le point de vue du patient et sa capacité à prendre les décisions qui lui incombent. Depuis quelques années représentées sous le terme d'empowerment.

Au sein de la psychiatrie, le point de départ semble être l'absence de stigmatisation des troubles psychiques au sein de la société et auprès des intervenants du domicile. La réponse à ces objectifs est en partie donnée par les équipes mobiles de psychiatrie. Dans ce cadre, la loi de modernisation du système de santé de 2016 notifie la création des Contrats Locaux de Santé (CLS) et la mise en place des Conseils Locaux en Santé mentale (CLSM), leurs objectifs étant de sensibiliser les professionnels en menant des actions de coordinations en faveur des acteurs médico-sociaux ainsi que des campagnes auprès de la population dans le cadre de la santé publique. Un travail en lien entre les différents acteurs est indispensable. *"Aucun professionnel ne peut travailler seul en prévention en santé mentale : le décloisonnement est le maître mot, facteur de participation commune, d'empowerment et de citoyenneté pour tous"*.<sup>8</sup>

Que ce soit dans le domaine de la prévention de santé ou de la programmation des soins, la place du patient dans la coordination est capitale et permet une efficacité de la prise en charge optimale. Ceci demande une double connaissance : Celle de la personne âgée et celle des troubles psychiques.

L'évolution de notre société engendre un vieillissement de la population ce qui retentit tant sur le regard que les professionnels portent sur les personnes âgées, que sur l'organisation des soins. Ces derniers devant s'adapter en permanence afin de répondre aux besoins de la population.

### **1.3 Contexte organisationnel : Les professionnels du " prendre soin des personnes âgées »**

#### **1.3.1 Gériatrie, Gérontologie et Gérontopsychiatrie : Trois termes complémentaires**

Dans un premier temps, il me semble indispensable de définir ses trois termes qui peuvent être facilement interposés par méconnaissance.

Le dictionnaire Larousse définit la gériatrie comme une « discipline médicale consacrée aux maladies dues au vieillissement ».

---

<sup>5</sup>Repenser le maintien à domicile, Enjeux, acteurs, organisation. Bernard Ennuyer. Edition DUNOD, page 17

<sup>6</sup> Revu vie sociale et traitements, 2008, n° 99, page 55

<sup>7</sup>Repenser le maintien à domicile. Enjeux, acteurs, organisation. Bernard Ennuyer, édition DUNOD, page 40

<sup>8</sup>La santé en action, n° 436, Juin 2016, page 7

La gérontologie est la « science qui traite des problèmes biologiques, psychologiques, sociaux et économiques posés par les personnes âgées ».

La gérontopsychiatrie est définie par le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (CNRTL) comme une discipline qui étudie les maladies mentales du vieillard et les moyens de les prévenir.

Dans les années 1950, travailler auprès des personnes âgées relevait d'une vocation souvent représentée par des religieuses ou des bénévoles dont les compétences demandées étaient la volonté et la patience. Les premiers professionnels exerçant auprès de la population âgée étaient principalement des femmes. La notion du "prendre soin" prend sa source dans le terme de "vocation" et de "maitresse de maison". La question d'une formation supplémentaire pour prendre en soin cette population ne viendra que bien plus tard. Dans les années 1980, c'est le début des formations complémentaires spécifiques tournées vers le sujet âgé. C'est la naissance des termes « gériatrie » et « gérontologie », notamment avec la création d'un Diplôme Universitaire de gérontologie et le Diplôme d'Études Supérieures Scientifiques en gérontologie sociale. Concernant la formation médicale, ça n'est que dans les années 1980 qu'un enseignement spécifique sera dispensé durant les études de médecine. Et en 1988, le titre de gériatre apparaît.

Travailler auprès du sujet âgé a été durant de nombreuses années un travail peu valorisant, « ingrat » voire disqualifiant. N'est-il pas encore perçu comme cela de nos jours ? Donner une image positive des métiers du secteur gériatrique est une démarche permanente du cadre de santé. Pour lui, se questionner sur la formation du personnel dans ce domaine semble incontournable telle une expertise des difficultés liées à l'âge. Les professionnels intervenant au domicile comme en institution et en établissements hospitaliers ont une formation qualifiante avec l'obtention d'un diplôme à la suite d'études conduisant à l'exercice d'une profession, mais non spécifique à la prise en charge des personnes vulnérables que sont les personnes âgées. On ne peut pas limiter le mot "vieillesse" qu'au diagnostic strictement technique. A cela s'ajoute une valeur incontournable qui est la relation humaine entre le soignant et le soigné. A contrario, il ne faut pas être dans la "néo-profession" en se cachant derrière des savoirs en perdant toute compétence relationnelle. Les compétences doivent surtout être au service des partenaires dans une perspective de prise en charge globale du patient. Comment transmettre et échanger entre professionnels autour des connaissances gériatriques et psychiatriques de chacun ? De là, la coordination est un véritable enrichissement pour tous.

### 1.3.2 Les professionnels de la gérontopsychiatrie et de la gériatrie

Comme vu précédemment, le terme de gérontopsychiatrie n'est pas simple à définir et reste encore innovant. Et pourtant de nombreuses équipes spécialisées, voire même des établissements sont créés pour prendre soin des personnes âgées souffrantes de troubles psychiatriques. Ces structures ont pour vocation « *de prendre en charge des personnes âgées de plus de 60 ans qui ont développé des troubles psychiatriques complexes compliqués par des conditions liées au vieillissement et qui présentent des troubles psychiatriques graves et persistants* ».

Si la psychiatrie française s'est longtemps montrée réticente à s'intéresser au grand âge de façon spécifique. L'évolution sociétal confronte à prendre en charge des troubles psychiatriques du sujet âgé. Conduisant à un besoin de formation des professionnels. Cette particularité a conduit les psychiatres et les gériatres à modifier leurs compétences afin de proposer des solutions thérapeutiques les mieux adaptées. Ces deux spécialisations étant complémentaires, voire indispensables, l'une envers l'autre. Cela exige une interface permanente entre les acteurs dans une approche globale en coordonnant les actions thérapeutiques.

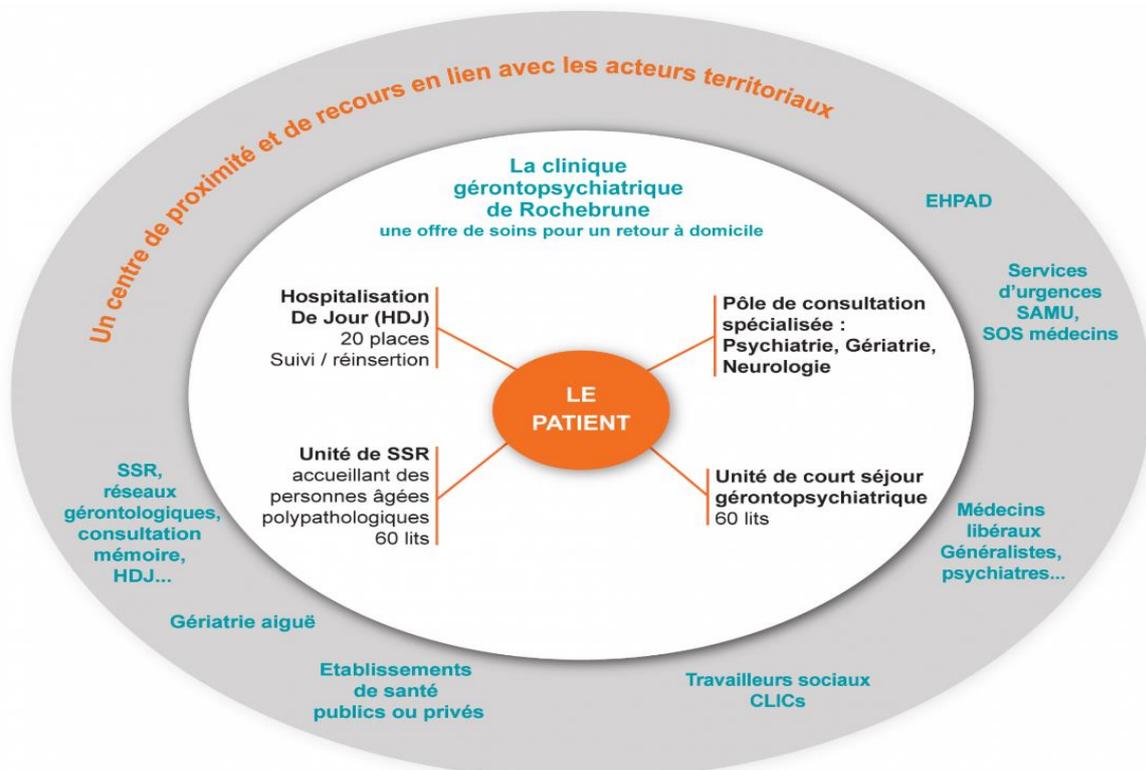
Les professionnels du domaine sanitaire sont :

- Médecin traitant qui est nommé comme étant le pivot dans l'organisation des soins
- Gériatre, médecin spécialiste des pathologies liées au vieillissement
- Psychiatre, spécialiste des pathologies mentales de l'enfant jusqu'à l'adulte
- Gériatopsychiatre, psychiatre spécialisé dans les pathologies mentales du sujet âgé
- Professionnels paramédicaux : infirmiers en Centre médico-psychologique, infirmiers en hôpital de jour, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, pédicures, orthophonistes...
- Soins à domicile : Service de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD), Hospitalisation A Domicile (HAD), unités mobiles
- Unités d'hospitalisation : la médecine gériatrique, les services de psychiatrie, les Unités pour troubles Comportementaux Cognitifs (UCC), Unité d'Hébergement Renforcée (UHR), court séjour gériatrique, service de Soins de Suite et de Rééducation (SSR)

Les professionnels du domaine médico-social :

- Assistantes sociales, travailleurs sociaux au CLIC, gestionnaires de cas MAIA, travailleurs sociaux des Conseils régionaux
- À domicile : services d'aide à domicile
- Structures d'hébergement : EHPAD

La multitude de professionnels sont d'origines différentes tant de leur profession que de leur appartenance institutionnelle. Ceci complexifie le réseau et par conséquent la collaboration (ci-dessous un schéma récapitulatif créé par la Clinique Gériatopsychiatrique de Rochebrune). On peut y voir le patient en position centrale. Le premier cercle schématise les services de soins hospitaliers. Et entourant ceci, les services de proximité et de recours.



Le nombre important de professionnels, énuméré dans ce schéma, demande, pour fonctionner avec efficacité un travail en inter-relation.

## 1.4 Contexte structurel

Les Agence Régionale de Santé (ARS) ont été créés suite à la loi du 21 juillet 2009 (Hôpital Patient Santé Territoire). Au sein de cette loi, on y retrouve les notions de coopération et de parcours de soin. Les termes de télémédecine y sont définis au n°2009-879, article 6316-1 comme : « ...une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication. Elle met en rapport, entre eux ou avec un patient, un ou plusieurs professionnels de santé, parmi lesquels figure nécessairement un professionnel médical et, le cas échéant, d'autres professionnels apportant leurs soins au patient. Elle permet d'établir un diagnostic, d'assurer, pour un patient à risque, un suivi à visée préventive ou un suivi post-thérapeutique. Elle permet aussi de requérir un avis spécialisé, de préparer une décision thérapeutique, de prescrire des produits, de prescrire ou de réaliser des prestations ou des actes, ou d'effectuer une surveillance de l'état des patients »<sup>9</sup>. Il est confié le déploiement de la télémédecine aux ARS. Ainsi dans ma région, Centre-Val de Loire, depuis quelques années, la télémédecine tend à s'implanter. De nombreux établissements publics et privés sont équipés, le financement étant pris en charge par l'ARS. Mais le constat est une sous-utilisation. Ainsi des formations ont été proposées dans le but d'accompagner les établissements à la mise en pratique de son utilisation, et à fédérer les établissements dans la création de liens.

Pour exemple, au sein de l'hôpital psychiatrique où j'exerce, l'appareil a été installé en 2012. Le secteur de la gérontopsychiatrie fait partie des champs de déploiement prioritaire au regard du vieillissement de la population. Pour autant, ce n'est que fin 2016 que les premières téléconsultations et télé staff débutent. Il faut préciser que la direction a été modifiée et que le déploiement de la télémédecine est devenu un axe prioritaire. Ainsi un comité de pilotage présidé par la directrice adjointe a été créé en 2016, pour faire suite au contrat de télémédecine passé le 18 novembre 2016 entre l'ARS et le Centre hospitalier Départemental de ma région.

## 1.5 Ma problématique

Au regard de ce contexte identifié, je me suis demandée : **Quel outil peut faciliter la coopération ?**

J'ai poursuivi mon interrogation par des lectures et effectué des échanges avec des professionnels du secteur de la gériatrie et de la psychiatrie. Très vite, j'ai identifié l'outil de télémédecine comme pouvant présenter des intérêts concernant le parcours du patient. Cette plus-value, je l'ai déclinée en cinq axes impactant positivement le cadre de santé, à savoir :

- L'amélioration des prises en charge avant, pendant et après le processus hospitalisation. Tout d'abord en intervenant de façon préventive afin de limiter le besoin de prise en charge en hospitalisation en temps complet. Ensuite en améliorant les échanges des professionnels de la santé et du social tout au long du parcours de santé.
- Une démarche de « santé publique » qui consiste à promouvoir les spécificités de chaque intervenant. Le cadre de santé est le "porte-parole"<sup>10</sup> des soins promulgués au sein du service et de l'établissement. Il préconise auprès de ses collaborateurs les avantages en l'utilisation de la télémédecine en proposant et sollicitant son utilisation.
- L'axe organisationnel semble primordial. Toutes ces actions demandent du temps. Il est nécessaire d'inclure des périodes de coordination dans les plannings des équipes

---

<sup>9</sup>Art.L. 6316-1.-La télémédecine est une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information

<sup>10</sup> Le management au quotidien, les 10 rôles du cadre, Mintzberg Henry

médicales, paramédicales et sociales. Le calcul de charge de travail ainsi que des bénéfices attendus facilitent ou non la prise en compte du travail de lien.

- La qualité du management sera recherchée au détour de la fonction de facilitateur. Il s'agit de simplifier le processus en étant le plus pertinent et efficace. Le cadre de santé, va devoir se positionner en tant que leader afin de faire adhérer les autres. Il fera preuve d'exemplarité. Il incitera les agents à se former.
- La gestion financière, qui d'un point de vue comptable permet de diminuer les coûts du patient (moins de déplacement), mais aussi du professionnel (bon spécialiste ciblé immédiatement, sans déplacement).

L'état des lieux général démontre que les difficultés d'échanges entre professionnels ne sont pas d'aujourd'hui et qu'à ce jour, les solutions ne sont pas totalement satisfaisantes, voire même peuvent complexifier l'intercommunication par des coordinations complexes. Notamment avec la mise en place successive de différentes professions dont la mission principale est la coordination (gestionnaire de cas, CLIC, CLS). Ces professions ont amélioré la communication ainsi que la transmission d'informations, mais ont aussi complexifié le processus en rajoutant des interlocuteurs. En prenant de la hauteur, et en portant une analyse sur les entretiens avec les collaborateurs, les freins étaient principalement d'origine organisationnelle pour se rendre aux différentes réunions (réunion de coordination, réunion de synthèse, échange clinique...). J'ai par conséquent, orienté mes recherches vers un outil pouvant répondre à ces paramètres qui sont : le temps, l'organisation et la participation de tous les acteurs dans un même espace. C'est ainsi que je me suis documentée sur les TIC (technique Informatique de Communication

Convaincue que la télémédecine pourrait aider dans le travail entre les partenaires du réseau gériatrique et psychiatrique, je me suis demandée quels pouvaient être les freins à cela d'un point de vue du management des équipes. Je me suis questionnée sur les réticences. Certes tous changements provoquent de l'incertitude et par conséquent des angoisses et des conduites d'évitement. Mais pourquoi plus dans certains secteurs alors que dans d'autres cela fonctionne depuis longtemps ? J'ai, pour ces raisons, souhaité approfondir cette interrogation et au regard de cela ma problématique de recherche en tant que futur cadre de santé est : **Afin d'améliorer la coordination du parcours de santé de la personne âgée, comment le cadre de santé peut-il fédérer une équipe dans l'appropriation d'un nouvel outil tel que la télémédecine ?**

## 2 Le sujet âgé

### 2.1 Vieillir, c'est quoi ?

Il ne faut pas perdre de vue que le vieillissement est un état naturel, biologique et universel. Mais il s'accompagne dans bien des situations d'une fragilisation rendant les individus plus sensibles à plusieurs facteurs susceptibles d'entraîner la mort ou la perte d'autonomie. Marguerite Yourcenar l'a parfaitement décrit par la voix d'Hadrien dans son ouvrage *Les mémoires d'Hadrien* : « Je me souviens de mes courses d'enfant (...), du jeu joué avec soi-même où l'on va jusqu'aux limites de l'essoufflement, sûr que le cœur parfait, les poumons intacts rétabliront l'équilibre. (...) Un être grisé de vie ne prévoit pas la mort ; elle n'est pas ; il la nie par chacun de ses gestes. (...) Cette étroite alliance commence à se dissoudre ; mon corps cessait de ne faire qu'un avec ma volonté, avec mon esprit (...). Le moindre geste était une corvée, et de ces corvées la vie était faite. »<sup>11</sup>

---

<sup>11</sup> Que sais-je, le vieillissement psychique, page 14

Les répercussions du vieillissement chez l'être humain engendrent la perte d'autonomie ce qui a une conséquence directe sur le besoin d'assistance afin de compenser. Ces modifications se situent sur plusieurs niveaux, tout d'abord physique (avec la perte d'autonomie), familiale (perte d'un proche), mais aussi sociétale (prise de la retraite et modification de la place dans la société). Tous ceci engendre un processus de « deuil » qui peut selon la personne être semé d'embûches et nécessiter l'aide d'un professionnel médical, social ou paramédical d'autant que le maintien à domicile reste l'objectif prioritaire pour tout individu. Cela implique une coordination trans-professionnelle afin de répondre à tous les besoins exprimés par l'utilisateur. Ces besoins varient selon la culture des individus, mais aussi selon le regard que porte notre société sur les aînés. Si vieillir « *se révèle pour bien des personnes une expérience foncièrement éprouvante et douloureuse, pouvant mobiliser chez d'autres la mise en place d'aménagements dégageant, c'est-à-dire à même d'apaiser le conflit par l'élaboration et le déplacement des problématiques qui le nourrissent* ». <sup>12</sup> Les professionnels doivent respecter la singularité de chacun et par conséquent ils se doivent d'adapter leurs réponses ou savoir interpellier les partenaires plus à même de proposer une solution. La prise en charge d'une population de personnes âgées qui de fait est poly pathologiques et poly factorielles accentue le besoin d'une prise en charge globale et poly professionnels. Mais pour autant il ne faut pas devenir trop intrusif et directif. Il s'agit d'organiser les soins avec le patient. Mais quelle place lui donne-t-on vraiment lorsque le sujet âgé présente des troubles psychiatriques ?

## 2.2 Les troubles psychiatriques chez le sujet âgé :

Au sein des structures de soins gérontopsychiatriques, les pathologies prises en charge sont diverses :

- Troubles psychiatriques vieillissants : psychoses...
- Pathologies démentielles accompagnées de troubles du comportement
- Dépression du sujet âgé
- Addiction
- Manifestations liées à des pathologies vasculaires : Accident Vasculaire Cérébral

La vieillesse n'est pas une pathologie, mais un état naturel ayant pour répercussion une multitude de transformations physiques et psychiques. Divers professionnels vont se mobiliser tout au long du parcours de santé afin d'apporter leur expertise. Cette diversité demande des connaissances et expertises diverses devant être transmises à l'ensemble des professionnels intervenant auprès de la personne prise en charge afin de limiter les difficultés qui incombent à la situation. Ce qui se trouve majoré lors de troubles du comportement. Une coordination des soins est nécessaire et même incontournable.

---

<sup>12</sup>Haut Comité consultatif de la population et de la famille 1962, rapport de la commission d'études des problèmes de la vieillesse, page 4

## 3 Continuité des soins

### 3.1 Collaboration ? Coordination ? Ou Coopération ?

Dans son discours du 25 Janvier 2013, au congrès de l'Uniopss à Lille, François Hollande évoque le maintien à domicile en stipulant l'intérêt d'une coopération interprofessionnelles : *"Nous devons permettre à chaque personne âgée qui le souhaite, de rester à son domicile, là où sont ses souvenirs, son espace, son quartier, ses amis, sa famille"*.<sup>13</sup>

Fayol en 1916, définit la **collaboration** comme des actions permettant de « relier, unir, harmoniser tous les actes et tous les efforts ».

En 1976, Van de Venet dit que « coordonner signifie intégrer ou relier ensemble différentes parties d'une organisation pour accomplir un ensemble collectif de tâches ».

La **coordination** est définie dans le dictionnaire Larousse comme *"l'action de coordonner, d'harmoniser des activités diverses dans un souci d'efficacité"*.

La **coopération** quant à elle est *"l'action de participer à une œuvre commune"*.

A sa genèse, le réseau avait pour vocation la collaboration entre les professionnels de champs disciplinaires divers. Ce qui consistait à les mettre en interrelation. Au décours du parcours de santé, cette collaboration a donné lieu à la coordination de part notamment la création de professions dédiées à cela afin de mutualiser les ressources existantes. Mais pour plus de résultats, une mise en commune plus intégrative semble appropriée, c'est l'apparition du terme : coopération.

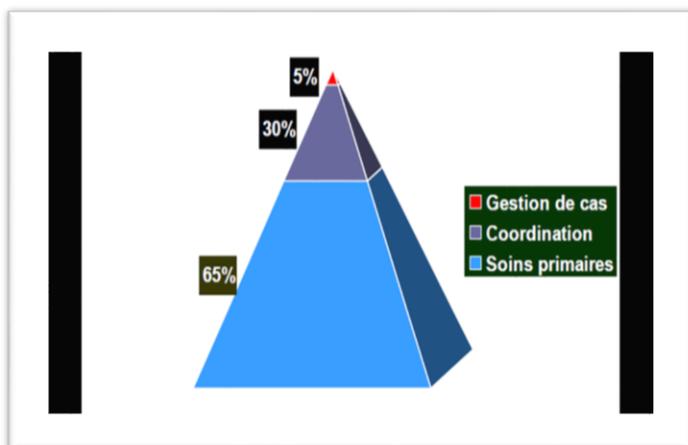
Au sein d'un réseau gérontopsychiatrique, la coopération sous-entend plus d'échanges, de partages et de connaissances des professionnels interagissant ensemble vers un même but. Apportant richesse et soutien mutuel dans des situations complexes. L'histoire du réseau démontre cette nécessité d'évolution dans les pratiques. Par conséquent, le mot "coopérer" sera utilisé dans la suite de mon écrit.

### 3.2 Le concept de coopération

Au sein d'un parcours de santé, les soins primaires sont majoritaires. Vient tout de suite après la coordination. Il commence à apparaître une nouvelle profession qui est la gestion de cas. Cette dernière appartient au dispositif MAIA (Méthode d'Action pour l'Intégration et l'Autonomie) dont la mission est de coordonner les acteurs lors de situations complexes à domicile. La pyramide de Kaiser illustre la conduite d'intégration du dispositif MAIA. Elle met en évidence les trois domaines y participant, à savoir : les soins primaires, les professionnels de la coordination et le dispositif de gestionnaires de cas.

---

<sup>13</sup><http://www.elysee.fr/déclaration/article/intervention>



**Pyramide de Kaiser permanente**

La coopération est définie par le sociologue Christophe Dejours comme des « *liens que construisent entre eux des agents en vue de réaliser, volontairement, une œuvre commune* ». <sup>14</sup>

On peut identifier plusieurs dimensions de la coopération :

- La notion de lien associant les agents entre eux. Pour être fonctionnelle, la coopération doit faire preuve d'une certaine stabilité acquise par de l'intercompréhension, de l'interdépendance et de l'obligation mutuelle.
- Ces liens se construisent entre individus. Cela doit passer par l'initiative des agents et non sous la contrainte. Ces liens résultent des interactions, du contexte social et matériel de travail. Dans la notion de coopération on retrouve la notion de collectif. Christophe Dejours cite « la coopération est ce qui fonde un collectif de travail ». Sans coopération, une réunion de plusieurs personnes se nomme un groupe et non un collectif. Deux termes sont indissociables de la coopération, il s'agit de :
  - Volontaire : ce qui suppose une volonté collective, c'est-à-dire une liberté des agents et un engagement personnel.
  - Œuvre commune : la notion d'œuvre est différenciée du travail par Hannah Arendt comme des « activités singulières d'une part et le sens de ces activités d'autre part ». Le sens des activités résultant de l'objectif à atteindre.

La coopération pose plusieurs questions concernant la nature des liens entre les agents, la construction de ces liens et les requis volontaires pour coopérer. La base est l'organisation du travail sans laquelle la coopération n'est pas possible. Il s'agit de déterminer les rôles, statuts, compétences, responsabilité et autorité donnant un cadre de référence indispensable à toute coopération. Cette organisation doit être accompagnée de méthodes managériales afin de donner la direction souhaitée. Ceci permet une précision et une description des relations entre les individus au sein des relations horizontales comme verticales (qui seront plutôt du bas vers le haut : up-down).

Les modes opératoires doivent être connus de tous. Cela passe par la visibilité, c'est à dire par "*l'effort pour montrer et rendre intelligible à l'autre son action*" <sup>15</sup> ce qui suppose une autre notion : la confiance. Christophe Dejours définit la confiance comme "*une relation entre deux personnes (ou davantage) caractérisée par la connaissance que chacun a des principes éthiques qui organisent les conduites de l'autre.*" Elle fait donc référence à l'éthique, c'est à dire aux valeurs partagées engendrant

<sup>14</sup> Coopération et construction de l'identité en situation de travail, par Christophe Dejours

<sup>15</sup> Coopération et construction de l'identité en situation de travail, par Christophe Dejours, Mars 1993

de la concordance entre actions et paroles. En d'autres termes, les liens de coopération ne peuvent exister que s'il y a des règles morales communes entre les agents. Je cite Christophe Dejours lorsqu'il écrit qu'il est nécessaire de "*distinguer les conditions grâce auxquelles les agents eux-mêmes peuvent débattre pour construire les valeurs, les principes et les bases qui feront référence dans le collectif pour juger de ce qui est injuste, de ce qui est équitable et de ce qui ne l'est pas*".<sup>16</sup>

La coopération engendre un besoin de reconnaissance du travail accomplis mais aussi la reconnaissance au sens de la prise de conscience des besoins, des limites voire des défaillances. Elle passe par deux types de jugements :

- **Le jugement de beauté** : il porte sur la conformité aux "règles" de travail, du métier et aux limites de la coopération.
- **Le jugement d'utilité** : il concerne l'utilité technique, économique ou sociale de l'organisation du travail. Il vient souvent de la hiérarchie ou des paires.

Dans le domaine de la coopération, comme dans beaucoup d'autres, l'industrie est en avance par rapport à la santé. Par conséquent, elle peut servir de modèle.

### 3.3 Exemple de l'industrie

« *Nous vivons aujourd'hui l'émergence de la 3ème révolution industrielle, qui va se concrétiser par un travail collaboratif, virtuel et à distance* »<sup>17</sup> ce qui impacte l'organisation du travail. Le début du 20ème siècle va connaître l'essor de nouvelle technique de communication :

- 1842 : le télégraphe
- 1876 : le téléphone
- 1877 : le phonographe
- 1899 : le cinématographe

Certaines de ces inventions ont été principalement développées dans un premier temps par l'industrie (le télégraphe et le téléphone). Elles vont permettre une communication en temps réel et un gain sur la productivité. Mais comme toute nouveauté, leur mise en place va se faire progressivement semée d'incompréhensions.

Les années 90 vont connaître l'apparition de nouveaux outils de communication au sein des organisations (visioconférence, courrier électronique...) conduisant ces dernières à se réorganiser autour de trois concepts qui sont : l'ubiquité, le collaboratif et la virtualité.

---

<sup>16</sup>Voir Cru. D, 1988

<sup>17</sup> Revue Management et Avenir, n°36, 2010, pages 340 à 365

### 3.3.1 Ubiquité

Le terme ubiquité provient du latin « ubique » qui signifie « partout ». C'est la capacité à se trouver à plusieurs lieux au même moment.

### 3.3.2 Collaboratif

Le travail collaboratif est défini par l'office Québécois de la langue française comme « *l'utilisation de ressources informatiques, dans le contexte d'un projet réalisé par les membres d'un groupe de travail reliés en réseau* ». Depuis plusieurs années, les entreprises utilisent ces nouveaux modes de communication visuelles et sonores à distance entre les collaborateurs (visioconférences et conférences web). Ce travail virtuel est devenu possible grâce aux progrès techniques, comme l'énonce Stephen Robbins « *Rien de mieux en effet pour répondre au besoin de réaction et d'adaptation à un environnement complexe et évolutif qu'une structure virtuelle* »<sup>18</sup>.

Ainsi l'intelligence collective est au centre de ce nouveau système en encourageant « *la construction d'une mémoire organisationnelle et le partage des connaissances. Il façonnerait ainsi une intelligence collective en regroupant les sources d'informations* »<sup>19</sup>

Un point essentiel de l'amélioration de ce processus est la dématérialisation des fichiers et des données additionnée d'un partage des connaissances en temps réel, ce qui représente une vraie valeur ajoutée. Ce nouveau mode de travail peut favoriser l'autonomie des équipes par une marge de manœuvre plus large de par l'accès à différents outils. Le travail collaboratif exige un mode de communication, un travail partagé, un accès au savoir et une gestion des tâches.

### 3.3.3 Virtualité

Cette notion n'est pas contemporaine, elle est introduite par le philosophe Aristote, qui dans la métaphysique distingue deux formes de l'existence :

- L'être en acte, ce qui appartient et détermine une chose
- L'être en puissance, qui sont les manifestations qui en découlent

Cette notion sera reprise par Pierre Lévy pour déterminer « l'intellect agent » qui définit l'intelligence collective moderne utilisant les réseaux numériques.

### 3.3.4 Une expérience du monde de l'industrie

Le premier stage de la formation de cadre de santé doit s'effectuer en entreprise afin de transposer les méthodes managériales au domaine de la santé. J'ai eu l'opportunité de suivre ce stage au sein d'une entreprise de production nucléaire. Dans différents champs j'ai pris conscience de leur état d'avancement, et notamment dans l'introduction du numérique. La vision conférence y est utilisée pour animer des réunions entre deux sites, mais aussi pour transmettre de la part d'un expert les recommandations dans la mise en place d'un nouveau processus. La culture est d'utiliser toutes les

---

<sup>18</sup> Revue Management et Avenir, n°36, 2010, pages 353

<sup>19</sup>Revue Management et Avenir, n°36, 2010, pages 355

ressources en interne à l'entreprise, même si cela concerne des sites très éloignés géographiquement. De même, le numérique est utilisé tous les jours afin de diffuser les informations quotidiennes au sein de chaque service ; pour répondre au principe de la transparence. Encore une fois, l'expérience de l'industrie peu nourrir le monde de la santé.

Le concept de coopération vient étayer le réseau. Après avoir défini le champ de la coopération, il est nécessaire de cibler le cadre du réseau gérontologique.

## 4 Eclosion du réseau

Le premier réseau de gérontologie pourrait remonter en 1945 avec le professeur Bluestone qui crée la première hospitalisation à domicile. Ce sont les premières expériences américaines nommées : « *Home Care* ». En France depuis la loi du 14 juillet 1905 il est obligatoire de porter assistance aux vieillards, aux infirmes et aux incurables privés de ressources, mais aucune prise en charge particulière n'est mise en place. D'autant qu'à cette époque, les personnes avaient une espérance de vie plus courte et les personnes vieillissantes étaient prises en charge par leurs familles. Ce n'est que dans les années 1950 que la nécessité d'une prise en charge par des professionnels du domicile va apparaître et sera à la genèse du premier service d'aide-ménagère. Puis en 1951, le professeur Siguié crée en France une organisation similaire au Home Care à partir des services de médecine générale. En 1960, le rapport de Pierre Laroque, intitulé « Politique de la vieillesse » va donner une impulsion. Il s'agit du premier questionnement politique vis-à-vis des problématiques de la vieillesse. Ce rapport est demandé par le premier ministre de l'époque, Michel Debré, afin de satisfaire à la fois les aspirations des retraités, mais aussi comme une *"solution incontestablement moins onéreuse que l'hébergement en collectivité"*.<sup>20</sup> Cela propulse les services d'aide à la personne. Bien entendu, le maintien des aînés au domicile est bien antérieur. Mais cela se complique avec l'allongement de l'espérance de vie ayant des répercussions sur la perte d'autonomie. C'est Alfred SAUVY qui va employer terme de "vieillesse de la population".

A partir de quel âge peut-on parler de personne âgée ? Et quelle population est concernée par le réseau gériatrique ?

Dans les années 1960, selon l'espérance de vie de l'époque et la durée du travail en rapport avec la mise à la retraite, ont été considéré âgé à partir de 60 ans et pourtant déjà en 1962, dans son rapport, Pierre Laroque utilisait le seuil de 65 ans pour définir les personnes âgées. L'Insee dans son édition de 2005 rappelle qu'une personne est considérée âgée à partir de 60 ans. Elle donne comme explication qu'attribuer : *" le qualificatif de personne âgée à toutes ces personnes est avant tout une commodité de langage plus que le résultat d'une analyse sociologique approfondie"*.<sup>21</sup> Mais si on tient compte des critères décrits précédemment, cela serait logique de reculer ce seuil à 65 ans, voir 70 ans. Lorsque l'on aborde les problématiques de coopération des professionnels du réseau gériatrique, on parle de perte d'autonomie et il semble plus approprié de fixer l'âge des personnes concernées à partir de 70 ans. Pour autant, le choix de fixer la limite de l'âge à 60 ans est préconisée par le Docteur Cléry-Melin qui explique qu'à « *partir de 60 ans, les patients en situation de handicap psychique ont besoin d'une prise en charge de type gérontopsychiatrique du fait de leur propension à voir se réveiller leur pathologie psychiatrique existante ou à déclarer de nouvelles pathologies tandis que des pathologies somatiques coexistantes aggravent le tableau pathologique* ».

Après avoir défini la population concernée il me semble nécessaire d'identifier la différence entre le terme de parcours de soins ou de parcours de santé.

---

<sup>20</sup>Haut comité consultatif de la population et de la famille. Page 208

<sup>21</sup>Insee 2005, les personnes âgées, Paris, Edition Insee

## 4.1 Parcours de soins ou parcours de santé ?

Sous la nomenclature de parcours, il semble nécessaire de procéder à un éclairage du mot "maintenir" qui vient du latin *manutenere* qui signifie tenir avec la main. En Français, il signifie "soutenir, protéger, défendre, avoir sous sa garde".<sup>22</sup> Le réseau gérontologique regroupe un "ensemble d'intervenants autour d'une personne âgée dépendante. Ces professionnels aux compétences complémentaires sanitaires et sociales coordonnent leurs actions au sein d'un réseau de santé. L'objet du réseau est d'apporter une réponse adaptée aux besoins des personnes âgées dépendantes désirant vivre à domicile en assurant une prise en charge globale et coordonnée en permettant le maintien à domicile dans des conditions sanitaires et sociales optimales".<sup>23</sup>

Le réseau de soins vise à « améliorer l'organisation des soins médicaux destinés aux seules personnes malades de la population cible »<sup>24</sup>. Le terme de réseau de soins concerne le secteur sanitaire.

Le réseau de santé : « vise à organiser la prise en charge plus globale et collective de la santé de la population-cible. Ces réseaux de santé incluent les réseaux de soins »<sup>20</sup>. Ce dernier est donc plus élargi et regroupe les interventions sanitaires, sociales et médico-sociales. Pour évoquer le réseau gériatrique, c'est le terme de réseau de santé qui sera employé. Quant au territoire spatial du réseau, il « emprunte aux dimensions de l'espace, de l'historicité, de la culture, de la profession, de la citoyenneté »<sup>20</sup> son appartenance.

Ce qui suppose que le patient doit être « dans un parcours coordonné, au sein duquel les différents intervenants sont mobilisés, et vont s'organiser pour lui »<sup>25</sup> ce qui implique un parcours de santé et non de soins.

Aux Etats-Unis, pays précurseur dans ce domaine de par la structure démographique du pays, le 23 Mars 2010, le président Mr Obama déclare dans la revue " Patient Protection and Affordable Care Act" les nouvelles orientations concernant les soins au sein des Etats-Unis, en proposant :

- Une réforme complète du système de santé
- Une coordination des soins comme levier majeur avec la mise en place de nouveaux modèles de soins et des initiations économiques.

Par cette réforme les hôpitaux Américains sont contraints à coordonner les soins en créant les ACO (Accountable Care Organization) ainsi que les Nurses Navigator qui concerneront dans un premier temps l'oncologie. Ces nouveaux métiers de la coordination dans les soins vont être un modèle pour la France et ainsi permettre de créer de nouvelles professions s'appuyant sur la méthode des « case management ». Il s'agit des gestionnaires de cas.

---

<sup>22</sup>Dictionnaire historique de la langue française 1992

<sup>23</sup> reseaux-gerontologiques.fr

<sup>24</sup>Le développement des réseaux de soins et de santé : contexte éthique et politique. P 138

<sup>25</sup> Soins cadre, octobre 2016, n° 99, page 19

## 4.2 Des professionnels du réseau

### 4.2.1 Exemple des « case management »

Originaire du Québec, des Etats-Unis et de Grande Bretagne, il s'applique au domaine de la psychiatrie. Ce concept vise à accompagner le patient vers une réintégration progressive à son domicile en s'appuyant sur la collaboration de ses proches et de son entourage. En résumé, le "case management" est le *"processus par lequel on obtient, coordonne et assure l'utilisation, par les usagers souffrant d'incapacités psychiatriques, des soins et des services qui les aideront à satisfaire, d'une façon à la fois efficace et efficiente, leurs besoins multiples et complexes. Le but ultime du case management est de favoriser la continuité des soins et de permettre que les différents professionnels et partenaires du système de santé soient accessibles, en renforçant leurs responsabilités partagées et leurs actions"*.<sup>26</sup> Il s'opère une implication active de la personne et de son entourage à tous les niveaux d'intervention. En France, plusieurs fonctions peuvent se rapprocher de ce concept, il s'agit de la référence soignante ou éducative en milieu psychiatrique ainsi que des métiers de la coordination des soins. Ces professionnels ont connaissance des besoins des usagers et du réseau.

Il existe cinq types de case management :

- Le case management de courtage. Il met en relation l'utilisateur avec les services nécessaires
- Le case management clinique. Il s'appuie sur les fonctions de courtage ainsi que sur la clinique
- Le case management de réadaptation. Son but est la réadaptation
- Le suivi intensif en équipe ou individuel dont les destinataires sont les usagers ayant des ré-hospitalisations régulières liées à des difficultés d'intégration en milieu ordinaire
- Le case management fondé sur le concept des forces personnelles qui s'appuie sur l'environnement et les capacités du patient

Le point d'avance dans les pays d'origine est que cette démarche est inscrite dans les programmes de santé publique et intégrée aux formations professionnelles. Le case management est un outil qui part des besoins de la personne.

Pour ce faire, il y a nécessité de déterminer un référent clinique et soignant du projet interne à l'institution ainsi que du parcours de soins plus global qui repose sur les fonctions de coordination et de transmission d'informations. Le case management a été initié au domaine de la psychiatrie lors de la sectorisation dans les années 1960, à ce jour il prend toutes significations dans les prises en soins d'un patient polyphatologique incluant les personnes âgées. Les acteurs sont *"tenus co-responsables de l'efficacité et de la qualité d'un système et des résultats relatifs à la santé et au bien-être de la population cible"*<sup>27</sup>, ce qui implique des compétences spécifiques à transmettre aux autres partenaires du réseau de santé. Ce qui se faisait jusqu'à aujourd'hui par différents moyens de communication tels que : les lettres de liaison, les réunions cliniques, les communications téléphoniques ou lors de staffs. Mais cela ne semble pas pour autant efficace ou du moins efficient et voir même ne respectant pas la sécurité lors des transmissions d'information par des réseaux non sécurisés (appels téléphoniques, fax). Un autre aléa et à prendre en compte, il s'agit de la configuration des professionnels de santé. Devant la pénurie de médecins, la diminution constante du quota de soignants dans les services, et

---

<sup>26</sup> Revue vie sociale, page 112

<sup>27</sup> Revue vie sociale, case management : quelle compétence professionnelle pour un accompagnement, page 121

l'extension du maintien à domicile, d'autres solutions sont à trouver. Il ne faut pas pour autant déposséder le patient, se substituer à lui. La coordination doit rester un appui, nous pourrions dire que *"la coordination est aux pratiques et aux organisations ce que la continuité des soins et des services est à l'utilisateur"*.<sup>28</sup>

Le modèle de l'organisation des soins en psychiatrie a servi de modèle pour organiser les soins généraux à domicile tel que l'Hospitalisation A Domicile (HAD) ainsi que les services mobiles.

#### 4.2.2 Professionnels de la coordination :

- Médecin traitant qui est le pivot organisationnel
- Gestionnaire de cas MAIA : Méthode d'Action pour l'Intégration et l'Autonomie
- Infirmier coordinateur
- Les travailleurs sociaux des CLIC : Centre local d'information et de coordination
- Coordinateur de Maison de Santé Pluri professionnels (MSP)

Tous ces professionnels ont besoins d'outils communs et partagés pour fonctionner ensemble. Des outils vont être créés, mais tous ne seront pas utilisés sur le long terme. Ils doivent être capable de répondre aux exigences des professionnels, mais aussi des patients eux-mêmes.

### 4.3 La sectorisation et l'ambulatoire en psychiatrie, un modèle d'organisation des soins à l'extérieur de l'hôpital

Dans le domaine de la psychiatrie, l'ouverture de l'hôpital vers la ville remonte aux années 1960 avec la sectorisation qui conduit les établissements à ouvrir des centres ambulatoires (dispensaires) dans un but de prévention des hospitalisations, de réinsertion des patients dans la société et de désengorger les hôpitaux. Cette réorganisation de la santé psychiatrique était le précurseur des soins à domicile. Ce fut l'apparition des Centres Médico-Psychologique permettant aux patients d'avoir plus facilement accès aux soins. C'est l'apparition des premiers soins de proximité, favorisant leur utilisation par les usagers et ainsi s'inscrivant dans la prévention de santé publique. Au cours du temps, ces structures vont se spécialiser auprès des enfants, des adultes et des personnes âgées. Permettant de répondre de façon spécifique aux besoins de ces trois populations. Mais ceci reste encore disparate selon les régions. Les structures de psychiatrie pour les personnes âgées, ne sont pas présentes dans toutes les régions comme une spécificité et pourtant, il est reconnu des avantages certains. L'hospitalisation en gérontopsychiatrie répond en premier lieu à une situation aiguë en rapport avec une pathologie psychiatrique et sert de contenant voire même de lieu de transformation et de transition d'autant plus que l'hospitalisation arrive aussi en réponse à un maintien à domicile inadapté qui peut provoquer angoisses et troubles du comportement chez les sujets âgés. Dans ces cas, l'hospitalisation est un « *tournant dans la vie des personnes âgées, en particulier lorsque celle-ci sont orientées vers un lieu de vie institutionnel* »<sup>29</sup>. Le temps de l'hospitalisation va permettre d'instaurer des soins de natures différentes, mais va aussi présenter une rupture dans la vie de la personne. L'enjeu sera par conséquent de rétablir de la continuité en se projetant sur la sortie, ceci pouvant s'établir par le passage par des lieux de transition ou intermédiaires au sein du parcours de santé (Hôpital de jour, Appartements thérapeutiques, Centre de convalescence...).

---

<sup>28</sup>Revue vie sociale, case management, page 124

<sup>29</sup> La crise de la fin d'hospitalisation en gérontopsychiatrie, Jean-Marc Talpin

Actuellement, la personne âgée confrontée à une difficulté d'ordre psychique liée à une crise individuelle et/ou familiale et/ou institutionnelle va passer par les urgences psychiatriques. Bien souvent, le retour à domicile semble inadapté car « *dangereux du fait de l'âge, de la fragilité (réelle ou supposée)* »<sup>23</sup>. Cette souffrance donnera lieu à une hospitalisation en gériopsychiatrie ou en psychiatrie générale. Ces unités spécifiques voient ces dernières années « *leur existence mise en danger dans bien des hôpitaux de France, ce qui doit être mis en regard d'une part de la dévalorisation dont fait l'objet la population âgée hospitalisée en psychiatrie (et ailleurs), d'autre part des restrictions budgétaires si fréquentes actuellement.* Lors de ses hospitalisations, une partie de la population accueillie sont les personnes souffrant de trouble du comportement liés à une démence. Ces troubles se stabilisent, dans bon nombre de cas, très tôt dans la prise en charge du sujet hospitalisé. Et c'est lorsque la question de la sortie revient que la crise réapparaît, on parle de « la crise de sortie »<sup>23</sup>.

Il y a eu un temps où l'objectif lors d'une hospitalisation était de faire sortir le plus tôt possible le patient dans le but de préserver son autonomie, le risque de syndrome de glissement pouvant conduire à la mort. On pourrait dire que ce regard a évolué et tend vers des hospitalisations plus longues permettant de créer un vrai lien, de répondre aux besoins de la personne en suivant son rythme (souvent ralenti) et en l'aidant à se projeter. Le sujet âgé a bien souvent perdu l'habitude de se projeter et ce même concernant les décisions qui lui incombent. Dans la mise en pratique d'un parcours de santé, il est nécessaire de partir des attentes et des besoins de la personne en s'appuyant sur ses ressources. Afin de prévenir « la crise de fin de prise en charge » il serait nécessaire de dégager les indicateurs de sortie sur le plan psychologique, psychosomatique ainsi que la dimension sociale et institutionnelle. L'offre de soins trop « hospitalo-centrée », l'orientation souhaitée est de se tourner vers l'ambulatoire.

Ce changement, cette orientation nécessite des évolutions :

- Epidémiologiques
- Economique
- Sociétales

Rendu possible par la technologie électronique et informatique répertoriée sous le terme de "e-santé" et remplaçant les documents écrits.

Dans les enjeux sociétaux actuels, le parcours du patient est au centre des débats. Afin de l'organiser avec efficacité, la coopération est de rigueur. Elle incite les professionnels du soin à se mettre en interrelation, ce qui nécessite une connaissance des rôles et des missions de chacun des partenaires du réseau. Pour aider à cela, des outils vont être créés. S'agissant de décloisonner et de favoriser l'intégration.

## **5 Les outils au service de la coordination**

### **5.1 Du papier à l'informatique**

Les professionnels de la santé ont pris conscience il y a déjà quelques années de la nécessité d'échanger les informations afin d'améliorer la prise en charge du patient.

Des outils ont été créés il s'agissait de :

- Fiche de liaison
- Compte-rendu médical
- Réunions de synthèse
- Réunion de coordination

Mais pour autant cela n'était pas suffisant et ne respectait pas totalement la confidentialité dans la transmission d'information : réseau téléphonique non sécurisé. L'apparition de l'informatique dans le secteur médical a innové dans la communication avec l'apparition de nouvelles Technique d'Information et de Communication (TIC) :

- **Le Dossier Médical Personnel (DMP)** est un dossier médical, informatisé et sécurisé qui accompagne le patient tout au long de sa vie. Il est accessible sur internet. Il peut ainsi centraliser des informations telles que les antécédents et les allergies, les prescriptions médicamenteuses, les comptes rendus d'hospitalisation et de consultations, ou encore les résultats d'examens complémentaires. Il s'agit d'un service public gratuit. La loi prévoit que chaque assuré puisse en disposer. *"Il n'est cependant pas obligatoire et relève du choix du patient qui peut le consulter directement et en a l'entier contrôle : lui seul autorise son accès aux professionnels de santé"*.<sup>30</sup> Mais pour autant il est très peu investi par le patient et par les professionnels.
- **Le plan personnalisé de santé (PPS)**. Il est élaboré par la coordination clinique de proximité (CCP) laquelle est composée d'un médecin traitant, d'un infirmier diplômé d'État voire d'un troisième professionnel (pharmacien ou masseur kinésithérapeute).
- **L'outils de liaison** ville-hôpital-EHPAD tel que des fiches de liaison
- **La coordination territoriale d'appui (CTA) ou la Plateforme territoriale d'information et d'appui (PTA)**. C'est une plateforme d'information et d'accompagnement des professionnels, des personnes âgées et de leurs aidants. Elle offre un service de guichet unique pour les orienter vers les ressources sanitaires, médico-sociales et sociales du territoire.

Malgré la mise en place de ses outils, leur utilisation reste minime. L'installation suppose un accompagnement afin d'accepter le changement.

Mme Touraine, ministre de la santé, écrit dans la préface d'un rapport publié en 2014 par CATEL: *«L'adaptation des organisations, l'accompagnement du changement et la promotion des bonnes pratiques d'échange et de partage de l'information sont les clés du déploiement de la e-santé.»*

En voulant développer la coopération, de nouveaux métiers ont été créés (gestionnaire de cas, coordinatrice de CLS...) ainsi que des structures de coordination (CLIC, MAIA...), mais tout ceci ne se résume-t-il pas à une superposition d'éléments venant complexifier le réseau et surtout la compréhension du point de vue des professionnels, des usagers et des familles ? Par contre, une vraie politique de collaboration entre partenaires sur le principe d'échange de données, de réflexion commune autour et avec le patient peut être pertinent. Ne pas faire dans l'isolement et de façon non structurée, favorise la qualité de la prise en charge. L'amélioration du parcours de santé de sa qualité et sécurité des prises en charge passe par le partage des données. Le développement des technologies informatiques présente des intérêts certains dans le domaine de la coordination. L'émergence de la télémédecine va-t-elle répondre à cela ?

---

<sup>30</sup><http://social-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/le-parcours-sante-des-aines-paerpa/article/les-outils>

## 5.2 Le commencement de la télémédecine

Pour les cadres de santé l'outil de télémédecine permet d'améliorer l'organisation et la qualité des soins de par « la centralisation des informations actualisées, l'anticipation dans l'organisation des actions à mener et l'identification des ruptures potentielles de soins participent à la réduction des risques a priori »<sup>31</sup>. Avec cet outil, le cadre de santé fédère l'équipe autour du parcours de santé et redonne aux soignants une place légitime.

Concernant le patient, il y trouve une qualité dans ses prises en charges. Lors d'un accueil par l'un des partenaires (exemple pour une hospitalisation), cela aura été anticipé et préparé. Ainsi le patient sera dans de « meilleures dispositions, car il est reconnu comme un sujet dont les soins sont programmés ».<sup>32</sup>

L'audioconférence présente tout de même un certain nombre de limites. En premier lieu, une présence médicale est obligatoire pour la prise de décision. Le médecin libéral ou hospitalier reste le pivot décisionnel du parcours de soin. Ensuite, pour qu'elles soient de qualité et pertinentes, ces échanges demandent à être préparées. Le cadre de santé doit par conséquent être vigilant sur cette préparation en amont par le ou les soignants référents dans la prise en charge. Il est garant des informations qui seront transmises et du respect de la confidentialité. Enfin, rapporté au réseau, le nombre important de partenaires complexifie le processus et demande à prioriser les situations. De plus, le consentement du patient est obligatoire et se doit d'être tracé dans son dossier.

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la télémédecine comme « un terme composite qui désigne les activités, services et systèmes liés à la santé, pratiqués à distance au moyen des technologies de l'information et de la communication, pour des besoins planétaires de promotion de la santé, des soins et du contrôle des épidémies, de la gestion et de recherche appliquées à la santé ».

L'OMS en 1997-98 différencie et définit deux télémédecines :

- **La télémédecine clinique** qui s'appuie sur la télécommunication numérique pour permettre à des médecins et d'autres membres du corps médical de réaliser à distance des actes médicaux pour des malades.
- **La télémédecine informative** est un service de visioconférence interactif qui organise la diffusion du savoir médical et des protocoles dans le but de guider, soutenir et améliorer les prises en charges.

La télémédecine, n'est pas un concept si récent. En 1965, une publication décrit « *la transmission d'électrocardiogrammes sur le réseau téléphonique. Quant à la première télé-expertise, elle remonte sans doute à l'invention du téléphone lui-même. Le terme de télémédecine décrit l'exercice de l'art médical à distance par l'utilisation de nouvelles technologies de l'information et de la communication (NTIC) et, en tout premier lieu, celles qui ont un lien avec internet. La télémédecine, aujourd'hui, ne saurait être dissociée de l'organisation des soins, de la démographie médicale et de l'aménagement du territoire* »<sup>33</sup>.

En psychiatrie, c'est dans les années 1960 que née la télémédecine sous la mise en réseau des programmes de téléconsultation et de télé-éducation avec l'institut « Nebraska Psychiatric ». Puis, elle

---

<sup>31</sup>Soins cadre octobre 2016, n°99, page 18

<sup>32</sup>Soins cadre, octobre 2016, n° 99, page 19

<sup>33</sup>AUBRET-CUVELIER.B Télémédecine : La fin des territoires. Edition de l'Aube Datar. 2002

va s'étendre à d'autres domaines (chirurgie cardiaque) et à d'autres pays (la Suisse). Son évolution suivra celle de l'informatique.

En France, il faudra attendre 1989 pour que le premier institut européen de télé-médecine soit créé à Toulouse afin de développer cet outil dans les secteurs de la chirurgie, de la médecine carcérale, de la médecine périnatale ainsi que dans le développement du réseau. Suivra ensuite plusieurs lois : loi HPST de 2009 avec notamment la création des ARS qui renforceront l'utilisation de cet outil.

Cet outil présente-t-il vraiment des avantages dans la coopération au sein du réseau de santé ?

### 5.3 La télé-médecine au profit de la coopération

Les avantages de la télé-médecine sont multiples. L'intérêt premier est de réduire les inégalités territoriales (désert médicaux et diversité démographique) en proposant à distance un moyen de communication entre les professionnels et ainsi répondant au principe d'équité dans l'accès aux soins. Un autre avantage permet de réduire les coûts par un gain de temps et de déplacement pour les professionnels qui peuvent utiliser la technologie entre médecins (télé expertise), entre soignants et soignés (télé consultation) ou entre différentes équipes (télé staff). Au sein de la coordination du parcours du patient, le télé staff semble être le plus adapté.

La télé-médecine se constitue de cinq actes réglementés par le code de la santé publique (art. L. 6316-1) qui sont :

- **La téléconsultation** : consultation à distance entre un patient et un professionnel de santé
- **La télé expertise** : avis à distance entre professionnels de santé
- **La télésurveillance médicale** : interprétation à distance de données nécessaires au suivi médical
- **La téléassistance médicale** : un professionnel de santé assiste un autre lors de la réalisation d'un acte
- **Le télé staff** : met en relation deux équipes pluridisciplinaires ou plus

Les nouvelles technologies dans le domaine de la santé ont toujours été un bouleversement des pratiques et l'émergence de craintes.

Les Technologies de l'information et de la communication (TIC) sont de plus en plus développées dans le domaine de la santé. Ils ont un intérêt dans la collaboration entre les professionnels de la santé, ainsi que dans les relations entre le professionnel et le patient à distance. Concernant les relations entre professionnels, les TIC ont un impact sur le degré d'expertise. Ainsi les patients les plus isolés géographiquement peuvent bénéficier d'une consultation spécialisée (télé-médecine). Le partage d'information via le dossier médical partagé (DMP) est nécessaire à la gestion du parcours de santé. Un des avantages est une réponse aux déserts médicaux par l'intermédiaire de consultation ou d'avis de professionnels à distance. Un autre point positif est de sécuriser les soins par une meilleure visibilité de tous les soins et traitements concernant le patient (DMP).

Au niveau du lien patient-professionnel, les TIC intensifient les relations ainsi que la surveillance à distance depuis le domicile du patient sans avoir à mobiliser l'un des deux protagonistes (télésurveillance ou encore appelée « domomédecine »).

C'est aussi un moyen permettant l'amélioration des compétences des professionnels d'horizon diverses sur la prise en charge des pathologies psychiatriques et en améliorant leur intégration par un travail sur la déstigmatisation des troubles psychiatriques. Il s'agit de la fonction de formation et de sensibilisation.

Je cite « *La télé psychiatrie est efficace. Il faut davantage de recherches quantitatives et qualitative à court et à long terme à propos des résultats cliniques, des prédicteurs de satisfaction, des coûts et des résultats en matière d'éducation* »<sup>34</sup>.

En France, la télé médecine est conduit par des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens, ou par des contrats particuliers sous-couvert des ARS (Agence Régionale de Santé). Malgré cette impulsion descendante, la mise en place reste timide, dû notamment à des inquiétudes des professionnels.

## 5.4 Des freins jusqu'aux leviers

La télémédecine malgré de multiples avantages se trouve bien souvent limitée par plusieurs facteurs d'ordre :

- **Organisationnel :**

Comprenant le coût, l'entretien du matériel ainsi que la procédure d'utilisation. Du point de vue des partenaires l'organisation va aussi tendre à être plus horizontale. Un des enjeux de la santé numérique se situe au niveau de la territorialisation renforcée en passant par des systèmes de santé numérique. Soutenue par les politiques (SROS), l'Agence Régionale de Santé (ARS) et la réglementation (loi de modernisation de notre système de santé de 2016) visant la collaboration de tous les intervenants Ville-Hôpital.

La valeur ajoutée se situe souvent dans des associations intelligentes de la technologie et de l'humain.

Ce qui demande :

- Une flexibilité
- Une réduction de la hiérarchie
- Une grande autonomie

- **Culturel :**

La vision entre patient et soignant change. Le patient devient « acteur » de son parcours de soin. Il exige des explications. On peut faire le lien avec la loi de 2002, portant sur les droits des patients en créant le concept de démocratie sanitaire. Ce qui implique un changement d'organisation d'un modèle vertical en un modèle horizontal incluant le patient lorsque cela est possible.

C'est le commencement d'une nouvelle forme de relation soignant-soigné et soignant-soignant. Ceci questionne sur la relation pouvant devenir impersonnelle : "*le numérique en santé doit être pris en compte comme une étude du care*".<sup>35</sup>

---

<sup>34</sup> L'information psychiatrique : Plaidoyer pour la naissance d'une télépsychiatrie française, n°10, décembre 2006, pages 808

<sup>35</sup> Citation de Jérôme ARANGE

- **Déontologique et Ethique :**

Le consentement du patient est intelligible. Ce référent à la loi du 4 Mars 2002, relative aux Droits et aux Devoirs du patient, elle stipule que le praticien doit expliquer et informer le patient afin d'obtenir le consentement libre et éclairé s'appliquant à tous les actes thérapeutiques concernant le patient, la télémédecine en faisant partie.

- **Juridique :**

En premier lieu se rattachant au Droit, il s'agit de la Responsabilité qui émane de l'accès aux données. Qu'est ce qui peut être échangé ? À qui ? Et qu'est ce qui a besoin d'être échangé ?

Ensuite vient la confidentialité et la fiabilité des données en lien avec le secret professionnel. Il existe un vide juridique à ce sujet.

La télémédecine induit la justice distributive. Elle permet de répartir équitablement l'accès aux soins.

- **Idéologiques :**

Il s'agit d'avoir une réflexion commune sur la manière dont on veut utiliser cet outil en limitant l'effet de normopathie. Qui se résume par : la maladie de la norme, selon Y.Buin.

Les leviers pourraient être, selon la conférence de l'ARS Centre Val de Loire du 24 Janvier 2017, à laquelle j'ai pu participer :

- Une sensibilisation sur l'importance du partage médical
- L'implication des paramédicaux
- Un accompagnement individualisé
- La mise en place d'un référent d'établissement
- L'implication de la direction en incluant la télémédecine dans le projet d'établissement.

Le programme "Territoire de soins numériques" a débuté par cinq régions pilotes avant d'être actuellement étendu à l'ensemble du territoire Français. Ce programme vise à moderniser le système de soins en expérimentant, dans certaines zones pilotes, les services et les technologies les plus innovantes en matière de "e-santé".

Malgré cela il est pour autant difficile de les intégrer aux pratiques quotidiennes. Un accompagnement au changement semble nécessaire.

Le cadre de santé accompagne les équipes afin d'appréhender au mieux tous ces domaines. Il est demandé à l'encadrement d'avoir une analyse réflexive sur la Responsabilité, la Confidentialité et le Consentement. Selon le CNIL (Commission Informatique et Liberté) : " *ça n'est pas une solution de remplacement*". La télémédecine doit rester un outil complémentaire et non substitutif.

Une des aides serait d'orienter vers un réseau dit de soins intégrés. Ceci correspond à une mise en commun des différents partenaires se mobilisant pour un même patient ainsi qu'à la mise à disposition des informations médicales nécessaires pour une prise en charge globale. Les TIC permettent de simplifier et de développer ces réseaux en consolidant les échanges d'informations entre professionnel tout en étant un outil organisationnel. Le système américain le « Kaiser Permanente » en est un exemple. Créé par une association en 1950, les objectifs étaient d'améliorer la qualité de suivi du patient souffrant de pathologies chroniques en développant l'autonomie et l'autogestion face à la maladie.

## 5.5 Rôle et place du Cadre de santé hospitalier :

La circulaire du 20 Février 1990, précise les missions du cadre en termes de :

- Management collaboratif au sein du réseau
- Management par compétence au sein des équipes
- Place de l'éducation thérapeutique dans une approche globale de la personne

La notion « d'esprit réseau » ou encore « désir de réseau » induit un changement de culture et de valeurs, prenant en soins une personne dans sa singularité. Cette approche globale nécessite de la part d'une équipe ou d'un professionnel une réponse collégiale à des besoins divers, d'où la nécessité d'une approche par compétences complémentaires. La notion de « collectivité solidaire » prend sens. Il faut pour cela un climat de confiance, un respect mutuel au sein d'une organisation se reposant sur une structure horizontale, sans de référence à la hiérarchie, fonctionnant en bureaucratie professionnelle<sup>36</sup>.

Le cadre doit être l'exemple pour son équipe de ce travail en partenariat. Il doit faire valoir ses compétences auprès de ses partenaires. Comme l'a représenté Deming, promoteur de l'industrie de la qualité, « *c'est avant tout le management qui doit s'engager et montrer l'exemple de la démarche* »<sup>37</sup>. Dans un deuxième temps, il pourra déléguer à un professionnel reconnu lui aussi par les collaborateurs comme légitime :

- Légitime dans ses connaissances
- Légitime pour être entendu dans ses propositions

Déléguer à un professionnel qualifié de « business smart » : qui sait manager le temps, et les patients en toute indépendance et est totalement autonome.

Le cadre de santé accompagne les professionnels dans l'acquisition des compétences de coordination et de communication adaptée à l'outil. Je cite le discours d'une Nurse Navigator lors d'une conférence : « Si je n'avais pas la casquette d'assistante du médecin, mais seulement, celle de « Navigator », je n'aurais peut-être pas besoin d'être aussi spécialisée en oncologie. Une bonne formation en management me suffirait certainement. »

Ceci revient à manager en reconnaissant les compétences et les expertises de chacun.

L'encadrement va :

- Apporter soutien aux soignants au quotidien.
- S'assurer que les soignants s'astreignent à la traçabilité facilitant et indispensable à la continuité des soins

Depuis plusieurs années, de multiples outils sont apparus afin de faciliter les échanges d'informations entre les professionnels. Les moyens ont souvent été mis en place sans accompagnement, comme pour le DMP. La télémédecine présente un intérêt de plus, car elle est impulsée par une instance importante, l'ARS qui est relayée par les établissements sanitaires et médico-sociaux. Elle répond à un besoin repéré en amont. Dans la conduite de ce projet, tous les acteurs sont impliqués. Le responsable d'unité à un rôle d'organisateur et de facilitateur. Il devra pour cela mettre toutes ses compétences pour mener à terme le projet et accompagner l'équipe afin d'accepter ce nouveau mode de communication.

---

<sup>36</sup> Cf. Mintzberg sur les organisations soignantes

<sup>37</sup> Le développement des réseaux de soins et de santé. Revue de santé publique, page 141

## 6 La télémédecine : Une véritable innovation

### 6.1 Le cadre de santé dans l'innovation : La conduite de projet

En premier lieu, le projet de télémédecine au sein d'un service de soins doit être porté par le projet médical et poursuivi au sein du service par la conduite de projet avec une étroite collaboration entre médecin, cadre de santé et institution.

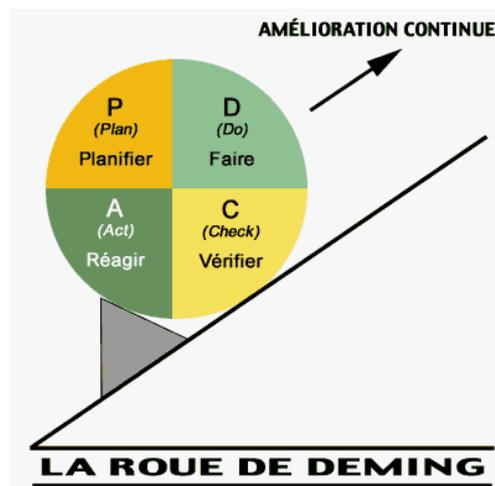
La circulaire du 20 Février 1990 nommée « Rapport de Singly » définit trois rôles principaux du cadre de santé, à savoir :

- L'encadrement d'équipe
- La conduite de projet
- La formation initiale et continue

La conduite de projet est un moyen permettant d'accompagner une équipe à un changement dans ses pratiques comme dans l'introduction des TIC dans les soins.

Le changement devant s'inscrire dans un objectif d'amélioration continue. Pour ce faire, l'outil « la roue de Deming » permet d'évaluer les actions à entreprendre en respectant quatre phases :

- La planification (plan)
- Le Faire (do)
- L'évaluation (check)
- Le réajustement (act)



Le changement s'inscrit dans une anticipation et nécessite une construction collégiale et innovante. Collégiale, car réfléchi par tous est pour partie acceptée. Je cite Gay. A. « *il fallut apprendre à apprendre à entreprendre et réaliser des projets collectifs* ». L'innovation rendra le processus de changement plus dynamique. En matière d'organisation, la nouveauté peut aussi être source de richesse.

Dans l'anticipation, j'entends d'évaluer les connaissances et les motivations de chacun. Ce qui sera le pivot pour mettre en place des formations afin que chacun puisse s'appropriier des savoirs en amont de la mise en œuvre du projet. Ainsi ces personnes deviendront une richesse et une ressource pour les autres membres de l'équipe et pour le cadre de santé qui pourra leur déléguer des actions. « *L'autre devient partenaire* ». <sup>38</sup>

La conduite de projet rassemble une équipe autour d'un objectif commun. Je cite Michel Mucchielli : « *C'est la convergence des efforts et travaux personnels pour la réalisation d'une tâche commune unique qui caractérise l'action d'équipe* ».

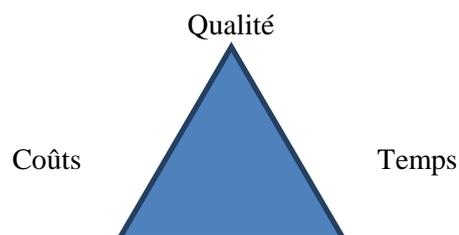
Dans le cadre de la télémédecine, le requérant (le demandeur) et le requis (le receveur) en interaction l'un avec l'autre, évalue le niveau de compétence de chacun dans l'utilisation de l'outil informatique (transmission de documents, mise en route de la séance, respect de la procédure, traçabilité de l'acte). Lors de la conférence du 24 Janvier 2016, Mr DIOT, responsable de la fédération Hospitalière de France (FHF) s'est exprimé en disant : "*Il n'y a pas de télémédecine sans projet mutuel entre requis et requérants*".

Pour ce faire, le cadre de santé suit toutes les étapes de la construction d'un projet qu'il évalue régulièrement. Il sera aux commandes des trois phases essentielles :

- La préparation
- Le pilotage
- La progression

Il sera garant tout au long du projet du maintien de l'équilibre du triangle de la performance qui comprend une adéquation entre la qualité, le coût et le temps.

**Triangle de la performance :**



Le cadre devra dans tous les cas consacrer une grande importance à l'accompagnement de l'équipe dans le changement que va engendrer toute mise en œuvre de projet. Ce dernier devra s'inscrire au sein de l'institution de part un projet de service ou d'établissement.

---

<sup>38</sup>Cf Soins cadre n° 76 Nov 2°10

## 6.2 Où placer le cadre de santé dans cette organisation

En prenant appui sur les expériences de télémédecine en psychiatrie du docteur Sadeq HAOUZIR au centre hospitalier de Rouvray ainsi que celles du Docteur DI MAGGIO du centre hospitalier Guillaume Régnier à Rennes : « Pour être efficient, une organisation optimale doit être requise ». C'est dans un premier temps identifier les ressources existantes, les partenaires susceptibles d'interagir, ainsi que les besoins qui seront soit d'ordre de diagnostic soit d'analyse clinique. Ceci nécessite un échange en amont sur la demande en s'appuyant sur un document spécifique. Il est nécessaire de cibler l'outil en fonction des besoins, de l'offre sanitaire et des dispositifs déjà existants. Afin de déterminer avec exactitude les besoins il ne faut pas se précipiter. Il est nécessaire de prévoir d'emblée l'évolution en termes de demandes et de temps. Il faut aussi s'assurer de l'identité du requérant et du requis. Dans un second temps, une procédure d'utilisation et de présentation de la situation devra être établie. Il s'agit de définir la mise en œuvre en tenant compte des acteurs, de l'articulation et du calendrier réel de déploiement. Des référents pourront aussi être désignés et accompagnés.

Dans le but d'un déroulement optimal et pérenne, la télé expertise ou le télé staff doivent suivre des étapes prédéfinies en amont. La pré-procédure établie par l'ARS Centre Val de Loire simplifie la mise en œuvre, elle stipule :

### **Du côté du requérant :**

- Un besoin identifié
- Le consentement du patient
- La prescription de télémédecine dans le dossier médical du patient
- Une demande faite auprès du service requis par le cadre de santé ou une infirmière référente
- Fournir les pièces nécessaires : bilans biologiques ; scanner, tests cognitifs...

### **Du côté du requis, l'expert :**

- Une demande reçue via la boîte mail de télémédecine
- Une prise de connaissance de la demande afin de statuer sur l'acceptation du dossier ou non
- La programmation de la séquence avec médecin, infirmière référent et cadre de santé
- Conformément au Décret n°2010-1229 du 19 Octobre 2010, relatif à la télémédecine, les professionnels de santé archivent dans le dossier du patient l'acte de télémédecine. Ceci pouvant être fait par le personnel paramédical formé.

À tout moment durant l'échange, l'une des deux parties peut demander des informations complémentaires qu'il sera nécessaire d'envoyer par la plateforme sécurisée.

Ceci me conduit à approfondir mon questionnement en formulant une hypothèse qui est que : **Pour être efficient, l'intervention via la télémédecine demande à être conduite et organisée en amont par le cadre de santé par l'élaboration d'une procédure d'utilisation en incluant cette dernière dans la charge de travail.**

Après le cadrage, le deuxième temps de la conduite de projet, concernant les missions du cadre de santé serait d'accompagner les équipes à intégrer le changement.

## 6.3 Fédérer une équipe autour du changement

### 6.3.1 Un réel changement des pratiques

L'utilisation de l'outil informatique nécessite une communication adaptée et compréhensive par tous. La communication est alors différente et complémentaire, qu'il s'agisse de consultation médicale, d'éducation thérapeutique ou encore d'évaluation pluri professionnelle. Le but est de se faire comprendre malgré la diversité des champs disciplinaires. Selon une enquête qualité, dans le secteur des soins, les principaux événements indésirables émergent d'un défaut de communication.

Lors d'un travail collaboratif au sein du réseau, l'hétérogénéité entre les interlocuteurs peut amener, dans certaines situations à une incompréhension ou une insatisfaction. Ceci pouvant altérer la qualité des échanges et par conséquent la qualité de la prise en charge du patient. D'autant qu'en psychiatrie la communication au travers un outil informatique peut dans un premier temps sembler incongru. Et pourtant les expériences à Rennes ainsi qu'à Rouen démontre le contraire. Après avoir accepté que la relation d'aide puisse se faire autrement qu'en face à face, la satisfaction est exprimée aussi bien par les patients que par les professionnels. Les deux expériences préconisent tout de même que la première consultation ou évaluation infirmière se face tant que possible auprès du patient, puis l'introduction de l'outil de télémédecine peu prendre le relais.

Les avantages sont multiples :

- Le gain de temps
- La diminution des frais de déplacement du patient ou des soignants
- La limitation des déplacements compliqués pour des personnes fragilisées
- L'accès aux soins malgré un éloignement et les conditions climatiques empêchant les consultations
- La réactivité avec des téléconsultations supplémentaires sur demande
- L'extension d'utilisation : staff, formation, évaluation neurologique...

Mais voilà, cette nouvelle forme de communication doit être acceptée et maîtrisée. Comme tout changement elle demande à être accompagnée par le cadre de santé. Dans un premier temps, il est nécessaire de détailler le processus de la demande. L'outil SAED (Situation, Antécédents, Evaluation, Demande), venant des anglo-saxon (SBAR : Situation, Background, Assessment, Recommandation) peut aider à la préparation de la demande. C'est un outil "*monotechnique qui permet aisément à un professionnel de santé de structurer sa communication orale auprès d'un autre professionnel*".<sup>39</sup> Le but de cet outil est de prévenir les incompréhensions lors d'une communication entre professionnel mais aussi de produire un document clair et concis afin de faciliter la mise en œuvre de cette communication. La méthode peut être transposée dans le cas d'une demande écrite et informatique. Elle consiste dans un premier temps à formaliser la demande en une préparation au préalable des informations indispensables pour l'échange. Pour cela, il faut s'assurer que la demande soit légitime et construite, en préparant la situation clinique avec des faits objectifs. Ensuite, vient la collecte des données dans le dossier. L'étape suivante permet de faire une évaluation de la situation de par son évolution et l'exposé de son interprétation. Toutes les demandes doivent être claires, précises et concises. Au même titre, les participants aux séquences de télémédecine doivent s'exprimer de façon synthétique et claire afin d'être compris par tous. Le langage non verbal étant plus inhibé, il faut être certain que les professionnels receveurs aient toutes les informations nécessaires. Les intervenant doivent connaître les rôles et les places de chacun.

---

<sup>39</sup> Un guide pour faciliter la communication entre professionnels de santé, HAS, octobre 2014

### 6.3.2 Accompagnement au changement

La conduite du changement est incluse dans le management des organisations. Les établissements sanitaires sont soumis à de très nombreuses injonctions visant à améliorer la qualité des soins et par conséquent à une répercussion directe sur l'organisation du travail des équipes, ce qui demande à être accompagné.

Il existe deux courants dans la conduite au changement. La première, que l'on nomme de démarche explicative consiste à analyser et à comprendre les mécanismes du changement. Elle s'appuie sur les travaux de Lewin (2005) qui privilégie la dimension psycho-sociale des organisations en délimitant trois étapes :

- L'étape de Dégel, qui passe par une remise en cause de l'existant
- La phase de transition, par le processus d'apprentissage, un nouveau mode de fonctionnement est déterminé
- La phase de stabilisation, c'est la mise en place d'une nouvelle méthode pérenne

Ces trois phases sont appelées par Vandangeon-Derumez la mutation, le déracinement et l'enracinement, induisant deux types de changement : le prescrit et le construit.

La deuxième approche de la conduite au changement est une approche normative ou dite prescriptive. Elle consiste à donner les étapes par lesquelles un projet doit passer pour être mené. Il s'agit de proposer une méthodologie sous forme de « bonnes pratiques » en s'appuyant sur la planification des étapes du processus. Cela englobe une première phase exploratoire et une seconde qui consiste à établir le diagnostic du changement à procéder avec les interventions qui en découle. La dernière étape est la mise en œuvre et l'évaluation.

Le cadre de santé va organiser des échanges, des réflexions au sein de l'équipe afin de favoriser une prise de conscience collective de la nécessité de modifier l'organisation de manière co-constructive en faisant participer tous les membres de l'équipe, sans exception. Cette méthode mise en lumière par les travaux de Coch et French a permis de démontrer que la participation de l'ensemble des professionnels à un changement va permettre d'inhiber la résistance. Ces travaux s'appuient aussi sur la théorie de Kurt Lewin démontrant qu'au sein de la dynamique de groupe « il est plus facile de transformer les habitudes d'un groupe plutôt que celles d'un individu isolé »<sup>40</sup>. Après avoir repérer les difficultés rencontrées ainsi que les besoins, le cadre va initier l'esprit créatif de l'équipe dans l'objectif de formuler les objectifs à atteindre. Puis, toujours dans une démarche collégiale, le plan d'action va être établi. Il reviendra ensuite au cadre d'organiser les actions d'un point de vue matériel, budgétaire, en calcul de charge de travail et en besoin en effectif. Il devra aussi obtenir l'approbation de la Direction et faire valider, après l'avoir construit le programme de formation des agents en rapport au changement a effectué.

Il ne faut pas perdre de vue que le changement est dans une majorité de cas une injonction supérieure et par conséquent, cela demande encore plus d'énergie au cadre de santé pour obtenir l'adhésion et la participation de l'équipe dans le projet. Dans un projet de mise en place de la télémédecine, on part d'une commande de l'ARS via la loi HPST de 2009 renforcée par la loi de modernisation de notre système de santé de 2016. Il s'agit donc d'une commande verticale, venant des tutelles et de la direction des établissements. Dans cette situation, le travail en amont, lors de l'étape dite de « Dégel » est essentiel et primordial.

Il faut aussi, malgré les contraintes et les pressions prendre le temps nécessaire à la mutation d'un état à un autre.

---

<sup>40</sup>Management des organisations, théories, concepts, performances. Jean-Michel Plane. Edition DUNOD.  
Page23

L'organisation des établissements sanitaires que Mr Mintzberg qualifiait de bureaucratie professionnelle a une influence sur le changement. Le rapport de pouvoir se trouvant impacté par une telle organisation se base sur une organisation plutôt horizontale s'appuyant sur les compétences et les savoirs faire de tous. Ceci peut influencer les décisions collégiales, le cadre doit donc en tenir compte. Mais cela peut aussi être un atout au moment de la phase « de créativité » où les participants vont partir de leurs compétences communes afin de se projeter sur de nouveaux savoirs qu'ils souhaitent acquérir par le biais du projet.

Pour conclure, la conduite de projet doit être co-construite avec toutes les personnes impactées par le changement (médecin, équipe, institution et cadre de santé). Cela doit être fait par une organisation verticale. Où chacun s'exprime et apporte « sa pierre à l'édifice » afin de s'impliquer personnellement et par conséquent de favoriser les motivations intrinsèques des individus concernés par le changement. Le cadre de santé est le pilote de ce processus. Il favorise le développement des compétences dans le but de permettre aux agents d'être autonomes.

## 7 Télémédecine : compétences et autonomie

Peut-on dire que l'autonomie s'acquière par le développement des compétences ? Ou bien être compétent facilite la prise d'autonomie ? Il est nécessaire de commencer par définir les concepts de compétence et d'autonomie.

### 7.1 Le concept de compétence

Etre compétent est définie par GUY Le Boterf comme : « *agir avec autonomie c'est-à-dire être capable d'autoréguler ses actions, de savoir compter sur ses propres ressources, mais également de rechercher des ressources complémentaires, d'être en mesure de transférer c'est-à-dire de réinvestir ses compétences dans des contextes* ».

Les compétences regroupent tous les savoirs que le professionnel va mettre en place afin de faire évoluer une situation de départ en une situation finale. Ce qui aura demandé au professionnel de faire preuve d'automatisme dans l'exécution des gestes en ajustant ses derniers en tenant compte de l'expérience. Une compétence est un savoir transposable à différentes situations.

Ainsi, F. Minet définit la compétence comme étant « *une mobilisation pour l'action* :

- *Des connaissances nécessaires à la compréhension de son contexte et à la représentation du but*
- *Des savoirs techniques, des procédures et des méthodes adaptées au résultat visé*
- *Des automatismes et des gestes permettant la mise en œuvre de l'action*
- *De l'expérience acquise favorisant leur régulation* ».

L'utilisation de la télémédecine demande des compétences mais elle favorise aussi son développement.

Les compétences requises en télé staff sont :

- Des connaissances et des savoir-faire permettant une adaptation à un nouveau moyen de communication ainsi que des connaissances du réseau
- Un savoir-être d'écoute, d'esprit de synthèse, de mobilisation des connaissances des uns et des autres et avoir une posture de pratique réflexive

Etre compétent demandera une maîtrise des situations avec un pouvoir d'ajustement et une prise d'autonomie.

## **7.2 Le concept d'autonomie**

Selon G. Malglaive, lorsqu'on *"observe un individu qui réalise une activité, ce que l'on regarde ce sont ses automatismes que l'on appelle ses savoir-faire. Ces savoir-faire sont gouvernés par des procédures, des techniques, des méthodes, qu'il a apprises soit durant la formation ou en pratique"*. Les connaissances acquises vont permettre à l'individu de faire des choix en toute autonomie. Cela va différencier un novice d'un professionnel expérimenté.

L'autonomie va contribuer à la motivation individuelle et par conséquent à la participation des agents.

## **7.3 Accompagner vers l'autonomie**

L'accompagnement vers l'autonomie va être possible de par des formations, l'identification de référents et un état des lieux des ressources professionnelles de l'équipe. Pour cela, il faut dans un premier temps transmettre aux référents les connaissances sur la procédure, le matériel et la réglementation.

Puis, en cours de séance de télé staff, il est attendu une expertise de la situation qu'elle soit médicale ou paramédicale. Lors de télé staff en gériatrie, faisant appel à l'expertise de la psychiatrie, il est demandé un éclairage, des conseils et une analyse émergeant d'une pratique réflexive commune s'appuyant sur les richesses de part et d'autre. Pour cela les professionnels font références à leurs savoirs faire au décours des compétences acquises. Cette analyse et ce partage pluri professionnel des intervenants demande une connaissance des missions et des rôles de chacun pouvant intervenir dans la situation. Cet esprit de synthèse et de conseil s'acquière par des formations et par une prise d'autonomie qui ne sera pas identique pour tous. D'où la richesse de formations ainsi que de référents. Le cadre va guider dans ce sens en tenant compte des possibilités de chacun. Il va introduire le soignant et lui laisser une place de plus en plus importante si cela est possible. Il s'agira de déléguer. Dans cette optique, il va accompagner le professionnel dans la prise d'assurance à se positionner en qualité d'expert, mais aussi à accepter des remises en question de la part de collaborateurs apportant leur expérience et leur expertise.

## **7.4 La formation des agents pour le développement des compétences**

L'utilisation d'un nouvel outil nécessite de développer de nouvelles compétences qui s'appuient sur des formations ainsi que sur du tutorat au sein des équipes.

La formation aux nouvelles technologies informatiques n'est pas intégrée à la formation initiale des infirmiers. En 2005, l'OMS dans son plaidoyer pour la formation des professionnels de santé,

préconisait de développer cinq axes dont « *les technologies de l'information et des communications par la conception et l'utilisation de dossiers de patients, l'utilisation des techniques informatiques et la communication avec les partenaires selon trois axes* :

- *Information, documentation, formation*
- *Participation et utilisation du dossier patient*
- *Travail collaboratif au sein du réseau de santé* ». <sup>41</sup>

Il s'agit de former des soignants en soins partagés avec des outils partagés (DMP, télémédecine). Au regard de cela, je formule l'hypothèse suivante : **L'identification d'un référent soignant en télémédecine au sein de l'équipe est facilitateur dans le déroulement et aide ainsi à pérenniser son utilisation dans le temps.**

L'outil de télémédecine nécessite une maîtrise de l'informatique et des procédures d'utilisation. Elle est aussi un moyen permettant le développement des compétences auprès des partenaires de par les télé staffs. Son utilisation nécessite et favorise la prise d'autonomie.

Mes recherches et lectures m'ont conduite à formuler **deux hypothèses** :

- **Pour être efficient, l'intervention via la télémédecine demande à être conduite et organisée en amont par le cadre de santé par l'élaboration d'une procédure d'utilisation en incluant cette dernière dans la charge de travail.**
- **L'identification d'un référent soignant en télémédecine au sein de l'équipe est facilitateur dans le déroulement et aide ainsi à pérenniser son utilisation dans le temps.**

Je vais à présent les confronter au terrain.

## 8 Enquête de terrain

### 8.1 La méthode de recherche

#### 8.1.1 La population choisie

Dans un premier temps j'ai orienté mon enquête vers des cadres de santé exerçant dans le domaine de la gériatrie (médecine et EHPAD) et de la gérontopsychiatrie. Pour cela je me suis appuyée sur une carte répertoriant les établissements équipés en appareil de télémédecine. Cet outil provient de l'ARS de ma région (Annexe 1).

J'ai ensuite contacté 9 EHPAD, 2 unités de gérontopsychiatrie, 2 services de médecine gériatrique et 1 service de Soins de Suite et de Rééducation (SSR). Au total cela représente 14 structures. Le tableau ci-dessous reprend la présentation de ces structures en indiquant celles qui sont équipées de l'outil de télémédecine et celles qui ne le sont pas, ainsi que les professionnels concernés.

---

<sup>41</sup> Soins cadre spécial formation infirmière et cadre de santé, Juin 2011, page 6

**Tableau n°1**

**Etablissements contactés**

Pas équipé	
Utilisation médicale	
Utilisation pluri professionnelle	

EHPAD	PSYCHIATRIE	GERIATRIE SSR
EHPAD : La Lilardière (45) EHPAD de Gien : Pierre Dezarnaulds (45) EHPAD (41) EHPAD Briare (45) EHPAD Neuville aux bois : Pierre Lebrun (45) EHPAD : Résidence du port (45) EHPAD Nazareth (45) EHPAD de Villecante (45)	Centre Hospitalier Georges Daumezon (45)  Centre hospitalier de Rouvray	Hôpital de Gien (45)  Nouvel Hôpital d'Orléans (45)  SSR La cigogne
TOTAL 9	2	3

**8.1.2 La méthode retenue**

J'ai fait le choix de l'entretien semi-directif, qui permet d'orienter l'entretien tout en laissant la possibilité d'élargir le sujet. Les entretiens ont été effectués, pour la plus part en face à face, sauf pour 3 d'entre eux, dû à l'éloignement géographique de deux et au manque de disponibilité pour le troisième. Ces derniers ont par conséquent été effectués par téléphone. (annexe 2 : guide d'entretien)

Mon guide d'entretien est composé de quatre grandes parties :

- Le champ d'utilisation et la place de la télémédecine dans la coordination du parcours de santé
- La préparation et le déroulement des séances dans le cadre de la conduite de projet
- Les compétences requises
- L'évaluation de l'activité

## 8.2 L'analyse des résultats

Comme vu précédemment, j'ai sollicité 13 établissements équipés et 1 non équipé (le SSR).

La première difficulté rencontrée a été d'être mise en contact directement avec le cadre de santé. Dans deux établissements, je n'ai pu échanger que par l'intermédiaire de la standardiste, me relatant que l'outil était installé, mais pas utilisé.

Dans un troisième établissement, lorsque je parviens à être mise en relation avec un responsable, ce dernier se dit non compétent et m'oriente vers le « cadre référent » en télémédecine. Une fois en contact avec cette personne, elle ne se décrit pas comme référent et m'explique ne pas savoir si l'outil était encore utilisé. Le seul utilisateur étant le médecin. La première impression est celle de l'évitement voire du manque d'intérêt pour ce médiateur.

En rapport avec les difficultés rencontrées de prise de RDV auprès des professionnels de terrain. Une fois passé la barrière de la recherche du « référent télémédecine » dans les établissements. Ce qui été mise en avant très rapidement est le fait qu'il s'agisse d'un acte médical et que par conséquent seul le médecin pouvait me répondre, car lui seul semblait l'utiliser. Ceci supposant tout de même que l'outil soit utilisé par le corps médical car cela restait encore bien flou. L'utilisation via le télé staff semble à première vue plutôt innovant et anticipée. Je décide d'élargir mon questionnement à différentes catégories professionnelles impactées de près ou de loin dans la mise en place de la télémédecine.

Voici la population ciblée :

- Cadre de santé
- Médecin
- Infirmière
- Chef de projet
- Direction

Concernant les entretiens, j'ai gardé mon premier guide pour les établissements utilisant l'outil au sein des équipes professionnelles. J'ai préparé quatre questions à poser plus rapidement par téléphone aux professionnels exerçant au sein de structure n'investissant pas l'appareil. Le but étant d'identifier les freins ainsi que les éventuels leviers au profit de la coordination.

Voici les questions posées :

- Depuis combien de temps l'établissement est-il équipé ?
- Pensez-vous que la télémédecine pourrait présenter un avantage dans la coordination ?
- Y a-t-il une personne référente ?
- Quels sont les freins à la mise en œuvre ?

Par conséquent, mon enquête de terrain concernera 9 professionnels dont les situations sont présentées dans le tableau ci-dessous :

Tableau n°2

**Professionnels selon leur établissement de rattachement**

Etablissements représentés	Professionnels rencontrés
Centre hospitalier Départemental de psychiatrie Service gérontologie Daumezon	1 cadre de santé 1 psychiatre 1 directeur adjoint
Centre gérontopsychiatrie le Rouvray	1 psychiatre
EHPAD "du port"	1 infirmière coordinatrice
EHPAD 41	1 cadre de santé
EHPAD Nazareth	1 chef de projet Accoprat 1 infirmière Accoprat
<b>SSR</b>	<b>1 cadre de santé</b>
5	9

non équipé : 

### 8.2.1 Présentation des 9 personnes interrogées

**Entretien 1 :** Cadre de santé au sein d'un centre de soins ambulatoire de gérontopsychiatrie. L'établissement étant équipé de télémedecine depuis 2012 mais le service que depuis 2016. Entretien le 17 Mars 2017. (Annexe 3 : retranscription de l'entretien).

**Entretien 2 :** Cadre de santé retraité. Ayant exercé en EHPAD équipé il y a 2 ans, mais non utilisateur. L'entretien se fait par téléphone vu l'éloignement géographique. Entretien téléphonique réalisé le 14 Mars 2017.

**Entretien 3 :** Cadre de santé d'une EHPAD ouverte depuis 2 ans et équipée depuis 1 an, mais n'utilisant pas l'outil. Entretien téléphonique le 15 Mars 2017.

**Entretien 4 :** Chef de projet de l'association Accoprat. Intégré à une EHPAD une journée par semaine pour développer la télémedecine. L'association propose un accompagnement dans la construction de procédure et dans la mise en pratique lors des premières séances. Entretien le 16 Mars 2017.

**Entretien 5 :** Infirmière de l'association d'Accoprat. Entretien le 16 Mars 2017.

**Entretien 6 :** Médecin psychiatre en service de gérontopsychiatrie à l'hôpital de Rouvray, à Rouen. Entretien téléphonique le 20 Mars 2017.

**Entretien 7 :** Cadre de santé en SSR privé. Entretien le 27 Mars 2017

**Entretien 8 :** Directrice adjointe chargée d'accompagner au projet médical de télémedecine au sein du Centre Hospitalier Départemental de psychiatrie. Entretien le 30 Mars 2017.

**Entretien 9 :** Médecin psychiatre en gérontopsychiatrie, responsable de la filière gérontopsychiatrique au niveau d'un pôle. Entretien le 31 Mars 2017.

De plus, j'ai pu m'entretenir avec un médecin gériatre, pratiquant la télémedecine très régulièrement, mais cet échange était informel car improvisé du fait de cette rencontre non programmée. Mais

l'échange fût très riche et pour certaines questions je pourrais m'appuyer sur les réponses de ce dernier interlocuteur en complément.

## 8.2.2 Résultats des entretiens auprès des utilisateurs de télémédecine

Afin de porter une analyse sur les réponses obtenues auprès des professionnels de terrain, j'ai retranscrit les entretiens dans un tableau récapitulatif (Annexe 4). Ceci m'a permis de comparer les différents points de vue et d'en extraire des chiffres.

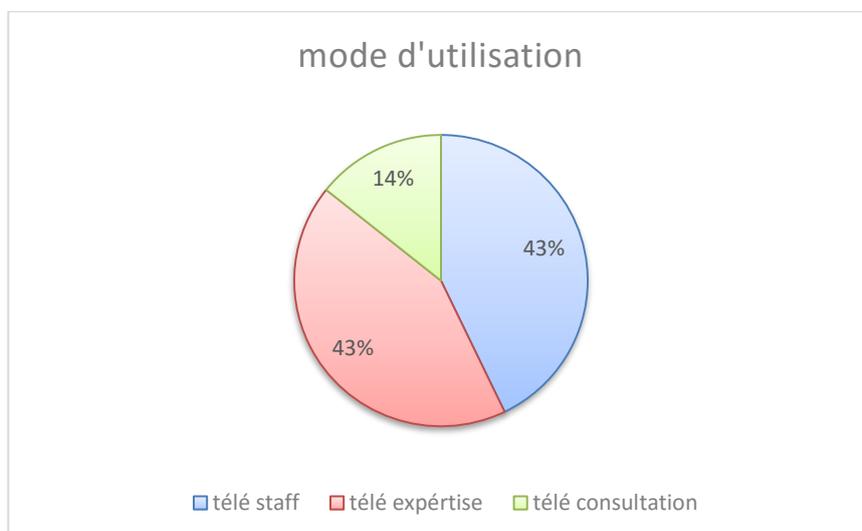
### 1 - Champs d'utilisation de la télémédecine et la place dans la coordination :

Depuis combien de temps l'établissement est-il équipé ?  
Dans quels domaines utilisez-vous la télémédecine ?  
Y a-t-il une personne référente de la télémédecine au sein de votre établissement ?  
Pensez-vous que cet outil présente un avantage dans la coordination du parcours de santé gériatrique à l'échelle du réseau ? Si oui, comment le concevez-vous ?

Sur 14 établissements contactés, 13 sont équipés et 6 l'utilisent (tableau n°1) :

- 1 depuis 2007, hôpital pilote se situant à Rouen
- 5 utilisent la télémédecine depuis 2016

L'outil est principalement utilisé pour 2 orientations (télé staff, télé expertise) et un seul professionnel l'utilise pour du télé diagnostic. Il s'agit de l'hôpital de Rouvray, qui était pilote et par conséquent pratiquant depuis 2007. Voici les résultats sous forme de graphique :



La plupart des professionnels interrogés, principalement les professionnels de la gérontopsychiatrie, se sont dit réticents à l'utilisation dans le champ de la consultation. Mettant en avant la nécessité de face à face pour établir la relation de confiance ainsi que puisse s'exprimer le transfert et le contre transfert, indispensable dans la psychothérapie. Le professionnel mettant en avant les avantages de l'utilisation de l'outil pour de la télé consultation est la psychiatre exerçant en Centre Médico-Psychiatrique pour personnes âgées. Elle explique les bénéfices qu'elle en a eu. Tout d'abord, d'un point de vue de sa disponibilité, ensuite concernant l'organisation de son travail. Avec cet outil, elle peut répondre aux besoins en consultation spécialisée malgré un éloignement géographique des structures et des patients. Par contre ceci est cadré avec la présence indispensable d'une infirmière (de l'établissement demandeur ou d'une infirmière psychiatrique) auprès du patient durant la séance, afin d'aider techniquement au déroulement de la séance, mais aussi et surtout afin d'intervenir pour rassurer et reformuler auprès du patient si nécessaire.

Concernant la personne ressource, sur les six établissements équipés, quatre ont une personne référente, principalement médicale. Les deux établissements n'utilisant pas la télémédecine, n'ont pas de référent. Ceci c'est confirmé lors de mes prises de rendez-vous, les établissements où il m'a été difficile de m'entretenir, n'avaient pas de personne repérée, et n'utilisaient pas l'outil.

Les neuf professionnels interrogés ont trouvé un avantage certain dans la coordination tout en y mettant des bémols :

- Ne pas se substituer au face à face
- Ne pas utiliser lors de situations d'urgence
- Avoir déjà des liens en amont avec les partenaires peut être facilitateur

L'ensemble des professionnels a exprimé des avantages similaires ou complémentaires. La télémédecine a été évoquée comme créateur de liens pluri professionnels, apportant une richesse en offrant la possibilité de développer les compétences des individus, ce qui valorise les rôles de chacun. Du côté des patients, les points forts évoqués ont été : la limitation des déplacements et l'augmentation de l'offre de soins avec des consultations spécialisées. Le dernier axe a été celui de la fonctionnalité avec un gain de temps médical et une possibilité d'échange entre plusieurs professionnels sur une situation à un instant « T ». Voici les notions les plus citées :



## 2- Déroulement et préparation des séances en amont

Qui participe aux séances ?  
Comment sont préparées les séances de télé-médecine ?  
Travaillez-vous avec une procédure d'utilisation ?  
Quels sont les acteurs à l'origine de la création de cette grille d'utilisation ?  
En quoi, une procédure peut-être une aide dans le déroulement de la séance ?

Pour l'ensemble des personnes interrogées, la présence, lors des télé staffs, de l'ensemble des professionnels impliqués dans la situation est une plus-value. Cela comprend :

- Médecins
- Cadre de santé
- Infirmiers
- Aides soignants
- Assistante sociale
- Psychologue

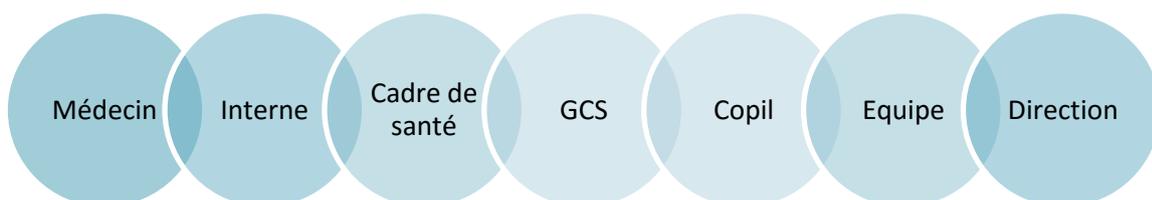
Il est aussi évoqué la possibilité de fonctionner à plusieurs institutions au même moment sur la même situation. Exemple d'un télé staff entre le requérant, une EHPAD et les requis, la gériatrie et la psychiatrie. L'approche de chacun étant complémentaire. Mais il faut dans ce cas être garant de rappeler la confidentialité des échanges ou de rendre anonyme les situations présentées.

Une expérience m'a été relatée par un médecin gériatre, exerçant au sein d'un service hospitalier. Une fois par mois, des télé staffs sont proposés (jours et heures fixées pour toute l'année) à l'ensemble des EHPAD avec qui une convention de fonctionnement est signée. Tous ceux qui le souhaite se connectent et participent aux échanges via la télé-médecine.

L'ensemble des structures utilise une procédure. Elle peut se présenter sous différentes formes et objectifs, cela peut être :

- Un contrat passé avec l'ARS concernant les établissement requis
- Une convention entre le requis et le requérant
- Une charte interne fixant les organisations choisies en interne. Ceci correspond notamment à l'organisation au sein des structures n'ayant pas de temps médical au quotidien et demande donc une délégation des tâches devant être encadrée.

Les acteurs à l'origine de la construction de ces procédures sont assez homogènes d'un établissement à un autre, il peut s'agir de :



L'ensemble des professionnels interrogé sont en accord pour dire qu'une procédure est une aide indispensable permettant de fixer plusieurs modalités telles que :

- Définir les rôles de chacun. Etape indispensable lors des délégations de tâche
- Préparer le dossier en amont, en incluant toutes les données nécessaires
- Cadre la demande en définissant les objectifs et la méthode afin d'obtenir un bénéfice temporel
- Planifier les séances en optimisant le temps

### 3- Compétences

Cela demande des compétences particulières à développer ou sont-elles déjà présentes dans l'équipe ?  
Quels outils pour développer les compétences ?

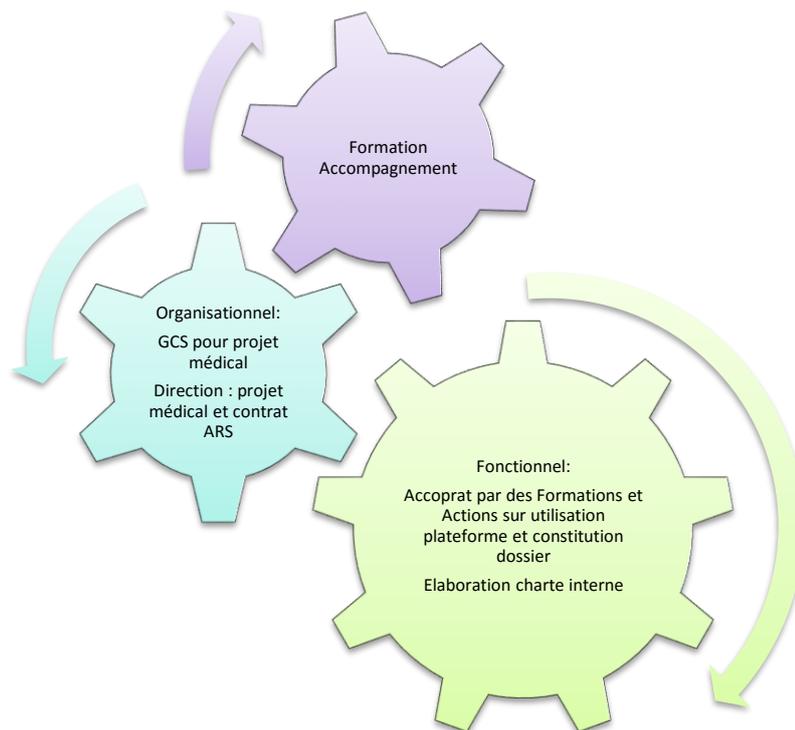
Lors des entrevues, la compétence informatique est ressortie pour tous comme étant indispensable. Ceci suppose d'être à l'aise avec l'outil. La connaissance sur la configuration de la plateforme semble primordiale afin de ne pas parasiter les séances et ne pas être un frein dans le processus de demande. L'un des professionnels a mis en avant l'avantage dans l'arrivée au sein des équipes de la génération "Y" dite "connectée" et pouvant être une ressource.

D'autres compétences ont émergé tel que :

- La délégation de tâches avec le transfert de compétences qui pourrait s'effectuer par des formations entre des professionnels de champs différents, via la télémédecine. Mais, à ce jour, cette option n'est pas rémunérée
- Lien avec les établissements inter-agissant ensemble. Ce qui demande des compétences relationnelles et des connaissances de l'organisation et des missions de chacun des établissements
- Lors des télé diagnostics, il a été aussi identifié des compétences : relationnelles, rassurante, d'adaptabilité, de réactivité et de reformulation. Compétences pouvant être déjà présentes chez les professionnels du soin, mais pouvant nécessiter d'être quelquefois approfondies par des formations.

Les formations et accompagnements se situent sur 2 niveaux :

- Un niveau organisationnel. Plusieurs instances interviennent. Tout d'abord, le Groupement de coopération Sanitaire (GCS) dont le rôle est une aide dans la rédaction du projet médical ainsi que dans le repérage territorial des établissements impliqués dans le projet. Ensuite l'ARS, valide le projet médical en vue de la mise en route.
- Un niveau fonctionnel. A ce niveau, un appel à projet a été fait et a validé l'accompagnement des établissements ainsi que des professionnels par l'association Accoprat (Accompagnement des pratiques de télémédecine). Elle propose des formations aux professionnels et assure une présence lors des premières séances dans le but de faciliter l'utilisation de l'outil.

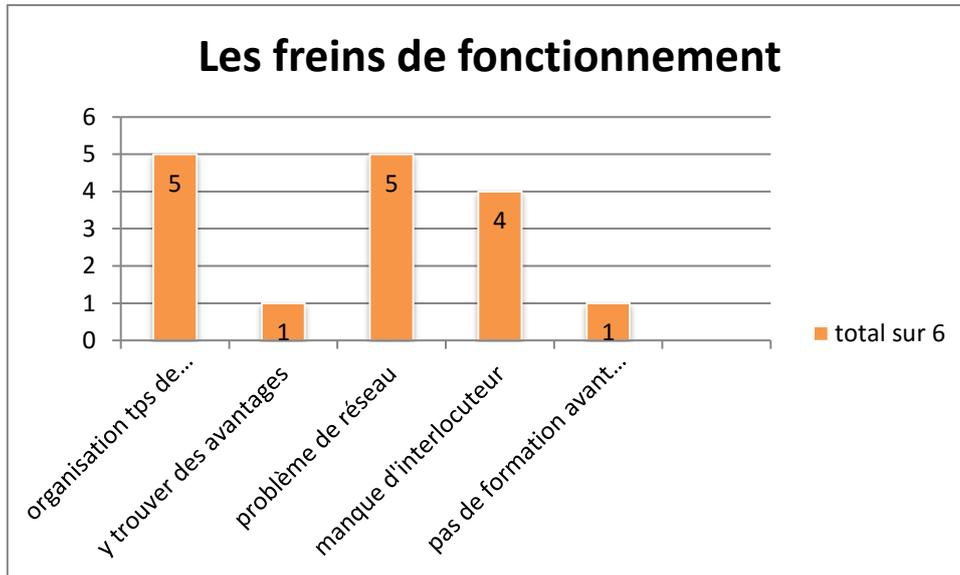


#### 4 - Evaluation de l'activité

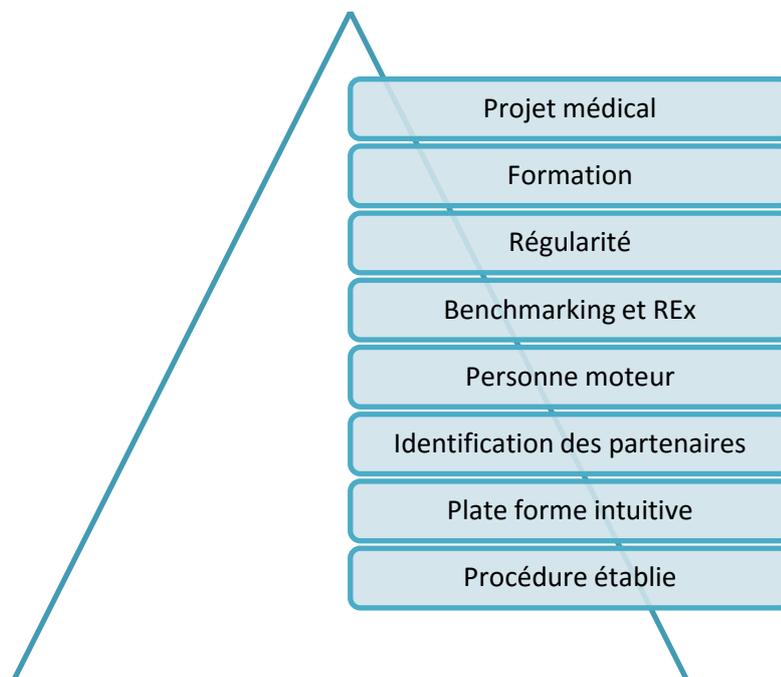
Rencontrez-vous des difficultés ?  
Quelles sont les conditions de réussite ?

Les professionnels utilisateurs de l'outil ont mis en avant des freins. On peut identifier trois critères dominants, à savoir la problématique des temps de travail dédiés à cet acte (surtout médicale), les problèmes de réseau concernant principalement les télé staffs et le manque d'interlocuteurs repérés. Le GCS a été mise en avant comme étant l'organisme chargé de cet état des lieux. Si l'on s'appuie sur l'un des établissements pilotes, à savoir, l'hôpital de Rouvray. Il a été expliqué, par ce dernier, qu'il s'adosse sur un regroupement régional de 64 établissements correspondant à des EHPAD, le service de dermatologie, le service de gériatrie, le service de soins palliatifs et l'hôpital psychiatrique de la région. Ce qui a facilité le fonctionnement, apportant une réponse immédiate dans le repérage des structures engagées dans le projet.

Le graphique ci-dessous reprend les différents freins évoqués par les professionnels.



Quant aux conditions de réussite, plusieurs axes ont été abordés. Néanmoins, l'un d'entre eux ressort auprès de l'ensemble des professionnels. Il s'agit de l'inscription de la démarche au sein du projet médical. Une deuxième condition serait la formation des participants qui ne doit pas être trop à distance de l'utilisation. Et pour finir la régularité semble être un facteur de réussite et de pérennité. Voici l'ensemble des avantages répertoriés durant mon enquête de terrain :



### 8.2.3 Résultats des entretiens auprès des non utilisateurs de télémédecine

Les établissements contactés, ne pratiquant pas la télémédecine sont au nombre de trois. Il s'agit de deux EHPAD et d'un SSR. Les interlocuteurs ont été deux cadres de santé et une infirmière coordinatrice.

Mes entretiens ont ciblé les freins à la mise en place et les éventuels leviers. J'ai aussi orienté mon questionnaire vers l'intérêt de la télémédecine au profit de la coordination. Voici ci-dessous un tableau reprenant les freins ainsi que les ouvertures possibles pour chacun d'entre eux.

FREINS	OUVERTURE - AVANTAGE DANS COOPERATION
Coût de fonctionnement après une non utilisation	Développement de compétences par des formations et échanges de savoirs
Problème d'interlocuteurs non repérés	Répondre à des difficultés de mobilité
Actes non financés au moment de la mise en place de l'équipement	Tarification des actes et revalorisation revue dans la LFSS
Manque de temps médical. Qui est concerné ? médecin coordonnateur ou médecin traitant au sein des EHPAD	Offre de soins plus homogène sur le territoire
Pas d'intérêt à changer les pratiques	

L'ensemble des professionnels est en accord pour dire que l'outil peut représenter un avantage pour la coopération inter-établissement. Mais ceci doit être organisé et conduit par des personnes moteurs.

## 9 Synthèse et retour sur mes hypothèses

L'outil de télémédecine est identifié comme **une valeur ajoutée dans la coordination** pour l'ensemble des professionnels rencontrés. Il entre dans la notion « d'innovation intégrative », c'est-à-dire qu'il est nécessaire de tenir compte dans un premier temps de l'état des lieux des forces, des besoins et des manques de par un diagnostic territorial. L'innovation intégrative s'appuie sur la méthode du MOFF : Menaces, Opportunité, Forces, Faiblesses.



De là, un nouveau dispositif peut être créé avec un esprit de partenariat et de capitalisation de l'existant. L'objectif étant de définir la valeur ajoutée dans la conduite des actions. L'ensemble des professionnels ont exprimé trouver en la télémédecine une plus-value à plusieurs niveaux :

- L'amélioration de l'offre de soins, en limitant les déplacements
- Le développement des compétences de part un échange pluri-professionnel introduisant une richesse dans les interactions.

Ce travail d'articulation a été défini par Strauss en terme d'« *efforts collectifs de l'équipe soient finalement plus que l'assemblage chaotique de fragments épars de travail accompli. Il s'agit de rendre cohérente la trajectoire du malade, d'articuler les faisceaux de tâches de nature parfois très différentes* »<sup>42</sup>

Il est cependant exprimé des bémols qui sont partagés par tous, à savoir :

- Ne pas se substituer au face à face
- Ne pas utiliser dans les situations d'urgence
- Avoir déjà des liens en amont avec les partenaires peut être facilitateur

<sup>42</sup> Revue française de sociologie, 54-2, 2013, page 307

Concernant le cadrage, tous les lieux utilisant la télémédecine ont en amont rédigé une procédure d'utilisation. Qu'elle se présente sous la forme de contrat, de convention entre partenaires, de chartes en interne ou de projet médical. La rédaction de la procédure est co-construite entre le médecin et le cadre de santé.

Il est confié au cadre de santé :

- De procéder à l'état des lieux de l'existant ainsi que des besoins
- De créer des liens en amont avec les partenaires, ce qui est indispensable à la mise en route et à la pérennisation de la télémédecine
- D'évaluer la charge de travail et de planifier les séances dans l'organisation du temps de travail. En soumettant des propositions organisationnelles au médecin.

Tout ceci se réfère aux fonctions du cadre de santé abordées dans mon cadre conceptuel (chapitre 3.2 : le concept de coopération).

Cette procédure semble indispensable au regard des témoignages, les avantages sont multiples.

Tout d'abord, cela permet de bien identifier les intervenants (requérants et requis) selon les compétences de chacun. Je cite une personne interrogée qui évoque que : « *la procédure sert à connaître et identifier le rôle de chacun* ». Ce qui rejoint la notion de visibilité énoncé par Christophe Dejourné à savoir : « *l'effort pour montrer et rendre intelligible à l'autre son action* » (chapitre 3.2 : concept de coopération).

Un deuxième avantage exprimé est de structurer les demandes et les réponses afin d'être efficient. Ce qui semble faciliter l'utilisation et ainsi être perçu comme un levier. Aucun des professionnels n'utilisent pour construire leur demande l'outil SAED vu précédemment (chapitre 6.3.1 : un réel changement des pratiques). Cette méthode semble être méconnue bien que les procédures de mise en place suivent les mêmes étapes : situation, antécédents, évaluation et demande. Par conséquent, **je peux confirmer partiellement ma première hypothèse. A savoir que l'élaboration d'une procédure en amont de l'utilisation de l'outil de télémédecine est indispensable, voir même obligatoire.** Par contre le cadre de santé n'est pas le seul participant. Il va **coopérer** avec le médecin qui, est le professionnel repéré comme indispensable. Cependant, il est mis en avant que la co-construction entre médecin et cadre de santé facilite la mise en place ultérieure. Je reprends la situation de Gay.A : "*Il fallut apprendre à apprendre à entreprendre et réaliser des projets collectifs* » (chapitre 6.1 : Le cadre de santé dans l'innovation : la conduite de projet). Le rôle du cadre de santé est bien identifié en termes d'organisateur, de facilitateur et de gestionnaire du temps de travail.

Des compétences spécifiques ont été identifiées en matière de :

- Connaissances informatiques
- Savoir d'analyse
- Transmission
- Pédagogie

Une personne référente au sein des établissements semble être l'orientation prise là où l'outil est utilisé régulièrement. Cette personne est souvent un professionnel infirmier ayant suivi une formation sur l'utilisation de la plateforme, la construction d'un dossier, la réglementation et qui possède une complémentarité ainsi que des liens avec les partenaires. Repérer une personne référente favorise aussi l'échange avec le médecin lors de la réception des demandes et dans l'objectif de formuler une réponse complémentaire. De plus, ce qui a été exprimé est aussi la difficulté à utiliser l'outil, surtout lors des utilisations occasionnelles. La mise en place d'un ou de plusieurs référents semble rassurer et ainsi favoriser son utilisation. Je reprends en parallèle la notion d'autonomie selon G. Malglaire (chapitre

7.1 : Concept de compétence) qui dit : « observe un individu qui réalise une activité, ce que l'on regarde ce sont ses automatismes que l'on appelle ses savoir-faire. Ses savoir-faire sont gouvernés par des procédures, des techniques, des méthodes, qu'il a apprises soit durant la formation ou bien en pratique ».

Le transfert de compétence entre dans une délégation de tâches qui nécessite d'être « sous-contrôle » : « la délégation s'effectue entre des individus placés à des niveaux différents de la hiérarchie médicale et paramédicale ». <sup>43</sup> Il s'agit pour le spécialiste de « formuler des indications qui guident les gestes du soignant ou du médecin délégataire, notamment lorsque cela implique l'usage d'outils techniques » <sup>44</sup>. Ceci impose des pré-requis et débouche sur des besoins en formation en amont, voir sur le concept de pratiques avancées. Les pratiques avancées pourraient dans une certaine mesure répondre à des besoins dans le domaine de la coopération. A ce jour, cette transmission des savoirs se transmet avant tout à travers les « bonnes pratiques ». Dans la revue française de sociologie de 2013, cette transmission est évaluée comme positive, c'est à dire : « plusieurs mois après la phase d'expérimentation, les gériatres déclarent que la transmission des savoirs leur a permis de mieux prendre en charge leurs propres patients et, dans certains cas, notamment en dermatologie, de ne pas recourir à l'avis du spécialiste ».

Ainsi, je peux confirmer **ma deuxième hypothèse : pour pérenniser l'utilisation de ce nouvel outil, une personne référente, qui a su développer des compétences particulières va faciliter la mise en œuvre.**

Pour conclure, après un cadrage « fonctionnel » qui se présente sous forme de contrat, charte..., une transformation professionnelle est induite par un nouveau mode de travail plus collaboratif, impliquant de nouveaux modes de communication ainsi qu'une nouvelle organisation de travail. Ce qui engendre une certaine délégation et de ce fait une perte de son autonomie en acceptant un regard extérieur impliquant le « déplacement sur le plan des pratiques professionnelles médicales pour que le théorique s'inspire principalement des perspectives interactionnistes de Strauss et de Goffman ». <sup>45</sup> Ceci principalement lors des télé consultations. Les interactionnistes considèrent que l'individu se construit des relations qu'il fait avec son propre environnement.

Cette délégation de compétence ne peut avoir lieu qu'à travers une délimitation des champs d'action, à savoir « une mise en place des formes de cadrage des interactions visant à construire, in situ, un cadre de référence commun aux différents professionnels qui sont en relation, afin qu'ils puissent interagir de façon efficace ». <sup>46</sup>

La télémédecine favorise :

- Un échange tri-partie, entre médecin, infirmier et patient. Ceci favorise une expression plus libre. Le patient peut compléter en direct les propos du médecin et/ou de l'infirmière auprès du spécialiste.
- Ensuite, une organisation du parcours plus « intégrée » induisant des inter-relations entre les professionnels impliqués dans le parcours de soin.
- Le troisième levier permettrait de passer d'un avis individuel à une véritable discussions voire un débat, donnant lieu à une véritable richesse. Mais ceci implique d'accepter le regard des collaborateurs sur la prise en charge proposée. Et d'être ouvert à une modification dans l'organisation des soins.
- Pour finir, l'échange d'informations peut être facilité par une communication orale, où l'expression serait plus libre que dans un courrier ou un compte-rendu, notamment d'un point de vue déontologique.

---

<sup>43</sup> Revue française de sociologie, 54-2, 2013, page 312

<sup>44</sup> Revue française de sociologie, 54-2, 2013, page 315

<sup>45</sup> Revue française de sociologie, 54-2, page 305

<sup>46</sup> Revue française de sociologie, 54-2, 2013, page 306

## **10 Limites de ce travail**

Les principales difficultés se sont situées à deux niveaux.

Tout d'abord, elles ont été liées à mon hésitation concernant le choix de mes recherches parmi toutes les pistes possibles concernant le sujet abordé : la coopération.

Ensuite, le choix du sujet de la télémédecine qui reste un sujet innovant, n'a pas facilité la prise de rendez-vous auprès des professionnels. Ce qui a, au départ, limité les lieux d'enquêtes de terrain. J'ai donc dû réajuster ma méthode d'enquête et adapter la population ciblée. Pour ce faire, une énergie supplémentaire accompagnée de motivations a été nécessaire afin de mener à terme la démarche.



# BIBLIOGRAPHIE

## Webographie

- **Aebischer Verena, Postolache Petru, Purcarea Anca, Sandovici Lucia**  
" Conduite de changement et intégration européenne "  
Consulté en Décembre 2016 sur : <http://www.cairn.info>
- **Baudier. F, Prigent. A, Leboube. G**  
Revue Santé publique, de 2007  
"Le développement de l'éducation thérapeutique du patient au sein des régions françaises "  
Consulté en Novembre 2016 sur : <http://www.cairn.info/revue-sante-publique-2007-4-page-303.htm>
- **Caire. JM et Fremaux. L**  
Revue : Soins cadre, de Novembre 2010 n°76, pages 54 à 56.  
" La conduite de projet, un processus professionnalisant des futurs cadre de santé "  
Consulté en Janvier 2017.
- **Daigne. M, Bonnin. M, Farsi. F, Grémy. F**  
Revue santé publique p 133 à 146  
" Le développement des réseaux de soins et de santé : contexte éthique et politique "  
Lu en Novembre 2016
- **Dejours Christophe**  
"Coopération et construction de l'identité en situation de travail"  
Mise en ligne mars 1993
- **Desbordes. M, Nebout. S, Grès. H, Guillin. O**  
"La télémedecine en psychiatrie du sujet âgé : enjeux et perspectives"  
Consulté en Mars 2017 sur le site : <http://dx.doi.org/10.1016/j.npg.2015.05.003>
- **Etourneau. C**  
"Communiquer pour placer l'hôpital au coeur du territoire"  
consulté en juillet 2016 : <http://em.premium.com>
- **Leyreloup. A**  
Revue : VST - Vie sociale et traitements, de 2008, pages 53 à 58.  
" Hospitalisation à domicile en psychiatrie, une idée pas si neuve "  
Consulté en Novembre 2016 sur : <http://www.cairn.info/revue-vie-sociale-et-traitements-2008-3-page-53>
- **Massé. G, Frappier. A, Kannas. S, Libbey Eurotext. J**  
Revue : L'information psychiatrique, 2006/10 Volume 82, pages 801 à 810  
" Plaidoyer pour la naissance d'une télépsychiatrie Française "  
Consulté en Décembre 2016 sur : <http://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique>

- **Mathieu-Fritz. A et Esterle. L**  
Revue Presses de Sciences Po, Vol 54, 2013, pages 303 à 329  
*" les transformations des pratiques professionnelles lors des téléconsultations médicales "*  
<http://www.cairn.info/revue-francaise-de-sociologie-2013-2-page-303.htm>  
consulté en Mars 2017
  
- **Merdinger-Rumpler. C, Nobre. T**  
Revue Gestion, Volume 28 de 2011, pages 51 à 66  
*"Quelles étapes pour la conduite du changement à l'hôpital ? "*  
Consulté en Décembre 2016 sur : <http://www.cairn.info/revue-gestion>
  
- **Petitqueux-Glaser. C, Acef. S, Mottaghi. M**  
Revue Vie sociale, n°1 de 2010, pages 109 à 128  
*" Case management : quelles compétences professionnelles pour un accompagnement global et un suivi coordonné en santé mentale ?"*  
Consulté en Novembre 2016
  
- **Peljak. D**  
Revue Santé publique, de 2011  
*"L'éducation thérapeutique du patient, la nécessité d'une approche globale, coordonnée et pérenne "*  
Consulté en Novembre 2016 sur : <http://www.cairn.info/revue-sante-publique-2011-2-page-135.htm>
  
- **Robelet. M, Serré. M, Bourgueil. Y**  
Revue Française des affaires sociales, de 2015  
*" la coordination dans les réseaux de santé : entre logiques gestionnaires et dynamiques professionnelles"*  
Consulté en Septembre 2016 sur : <http://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2005-1-page-231.htm>
  
- Revue Information psychiatrique, de 2006  
*" Santé mentale, relever les défis, trouver des solutions"*  
Consulté en Septembre 2016 sur : <http://www.cairn.info/revue-1-information-psychiatrique-2006-4-page-343.htm>
  
- **Silva. F, Ben Ali. A**  
Revue Management et avenir, de 2010  
*"Emergence du travail collaboratif, nouvelle forme d'organisation"*  
Consulté en Septembre 2016 sur : <http://www.cairn.info/revue-management-et-avenir-2010-6-page-340.htm>
  
- **Strauss. A**  
Présentation de la sociologie interactionniste  
Consulté en Avril 2017 sur le site : <https://fr.wikiversity.org>

- **Talpin. J, Libbey Eurotext. J**  
Revue Information psychiatrique, de 2007, n°83, pages 767 à 774  
"La crise de fin d'hospitalisation en gériopsychiatrie "  
Consulté en Novembre 2016 sur : <http://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2007-9-page-767.htm>

## Periodiques

- **Cazellet. L (cadre supérieur de santé)**  
Revue Soins cadre, de 2011, spéciale formation infirmières et cadres de santé, pages 5 à 7  
« D'indispensables compétences à acquérir pour relever le défi de l'e-santé »
- Médecine des maladies Métaboliques : De nouvelles organisations et pratiques de soins par télémédecine  
Mai 2010, Volume 4, n°3
- **Talon-Chrétien, Jakovenko, Franzin-Garrec, Révy, Nerich, Roucoules**  
Revue Soins, n°807, de 2016, pages 28 à 32  
" La coordination des intervenants au domicile du patient "
- Revue la Santé en action, n°436, de Juin 2016  
« Les CLSM »
- **Mocquet. R**  
Revue Soins cadres, n°90 supplément 2016, pages 18 à 20  
"L'interdisciplinarité au coeur d'un réseau de santé"
- **Klopfenstein-Crélerot. S, Bosc-Fishman. A**  
Soins, n°811, Décembre 2016  
"Les six attributs du concept de coordination dans le domaine des soins"  
Mars 2017, n°811, pages 15 à 17

## Ouvrages

- **Amyot Jean-Jacques**  
Développer la coordination gérontologique. Stratégies, dispositifs et Pratiques  
Edition DUNOD

- **Bloch Marie-Aline et Hénault Léonie**  
Coordination et parcours. La dynamique du monde sanitaire, social et médico-social  
Edition DUNOD
- **Ennuyer Bernard**  
Repenser le maintien à domicile. Enjeux, acteurs, organisation  
Edition DUNOD
- **Plane Jean-Michel**  
Management des organisations, théories, concepts, performances.  
Edition DUNOD
- **Verdon Benoît**  
Que sais-je : Le vieillissement psychique  
Edition puf

## Guides

- **Professeur Hervé Dumez, Professeur Etienne Minvielle**  
Etat des lieux de l'innovation en santé numérique  
Mars 2015
- **Mathias Béjean**, Maître de conférences,  
**Jean-Paul Dumond**, Maître de conférences habilité à diriger des recherches,  
**Johana Habib**, Maître de conférences  
Petit guide d'exploration au pays de la santé numérique
- Guide méthodologique, Octobre 2012  
Améliorer la coordination des soins : comment faire évoluer les réseaux de santé ?  
Direction générale de l'offre de soins, Ministère chargé de la santé

## Conférences

- 13èmes rencontres KAP OUEST, st Malo 2015  
Télémédecine en psychiatrie  
Docteur Di Maggio, psychiatre, Centre hospitalier Guillaume Rognier, Rennes  
Consultation documentaire Février 2017

- Le centre de jour Monod, la gérontopsychiatrie à la pointe  
Le Rouvray, Septembre 2015, n°57  
Consultation documentaire Janvier 2017
- Journée de formation au centre hospitalier de Rouvray  
La télémédecine et la e-psychiatrie : que faut-il en penser ?  
Docteur SadeqHaouzir  
Consultation documentaire Janvier 2017
- Projet Régional de Santé de Haute Normandie,  
Programme de développement de la télémédecine en Haute-Normandie, 2012-2017
- Rencontre régionale de télémédecine 2017,  
Participation le 24 Janvier 2017 au Centre Hospitalier d'Orléans, organisée par l'ARS  
Val de Loire.
- Evaluer les compétences professionnelles : les missions du cadre de santé  
Michel VIAL, conférence en 2001  
Consultation documentaire Mars 2017

### **Lois-Décrets**

- Loi du 21 Juillet 2009, Loi HPST : Hôpital Patient Santé Territoire
- Loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement  
consulté le 6 Janvier 2017 sur : <http://social-sante.gouv.fr/grands-dossiers/loi-relative-a-l-adaptation-de-la-societe-au-vieillessement>
- Décret no 2013-1090 du 2 décembre 2013 relatif à la transmission d'informations  
entre les  
professionnels participant à la prise en charge sanitaire, médico-sociale et sociale des  
personnes âgées en risque de perte d'autonomie

## **TABLE DES ANNEXES**

Annexe 1 : Cartographie des établissements équipés

Annexe 2 : Guide d'entretien

Annexe 3 : Retranscription d'un entretien

Annexe 4 : Tableau récapitulatif des 9 entretiens



## Guide d'entretiens

Légende :

Questions destinées aux personnes ne pratiquant pas la télémédecine

Questions pour les professionnels utilisant la télémédecine

1 - Poste

- Fonction :.....
- Où travaillez-vous ?.....
- Population prenez-vous en charge ?.....

2 - Champs d'utilisation de la télémédecine

- Depuis combien de temps l'établissement est équipé ?
- Dans quelle situation utilisez-vous la télémédecine?
  - Télé staff
  - Télé diagnostic
  - Télé expertise
  - Télé consultation
  - Télé surveillance
  - Télé assistance
  - Autre
  - Aucun
- Y a-t-il un référent de télémédecine au sein de l'établissement ?
- Pensez-vous que cet outil présente un avantage dans la coordination du parcours de santé gériatrique à l'échelle du réseau ? Si oui, comment le concevez-vous ?

### 3 Déroulement et préparation

- Qui participe aux séances ?
- Comment sont préparées les séances de télémédecine ?
- Travaillez-vous avec une procédure d'utilisation ?
- Quels sont les acteurs à l'origine de la création de cette grille d'utilisation ?
  - Cadre de santé
  - Médecin
  - Groupe de travail
  - Partenaire
  - Autre
  
- En quoi, une procédure peut-être une aide dans le déroulement de la séance ?

### 4- Compétences

- Cela demande des compétences particulières à développer ou sont-elles déjà présentes dans l'équipe?
- Quels outils pour développer les compétences ?
  - Formation
  - Echange de pratiques
  - Autre

### 5- Evaluation de l'activité

- Rencontrez-vous des difficultés ?
- Selon vous quels sont les freins à sa mise en place ?
- Quelles ont été les conditions de réussite ?
- Si vous deviez refaire aujourd'hui, vous feriez comment ?

## Retranscription d'un entretien

Entretien du 14 Février 2017.

Enquête auprès de Mme M, cadre de santé d'un centre de soins gérontopsychiatriques de l'Hôpital Départemental Georges Daumezon.

« L'hôpital est équipé de l'appareil de télémedecine depuis plusieurs années. Pour le service, nous ne sommes équipés que depuis quelques mois.

Ici la télémedecine est utilisée pour télé expertise et télé staff.

Nous avons travaillé un protocole d'organisation des séances : Pour un avis, l'EHPAD repère un besoin, le professionnel en informe l'infirmière coordinatrice ou la cadre de santé. Ils informent le patient. Il faut son consentement, c'est important, c'est inscrit dans le texte de loi. Puis, ils vont sur la plateforme pour constituer le dossier et sélectionnent à qui ils veulent envoyer la demande : Dr R, DR G ou Dr V qui sont les trois médecins qui sont notés. Ils cliquent sur la personne et la demande est envoyée via la plateforme, en messagerie sécurisée. Le médecin psychiatre du service, le cadre de santé et les infirmières ayant un code d'accès, reçoivent une notification leur indiquant qu'ils ont reçu une demande de TLM. Tout le monde ne peut pas ouvrir la demande. Le médecin va prendre connaissance du dossier, des pièces jointes (scanner, bilan, ordonnances, clichés de radio) et demandera si besoin des éléments complémentaires. Ensuite il renverra sa proposition via la plateforme à l'établissement qui recevra une notification. Oui, il faut que ça soit bien préparé. Oui, ceci concerne la télé expertise.

Le télé staff, nous ce que l'on a envisagé, car pas encore pratiqué : Alors à partir d'un avis comme ça de télé expertise, le médecin peut se dire que : tiens ça serait bien de faire un télé staff. Donc ça fait partie des réponses possibles. Soit c'est une réponse écrite, soit l'équipe de gérontopsychiatrie pense que ça serait bien de faire un télé staff pour donner des conseils ou faire une analyse en équipe. Il faut programmer les créneaux, quand c'est ponctuel. Mais l'idée serait d'avoir des créneaux libérés pour que une ou deux infirmières soient libérées pour participer à la séance. L'idée était d'en programmer 1 à 2 dans l'année. Le principe est d'équipe pluridisciplinaire à équipe pluridisciplinaire. Il ne faut pas que ça remplace la rencontre physique avec le patient. Ça n'est qu'un outil complémentaire.

Le projet écrit, la base du projet médical. Je l'ai travaillé avec le Dr R. Et ensuite je l'ai remise en forme. Concernant la procédure, j'avais fait une trame avec l'interne qui était là. Ça a servi de base de travail et ensuite on l'a repris. Ça a été envoyé en projet de convention à l'ARS. Nous l'avons retravaillé avec les médecins du service.

Oui, oui. De tout façon, le rôle du cadre, avec un peu de recul, c'est faire du lien et de la coordination, de faire se rencontrer les différents acteurs.

Oui, moi j'ai fait pas mal de recherches biblio que j'ai diffusées aux uns et aux autres : aux médecins, à la personne référente du projet à la Direction. Déjà je me suis moi-même informée sur le sujet. Lorsque j'ai fini ma revue de recherche, je l'ai diffusée lorsque le projet a débuté avec le service informatique.

Non la procédure s'est faite en interne sans concertation avec les partenaires. Puis c'est passé en Copil.

Oui la procédure est indispensable. Moi je suis très procédure. On la fait comme on pouvait imaginer. Et on l'a peaufinée avec les collègues lors du Copil.

Oui, oui, je pense que les choses doivent être posées... Moi je suis assez procédure, cadre. Il faut définir les rôles de chacun. Nous sommes quand même dans la transmission de données médicales. Être vigilant au secret professionnel. Rester vigilant à rester dans le cadre de ce qu'est la TLM. C'est un cadre bien défini. Moi je pense que c'est important. De tout façon, l'ARS nous le demande lors de l'élaboration de la convention.

La condition actuelle est le projet d'établissement avec le souhait de développer la TLM et surtout avec l'idée de développer la filière géronto-psychiatrique et cet outil sera une aide. Nous avons créé du lien avec l'unité mobile gériatrique qui l'utilise pour prendre appui sur leur expérience.

L'équipe n'a pas été difficile à mobiliser. C'est plus la contrainte du temps médical et l'organisation des séances. Au sein de l'équipe, il n'y a pas eu de groupe de travail. Je les informais au moment des réunions d'équipe sur l'avancée de projet.

Des formations ont été proposées. On a été accompagné au début par l'association Covotem (plateforme TLM) pour élaborer le projet médical. Ils nous ont donné une trame à remplir et la méthodologie. Puis une demi-journée de formation sur l'utilisation informatique de l'outil.

Oui les infirmières qui l'on souhaitées ont été formées.

Être à l'aise avec l'information, la vidéo. Après c'est comme lors d'une réunion, c'est être à l'aise pour prendre la parole, avoir un esprit d'analyse et de synthèse. Transmettre un savoir. Il faut tout de même une infirmière experte sur le sujet et avoir un esprit pédagogique. Il faut des gens compétents et motivés. Les liens que l'on peut avoir avec les partenaires est important. Je n'ai pas proposé à tout le monde. Par exemple je n'ai pas proposé aux personnes qui ne sont pas à l'aise avec l'informatique ou pas à l'aise à l'oral. Mais comme on n'a pas utilisé l'outil régulièrement, il nous faudrait refaire la formation.

Pour que ça fonctionne, il faut une personne motrice. Cela demande l'envoi de plusieurs mails pour avoir une seule réponse des partenaires pour fonctionner ensemble. C'est beaucoup d'énergie. On sollicite souvent sans réponse. Il faut faire ce lien. Oui, ça c'est le travail de cadre de santé, le médecin il n'a pas le temps. Pour le moment, ça n'est pas rodé. Pour les établissements, il faut tout organiser. Leur donner notre procédure, convenir de plages horaires.

Sur un niveau plus institutionnel, le projet est soutenu par la direction.

Il y a forcément un médecin de présent de notre côté lors des télé staffs. C'est un acte médical.

Ça serait à refaire, je le referais. Malgré l'énergie que ça peut demander. Car je pense vraiment que ça peut nous aider. Il a manqué à mon sens une impulsion médicale au départ. C'est pour cela que ça a mis si longtemps à être mis en place.

La TLM est prévue pour le moment au niveau CMP vers les EHPAD et pas encore entre les unités d'hospitalisation et les partenaires libéraux. Nous n'en sommes pas encore là.

Le rôle du cadre, c'est la coordination.

Les compétences, en psychiatrie nous sommes déjà habitué à travailler en équipe, en réseau et à faire des réunions d'échange de connaissances. »



## Tableau récapitulatif des entretiens

Questions posées aux utilisateurs et non utilisateurs

Questions posées aux utilisateurs

Entretiens	Question1 Lieu d'exercice Fonction	Question2 Depuis quand l'établissement est équipé ?	Question3 Année d'utilisation de TLM	Question4 Quels champs d'utilisation	Question5 Réfèrent de TLM	Question6 Avantages pour la coordination ?
1	Centre Soins gérontopsychiatriques de l'hôpital psy du Loiret Cadre de santé		2016	Télé staff Télé expertise	Oui : Directrice adjointe Copil	Favoriser les échanges les uns avec les autres Présence de l'ensemble de l'équipe, pas nécessité de se déplacer
2	EHPAD Cadre de santé	2015	non		Oui médecin cadre de santé missionnée de la mise en place ; Une visite dans établissement équipé &journée de sensibilisation par ARS	Oui, pourrait répondre à des difficultés de transport de personnes fragiles, opposées. Cs de spécialiste et avis d'équipe « experte »
3	EHPAD Infirmière coordinatrice	2016	non		non	oui : lien avec équipe pluriprofessionnelle spécialisée (gériatrie et psy) : troubles du comportement Besoin d'avis d'expert en limitant les déplacements
4	Association Accoprat Implanté au sein d'1 EHPAD Chef de projet	Juin 2016	Juin 2016	Télé staff Télé expertise	Oui, nous	Richesse mais difficulté d'organisation (tps commun non repéré à l'avance)
5	Association Accoprat Implanté au sein d'1 EHPAD Infirmière	Juin n2016	Juin 2016	Télé staff Télé expertise	Oui, nous	Oui apporte à l'équipe des savoirs, des compétences transposables

	Question1 Lieu d'exercice Fonction	Question2 Depuis quand l'établissement est équipé ?	Question3 Année d'utilisation de TLM	Question4 Quels champs d'utilisation	Question5 Réfèrent de TLM	Question6 Avantages pour la coordination ?
6	Gérontopsychiatrie Hôpital Rouvray Psychiatrie	2007	2007 expérimental 2012 développement des actes	Télé consultation Peu de télé staff	Oui un médecin	Peu de télé staff car « c'est aussi simple de prendre le téléphone » « de se voir sur écran n'apporte pas plus »
7	SSR Privé Cadre de santé	non	non		non	Oui, ça pourrait être un plus. Surtout pour la possibilité d'expertise
8	Hôpital psychiatrie Loiret : Directrice adjointe	2012	2016	Télé staff Télé expertise	Oui Copil Directrice adjointe GCS télésanté (	Oui, mais ne doit pas substituer, mais juste être un outil supplémentaire Pas utiliser dans l'urgence
9	Hôpital psychiatrie Loiret : Psychiatre responsable gérontopsychiatrie	2012	2016	Télé staff Télé expertise	Oui Copil Directrice adjointe Gcs télésanté	

Entretiens	Question 7 Qui participe aux séances ?	Question 8 Déroulement des séances	Question 9 Travaillez-vous avec une procédure d'utilisation ?	Question 10 Quels sont les acteurs ayant écrit la procédure ?
1	Télé staff : médecin, infirmière, assistante sociale, cadre de santé, secrétaire	Demande venant des EHPAD avec qui on a une convention. Après réception du dossier par la plate-forme. Médecin et équipe décide d'une modalité de réponse : soit télé expertise, soit télé staff, soit proposition par réponse informatique	oui	Médecin et cadre de santé : co-construite en interne puis validée par l'ARS
2				
3				
4	Tous les membres concernés par la situation : médecin (mais pas obligatoire), cadre de santé, infirmière, aide-soignant	Via la procédure proposée par le requis et validée ensemble avant présentation à l'ARS Co-construite Charte en interne, rappelant rôle de chacun et organisation interne	Oui convention et Charte interne	Charte : médecin/ CDS / Groupe de travail Convention : les deux établissements concernés
5	Equipe pluri-professionnelle : médecin (mais pas obligatoire), cadre de santé, infirmière, aide-soignant	Via la procédure proposée par le requis et validée ensemble avant présentation à l'ARS	Oui convention et Charte interne	Charte : médecin/ CDS / Groupe de travail L'équipe a été intégrée dès le début à l'ensemble de la réflexion Convention : les deux établissements concernés

Entretiens	Question 7 Qui participe aux séances ?	Question 8 Déroulement des séances	Question 9 Travaillez-vous avec une procédure d'utilisation ?	Question 10 Quels sont les acteurs ayant écrit la procédure ?
6	Les téléconsultations : psychiatre et une infirmière de l'EHPAD ou psy auprès du patient	Procédure interne au service Consultation en directe, puis courrier dicté au médecin traitant	En interne et ensuite proposée à nos partenaires. Elle est + ou – formalisée Pas collégiale	
7				
8	Médecin à médecin pour le moment But pluri-professionnel, 2 IDE sont introduites Pourrait introduire plusieurs professionnels en même tps : EHPAD, Gériatrie et Psy	Respect le cahier des charge présenté et validé par l'ARS	Oui, obligatoire pour les instances : ARS	Copil,direction Aide du GCS
9	Médecin et infirmière référente But : équipe pluri-professionnelle Pourrait se faire entre plusieurs experts, complémentaire au regard d'une situation Attention au respect de la confidentialité	Procédure écrite pour être validée par ARS	Oui projet médical Convention avec partenaires	Médecin, cadre de santé, Copil, Motivé par la direction Tout ceci encadré et aidé par le GCS télésanté

Entretiens	Question 11 En quoi une procédure est une aide ?	Question 12 Faut-il des compétences particulières ?	Question 13 Formations proposées	Question 14 Difficultés rencontrées lors des séances
1	Définit les rôles de chacun Oblige à préparer le dossier, les informations complémentaires Cadre la demande	Utilisation de l'outil afin de ne pas être freiné, parasité	Formation des médecins, du cadre de santé et de personnel infirmier sur volontariat. Formation proposée par la plate-forme « la formation ne devrait pas être trop éloignée des 1ère séances »	Pas assez de recul
2				
3				
4	Indispensable pour rappeler les rôles de chacun : "sachant bien qui fait quoi en interne"	Maitrise de l'informatique, Connaissance ergonomique de la plateforme, Connaissance des conditions de partage d'information et de consentement du patient	Oui sur l'utilisation de la plateforme et de la constitution d'un dossier	"peur des professionnels de ne pas y arriver" : besoin d'accompagnement "de perdre du temps" Plateforme pas ergonomique ou toutes les possibilités non connues, ce qui limite (pas de boîte mail pour échanger sur l'organisation des séances)
5	Encadre la délégation	Maitrise de l'informatique	Oui sur l'utilisation de la plateforme et de la constitution d'un dossier	Difficulté pour programmer des télé staff lors du besoin, nécessite de l'anticipation, de l'organisation et planification
6	Définit l'objectif et la méthode « clarifie le dérouler de la séance »	Non, simplicité de l'appareil Le soignant auprès du patient doit savoir réagir si perturbation suite à la consultation	?	Problème réseau

Entretiens	Question 11 En quoi une procédure est une aide ?	Question 12 Faut-il des compétences particulières ?	Question 13 Formations proposées	Question 14 Difficultés rencontrées lors des séances
7				
8	C'est obligatoire dans le contrat passé avec ARS Demande à être bien encadrées et organisées surtout pour les télé staff	Transfert de compétences : utilisation pour formation. Mais pas financé pour le moment, Délégation de tâches qui pourrait émerger, comment déléguer? Qui crée la coordination au départ : IDE ou médecin?	GCS forme et accompagne pour formaliser le projet médical Formation et Actions avec Accoprat Echange sur retour d'expérience serait intéressant	Problème de réseau
9	Pour bien organiser et préparer les séances Encadre la transmission d'info et le partage de données Accent sur le consentement du patient Toute démarches statuées par le médecin : demande et réponse	Oui Technique : être à l'aise avec l'informatique pour ne pas être parasité lors des échanges Connaitre les problématiques et le fonctionnement des établissements avec qui ont échanges Transfert de compétences, expertise Rassurer Délégation de tâche de cadre de santé sur IDE référent	Oui par Accoprat pour utiliser la plate forme Retour d'expériences pourrait être intéressant	Problème de réseau

Entretiens	Question 15 Quels sont les freins à la mise en place ?	Question 16 Quelles sont les conditions de réussite ?	Question 17 Ouverture
1	Organisation médicale à adapter, en libérant des temps pour TLM Médecin doit y trouver des avantages Problème réseau Trouver les établissements intéressés	« prendre appuie sur les dispositif déjà existant » : benchmarking Régularité qui « favorise l'utilisation et réduit l'appréhension à utiliser l'appareil », s'inscrit dans projet médical Régularité pour pérenniser. Quelqu'un de moteur : cadre santé	« le cadre à un rôle de facilitateur » « il fait du lien » : coordinateur Transmission d'info sécurisées
2	Cout de fonctionnement: besoin de payer un abonnement Charge des réparations de l'appareil Problème de réseau / Partenaires non identifiés Pas de spécialistes voulant coopérer: pas de rémunération des actes		
3	« manque de liens entre les établissements et les spécialiste, voir généralistes » « absence de sollicitation de la part des hôpitaux » Manque de tps médical pour construire projet / Pas la priorité		Pourrait apporter pour des formations. Des développements de compétences
4	Problème réseau, frein technique pour télé staff	"pratique régulière", répétition des actes afin de se familiariser avec l'outil, Etablissement moteur pour intégrer l'outil dans les pratiques	Association pousse les prof et les embarque
5	Difficulté de coordonner les temps d'échange Restreint sur les spécialités voulant bien s'investir	"il faut que ça rentre dans les mœurs", Formation de l'ensemble des professionnel et application immédiate, Référent moteur, nouvelle génération plus à l'aise avec informatique Inscrit dans projet médical	Enrichissement pour les équipes : développement des compétences : télé formation Rassure l'équipe Expansion à domicile : tablette connecté utilisé par prof libéraux : pratiques Avancées (IPA)?

Entretiens	Question 15 Quels sont les freins à la mise en place ?	Question 16 Quelles sont les conditions de réussite ?	Question 17 Ouverture
6		Regroupement régionale d'établissement : dermatologie, psychiatrie, gériatrie et soins palliatifs. + 64 établissements (EHPAD) Etablissement pilote, Plateforme facilitant : intuitive	Actes non comptabilisés
7	Manque de temps médical Ne voit pas d'intérêt car pour le moment, patient pris sur dossier d'admission. Donc refusé si l'état de santé complexifie la prise en charge.		Utilisation du DMP (Dossier Médical Partagé) Dossier trajectoire
8	Analyse des risques : - identifier établissements prêts à fonctionner : lien avec le GCS - besoin d'organiser: CDS facilitateur d'organisation - ouverture réseau avant développement TLM Ressources humaines : charge de travail, temps médical - il y a 4 ans : équiper sans formation Pas ou peu d'échanges d'expériences	Analyser les besoins Travailler en amont sur projet médical Echanges puis mise en place Projet médical Personne moteur	Développer avec les MSP (Maison de Santé Pluri-professionnelles) Rex Possibilité de faire encore évoluer l'outil pour d'autre réseau que la gériatrie. Ex avec le réseau Autiste
9	Problème d'organisation des temps de télé staff. Les possibilité en fréquence connue, mais pas planifier en avance. Pas fixé dès le début. Organisation attendu du cadre de santé	Donner des conseils, rassurer sur les compétences de chacun Déculpabiliser les équipes Dossier bien construit Bon échange pluri-professionnel Gain de temps par rapport aux déplacements 2 projets médicaux en parallèles (gérontopsychiatrie et télé médecine) qui ont pu se rejoindre Aide du GCS pour construction projet médical	Richesse de l'échange des différent point de vue : médecin et infirmière Accord patient tracer dans dossier, y veiller lors de toutes demande Echange physique avec les partenaires avant la mise en route est facilitant