

Diplôme de Cadre de Santé



ESM

Formation & Recherche en Soins

Université Paris-Est Créteil Val-de-Marne

De la Télémédecine dans les

Organisations soignantes

Un défi organisationnel et de compétence pour le

Cadre de Santé

Laurent BESANÇON

DCS@15-16

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'École Supérieure Montsouris.

Remerciements

En premier lieu, je remercie Mme Papin-Morardet, professeur à l'université Paris Est et Directeur de mémoire. Elle m'a guidé dans mon travail et m'a aidé à trouver des solutions pour avancer.

J'adresse mes remerciements aux personnes qui m'ont aidé dans la réalisation de ce mémoire et plus particulièrement l'ensemble des cadres de santé qui ont eu la politesse et la gentillesse de répondre à mon enquête.

Je remercie le Dr Pierre Simon que je considère comme l'un des pionniers de la télémédecine en France et dont les écrits m'ont donné envie de m'engager sur cette voie.

Table des Matières

INTRODUCTION.....	8
PREMIÈRE PARTIE : le cadre contextuel.....	11
1. Une inexorable marche en avant impulsée par des géants	11
1.1. La santé et l'ère numérique : l'explosion de la e-santé.....	11
2. Vers une médecine prédictive : l'essor d'une nouvelle médecine.....	12
2.1. La biopsie liquide.....	12
2.2. L'internet des génomes	12
3. Vers un changement de la consommation de biens de santé.....	12
3.1. Des Objets connectés pour des patients connectés.....	13
4. Une transformation de la pratique médicale	14
4.1. L'ubimédecine : un néologisme pour qualifier une pratique médicale	14
4.2. La télémédecine : une pratique médicale réglementée	15
4.2.1. Définition de la télémédecine	15
4.2.2. La télémédecine en France.....	16
4.2.2.1. Une inscription de la pratique dans la loi	16
4.2.2.2. Une précision des formes de cette pratique.....	16
5. Des réponses dans un contexte historique favorable	17
5.1. Une réponse économique	17
5.2. Une réponse organisationnelle.....	17
6. Mes premiers contacts avec la télémédecine	18
6.1. Une expérience de soignant.....	18
6.2. Une expérience de cadre	19
7. Résumé de la première partie.....	20
2. DEUXIÈME PARTIE : les approches théoriques	21
2.1. Du point de vue de la théorie des organisations.....	21
2.1.1. L'hôpital siège de la bureaucratie professionnelle.....	21

2.1.2.	Vers une fin de la bureaucratie professionnelle	25
2.1.1.	La reconfiguration de l'hôpital	25
2.2.	L'apport des économistes.....	27
2.2.1.	L'impact des TIC sur la manière de faire des individus	27
2.1.1.	Les caractéristiques des TIC.....	28
2.2.	. Du point de vue de la pédagogie.....	29
2.2.1.	L'impact cognitif des TIC sur l'évolution des compétences métiers	29
2.2.1.1.	Le soignant : un être numérique en devenir.....	29
2.2.1.2.	Le soignant : un créateur de sens dans un monde virtuel.....	29
2.2.1.3.	Le soignant connecté au SI : un risque d'individualisation et un enjeu d'interactivité	30
2.2.1.4.	Les mécanismes de la compétence pour définir la compétence.....	32
2.2.2.	Une théorie de la compétence adossée à celle de G.Malgaive.....	33
2.2.2.1.	Vers une obsolescence des savoirs d'expérience	34
2.2.2.2.	Vers une formalisation des savoirs	34
2.2.2.3.	L'impact de la dématérialisation sur la relation soignant -patient.....	35
2.2.2.4.	L'impact de la formalisation.....	35
2.2.2.5.	Le retour d'expérience cède la place au calcul et à la modélisation	35
2.2.3.	Un besoin de voir émerger des nouveaux profils de soignant.....	36
2.2.3.1.	Le positionnement des soignants face aux TIC	36
2.3.	Du point de vue de la sociologie.....	37
2.3.1.	Les interactions entre soignants : un quadruple cadrage.....	37
2.3.2.	Une transformation des pratiques	38
2.4.	Résumé de la deuxième partie.....	38
3.	TROISIÈME PARTIE : l'étude de terrain et son analyse.....	40
3.1.	La formulation de mes hypothèses.....	40
3.1.1.	L'hypothèse générale.....	40
3.1.2.	L'hypothèse opérationnelle	40

3.2. La méthodologie d'enquête	40
3.2.1. L'outil d'enquête	40
3.2.2. La population enquêtée et les lieux d'enquête	41
3.2.3. Les limites de l'enquête	42
3.3. Analyses et présentation des résultats de l'enquête.....	42
3.3.1.1. De l'importance de l'organisation	42
3.3.1.2. De l'importance du cadre dans le projet.....	44
3.3.1.2.1. S'inscrire dans une démarche projet	44
3.3.1.2.2. Associer l'équipe pour la faire adhérer	44
3.3.1.3. L'émergence d'un point central : le projet médical	46
3.3.1.4. L'acquisition de nouvelle compétence pour les soignantes	47
3.3.1.5. Un regard nouveau des médecins sur les soignants	49
4. QUATRIÈME PARTIE : mise en perspective	50
CONCLUSION	52
BIBLIOGRAPHIE.....	54
ANNEXES	I

Liste des abréviations utilisées

AMO :	Assurance Maladie Obligatoire
ADN :	Acide Désoxyribonucléique
AMC :	Assurance Maladie Complémentaire
ANAP :	Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux
APSSIS :	Association pour la Promotion de la Sécurité des Systèmes d'Information de Santé
ARS :	Agence Régionale de Santé
CATEL :	Club des Acteurs de la Télésanté
CH :	Centre Hospitalier
CHU :	Centre Hospitalier Universitaire
CNOM :	Conseil National de l'Ordre des Médecins
CSIS :	Conseil Stratégique des Industries de Santé
DGOS :	Direction Générale de l'Offre de Soins
ECG :	Électrocardiogramme
GA4GH :	Global Alliance For Genomics and Health
GAFA :	Google, Apple, Facebook, Amazon
HAS :	Haute Autorité de Santé
HPST :	Hôpital Patient Santé Territoire
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
PRME :	Programme de Recherche Médico-Economique
SI :	Système d'Information
SMS	Short Message Service
T2A :	Tarifcation à l'activité
TIC :	Technologies de l'Information et de la Communication

INTRODUCTION

Le XXe siècle a connu l'essor de l'internet. Son développement a permis le partage des connaissances à travers le monde. Le monde se trouve ainsi connecté et il fait face à une abondance d'informations qu'il doit analyser et structurer pour lui permettre de progresser. Tous les domaines, tous les champs de l'activité humaine sont concernés. Cette révolution, pleinement ancrée dans le quotidien du XXIe siècle, trouve sa concrétisation sous le nom de TIC (les Technologies de l'Information et de la Communication). Les acteurs économiques doivent prendre en compte cette réalité dans leurs organisations au risque de périliter. À l'instar des entreprises du secteur marchand, les organisations de santé devront elles aussi intégrer davantage les TIC dans leur mode de fonctionnement.

En effet, les contraintes économiques qui pèsent sur les établissements de santé rendent nécessaire de repenser les modalités de prises en charge de la personne soignée. De plus le lien entre les secteurs économiques et de ceux de la santé, est renforcé par l'incrémentation des TIC dans le soin. Ce lien est rendu concret en 2004 par la création du Conseil Stratégique des Industries de Santé (CSIS). Il est le *« lieu de concertation et d'échanges répondant à de fortes attentes des industriels et des pouvoirs publics en permettant aux deux parties de mieux comprendre les contraintes et les enjeux respectifs. Il a vocation d'être le lieu où se dessine une vision stratégique commune du secteur des industries de santé »*¹. Il préconise notamment de prendre en compte les impacts organisationnels de la télémédecine dans l'évaluation *« les critères d'évaluation des technologies de santé pourront, si nécessaire, être adaptés pour permettre aux industriels de faire valoir les bénéfices organisationnels de leurs produits. Le circuit et les méthodes d'évaluation au sein de la HAS (notamment pour la télémédecine et les solutions multi technologiques) devront être adaptés. Ces travaux permettront de définir les modalités de l'inscription de la notion de coût complet, intégrant les effets des impacts organisationnels ou des économies générées, dans les dispositifs d'accès précoce (forfait innovation, PRME21, éventuelle inscription conditionnelle) »*².

¹ « Le CSIS appelle à prendre en compte les impacts organisationnels de la télémédecine dans son évaluation ».

² Ibid.

Cette redéfinition doit se faire dans le cadre d'un projet médical répondant à un besoin pour le patient, mais aussi pour les soignants. Sans projet, la mise en place de ces technologies numériques dans la pratique du soin aboutit à des échecs comme le souligne l'ANAP³: *«la mise en place de technologies de télémédecine sans objectifs identifiés et définis conduit le plus souvent à un échec»*.

L'organisation des soins est donc concernée par cette révolution. En effet le numérique par le biais de la télémédecine entre dans les établissements de santé. Or ces nouvelles technologies remettent en cause des pratiques de soins issus d'une culture médicale plusieurs fois centenaires et maintes fois éprouvées. Ces pratiques sont intégrées dans une organisation définie par des textes et des normes qui font partie du paysage quotidien des soignants et inscrites dans leur apprentissage. Cette remise en question nécessite l'acquisition de nouvelles compétences pour les soignants. La qualité de l'offre de soins proposés au patient en dépend, car ces soins ne peuvent être dispensés que par des professionnels de santé autrement dit par des acteurs issus d'une profession réglementée. Il ne s'agit pas simplement d'une bonne maîtrise de ces outils, mais sans doute aussi, d'un besoin d'adaptation de la représentation des soins pour les soignants appliqués à ces outils. C'est-à-dire donner du sens à la pratique. Le cadre de santé a la charge de l'organisation des soins et son rôle est donc majeur dans cette transformation vers une digitalisation de la pratique du soin. De plus, la prise en charge est encore plus complexe du fait du nombre important d'acteurs intervenant auprès du patient. Qu'il s'agisse des médecins ou des paramédicaux, mais également des techniciens qui ont une action sur la maintenance de ces technologies. On perçoit là encore, le nécessaire besoin d'organisation.

Il se développe à travers la France de nombreux projets de télémédecine. Le ministère de la Santé y voit une source d'économie possible et une façon de pallier un manque de médecins. Le cadre de santé a toute sa place dans la réalisation et la mise en place d'une activité de télémédecine dans un service de soin et un rôle auprès de l'équipe soignante pour les accompagner dans ce projet.

³ « La télémédecine en action : 25 projets passés à la loupe. Un éclairage pour le déploiement national - Tome 1 © ANAP 2012 » , 5.

Mon postulat de départ est qu'une organisation de soins construite à partir des technologies de l'information et de la communication, facilite le développement des compétences chez les soignants et permet au cadre de santé d'avoir un outil de management efficace qui contribue à donner du sens au travail de l'équipe.

Mon mémoire a pour but de comprendre comment le Cadre de Santé, grâce à son choix d'organisation, arrive à motiver une équipe soignante à développer de nouvelles compétences nécessaires à la mise en place une activité de télémédecine.

Je m'attends à trouver une organisation actuelle de service ne permettant pas la mise en place rapide d'une activité de télémédecine. D'un côté le corps médical avance prudemment dans l'intégration des TIC à leurs pratiques. De l'autre les soignants adoptent des comportements d'évitement et/ou de résistance aux TIC. Dès lors, l'intégration des TIC dans la structure hospitalière, lieu d'affrontement de logiques antagonistes (médicales/administratives/soignantes) s'en trouve complexifiée.

Mon mémoire va aborder plusieurs champs de réflexion et se décliner en cinq parties.

Une première partie dans laquelle je détaillerai le contexte environnemental dans lequel s'inscrit le champ de la santé. Cette partie me servira à mettre en lumière le caractère irréversible du changement, mais également me permettra d'introduire le besoin pour les soignants d'acquérir de nouvelles compétences.

Une seconde partie illustrée par des théoriciens sera consacrée aux changements des organisations de santé et aux compétences qui doivent être mises en œuvre par les soignants. Ces apports théoriques me permettront d'étayer mes hypothèses que j'évoquerai en introduction de ma troisième partie. Elle sera consacrée à l'étude de terrain et au recueil des données de l'analyse et seront mis en avant les résultats.

Ma quatrième et dernière partie conclura mon travail sous forme de perspectives.

PREMIÈRE PARTIE : le cadre contextuel

1. Une inexorable marche en avant impulsée par des géants

Les États-Unis ont fait naître les géants de l'internet que sont Google, Apple, Facebook, Amazon. Ces quatre grands groupes industriels sont régulièrement nommés dans les médias sous l'acronyme « GAFAM ». Ainsi la première puissance économique a fait basculer le monde dans l'ère du numérique et impulse aux autres États de profonds changements grâce à sa puissance industrielle et technologique.

1.1. La santé et l'ère numérique : l'explosion de la e-santé

Le 20 janvier 2016, lors du discours sur l'état de l'Union des États-Unis d'Amérique, le Président Barack Obama a demandé que soit augmenté le budget consacré à la recherche et au développement dans la médecine de précision. Le président Obama a notamment déclaré : « *je veux que le pays qui a éliminé la polio et établi la carte du génome humain ouvre une nouvelle ère en médecine, une médecine qui fournit le traitement adéquat au bon moment* »⁴. Une révolution majeure se prépare. Elle consiste à permettre à l'ensemble des médecins américains de disposer de l'immense quantité de données médicales accumulées et stockées dans tous les serveurs et les ordinateurs des États-Unis.

Les médecins et chercheurs espèrent ainsi franchir de nouvelles étapes dans la prévention et la lutte contre le cancer notamment. Cependant, l'objectif est plus vaste : généraliser à l'ensemble des patients, pour l'ensemble des maladies et troubles, le recours à l'exploitation de toutes les données biomédicales disponibles.



Ce défi scientifique et médical va permettre aux États-Unis de s'assurer une hégémonie dans le domaine stratégique des "Big data"⁵ (données massives) et des biotechnologies. Cette stratégie s'appuie sur quatre champs technoscientifiques : la recherche en biologie et en génétique, l'informatique et l'Intelligence artificielle, l'internet et les objets connectés et enfin la robotique et les nanotechnologies. Ces technologies vont faire entrer de plain-pied la médecine prédictive dans le champ de la médecine conventionnelle.

⁴ « Quels sont les pays les plus riches du monde ? », paragr. 1.

⁵ « Big_data_objets connectés.pdf », 3.

2. Vers une médecine prédictive : l'essor d'une nouvelle médecine

2.1. La biopsie liquide

La biopsie liquide consiste à remplacer les biopsies traditionnelles par de simples prises de sang pour la détection précoce d'un nombre croissant de cancers (en repérant la signature génétique spécifique des cellules cancéreuses). Un médecin chinois, le Dr Lo, travaille sur ce nouvel outil. Ces tests vont remanier à court terme la prévention et le diagnostic de la plupart des cancers⁶ et des maladies.

2.2. L'internet des génomes

L'internet des génomes vise à partager et à comparer automatiquement les génomes de personnes malades pour lesquelles les ressources thérapeutiques sont limitées (notamment les porteurs de maladies rares dites « orphelines »). Un projet portant le nom de MatchMaker Exchange⁷ a été lancé début 2016, par l'Alliance mondiale pour la génomique et la santé (GA4GH)⁸. Ce projet repose sur un échange mondial de données génétiques. Google développe des normes, protocoles et interfaces de programmation afin de traiter et analyser des données génétiques. La combinaison de l'internet, de l'informatique et de la robotique va ainsi cartographier et analyser des dizaines de millions de génomes. Cette cartographie de génome va faciliter le recoupement des informations génétiques avec les dossiers médicaux et les pathologies des patients. Actuellement, Il existe un moteur de recherche de bases d'ADN appelé « Beacon » capable de parcourir 20 bases de données de génomes humains. Il permet aux chercheurs d'identifier des génomes porteurs de mutations rares et d'établir des liens nouveaux entre ces mutations et certaines maladies.

La généralisation d'un tel système et son libre accès, pour tous les médecins et chercheurs, va permettre d'analyser une quantité énorme de variations génétiques.

3. Vers un changement de la consommation de biens de santé

Cependant, afin de pouvoir alimenter de tel système en données et pour qu'il puisse être pleinement efficace, l'adhésion des patients est nécessaire. Nul doute

⁶ « Blood Test for Early Cancer Detection | MIT Technology Review », paragr. 4.

⁷ « MatchMaker Exchange ».

⁸ organisme sans but lucratif créé en 2013 et qui travaille dans le domaine de l'accès libre des données biomédicales à l'instar de l'organisme de gouvernance et de normalisation du Web, W3C.

que les entreprises du net fabriqueront des objets qui sauront se rendre indispensables aux patients par les nombreux bénéfices que ces mêmes patients en tireront pour leur santé. Une étude de l'Apssis⁹ confirme l'attraction de la génération Z¹⁰ pour les TIC et de leurs usages dans leur mode de vie « *si une application leur apporte "un vrai plus", ils peuvent alors accepter de donner l'accès à leurs données médicales* »¹¹. D'ailleurs, la société Teague basée à Seattle aux États-Unis a imaginé un concept d'objets connectés de santé pour la maison, "doctor in a box"¹². "We're trying to put traditional general checkup tools in the hands of a patient,"¹³ note Matt Schoenholz, le chef de projet. Cela permettra à tous les patients de disposer d'un assortiment d'outils simples, efficaces et d'avoir accès au télédiagnostic et à la téléconsultation. Le faible encombrement de ces outils permettra également de les emporter partout dans le monde. Un accès à l'internet suffira pour prendre contact avec son médecin traitant.



3.1. Des Objets connectés pour des patients connectés

Comme je viens de l'exposer précédemment, afin d'exploiter pleinement la puissance de ces nouveaux systèmes d'analyse et de traitement de données, il faut les collecter auprès des patients, et à un coût économique acceptable par eux



afin d'obtenir leur adhésion à cette collecte. C'est ainsi que l'on voit apparaître sur le marché les objets connectés. En 2020 et

selon les prévisions, comme le montre la figure ci-dessus, il y aura 50 milliards d'objets connectés reliés à 7.6 milliards d'individus.

Ces nouveaux objets vont enregistrer de façon fiable une large gamme de mesures et d'analyses en provenance des patients. Ces objets, via une connexion

⁹ Association pour la promotion de la sécurité des systèmes d'information de santé

¹⁰ La generation Z inclut les personnes nées entre 1990 et 2015.

¹¹ « E-santé — L'Apssis estime que les adolescents devraient contribuer ... - HOSPIMEDIA ».

¹² « This Doctor In A Box Is A House Call For The Modern Age ».

¹³ Traduction : «Nous essayons de mettre les outils traditionnels de bilan général dans les mains d'un patient»

internet, vont ensuite transmettre automatiquement les données vers ces systèmes. La médecine connectée est née.

Ainsi « *les objets connectés jouent pour le Big data le même rôle de catalyseur que la chimie ou l'automobile pour le pétrole* »¹⁴ selon un rapport publié en avril 2015 par l'Institut Montaigne¹⁵.

4. Une transformation de la pratique médicale

4.1. L'ubimédecine : un néologisme pour qualifier une pratique médicale

En France, le Conseil national de l'ordre des médecins (CNOM), dans son livre blanc sur la santé connectée¹⁶, le Dr Nicolas Postel-Vinay (fondateur du site *autom mesure.com*) écrit : « *Pour initier cette réflexion, nous avons proposé le terme d'ubimédecine dans le cadre d'un séminaire au Collège de France (janvier 2012). Ce néologisme entend désigner ce que pourrait être une pratique médicale basée sur la réception et l'analyse de données de santé recueillies à l'initiative de l'utilisateur en des moments et des lieux multiples. Bref, une pratique dont le paradigme sort très largement des cadres médicaux habituels, comme le bureau de consultation ou la chambre d'hôpital. Les questions soulevées par ces pratiques émergentes sont nombreuses : fiabilité, confidentialité, déontologie, conflits d'intérêts... Parmi les réponses qui devront être apportées, celles des expertises scientifiques seront cruciales. Seul le travail d'évaluation permettra d'accepter – ou de refuser – les propos vantant tel ou tel avantage d'un objet connecté. Les études devront juger la performance des capteurs, mais aussi la pertinence des logiciels et algorithmes qui leur sont associés. Pour l'instant, nous manquons notoirement de données fiables, si bien que trop d'applications ressemblent à des boîtes noires. Ce déficit de connaissance doit être corrigé, car la santé connectée ambitionne d'avoir un impact direct sur les comportements et prises de décision des utilisateurs (patients et/ou professionnels). **L'ubimédecine a le potentiel de bouleverser la donne de l'organisation classique de la prévention en santé et de la dispensation des soins ; ce pourquoi les médecins doivent s'emparer de ce dossier.** »*

¹⁴ « Big data et objets connectés. Faire de la France un champion de la révolution numérique », 11.

¹⁵ L'Institut Montaigne est un laboratoire d'idées créé fin 2000 par Claude Bébéar fondateur d'AXA.

¹⁶ « *medecins-sante-connectee.pdf* ».

Le CNOM reconnaît ainsi que cette révolution est incontournable. Il introduit un terme nouveau, celui « d'*ubimédecine* ». Il souligne également les changements sur la relation patient-médecin, mais également sur l'organisation de dispensation des soins.

Cette transformation des organisations de santé, au dire même de l'actuel ministre de la Santé, est nécessaire. Ainsi Mme Touraine écrit dans la préface d'un rapport publié en 2014 par CATEL¹⁷ : « *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.* »

4.2. La télémédecine : une pratique médicale réglementée

Comme toute pratique médicale, la télémédecine n'échappe pas à la réglementation. L'OMS en a donné une définition en 1997 et la France l'a traduite dans la loi en 2009, soit douze ans plus tard.

4.2.1. Définition de la télémédecine

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

- **La télémédecine clinique** est une activité professionnelle qui met en œuvre des moyens de télécommunication numérique permettant 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 communication audiovisuelle interactif qui organise la diffusion du savoir médical et des protocoles de prise en charge des malades et des soins, dans le but de soutenir et d'améliorer l'activité médicale.

Ainsi, la télémédecine permet :

- d'établir un diagnostic à distance,
- de faire pour un patient à risque de la prévention secondaire ou tertiaire,
- d'obtenir un avis spécialisé ou une aide à la décision thérapeutique,
- de réaliser des prestations ou des actes,
- ou d'effectuer une surveillance de l'état des patients.

¹⁷ CATEL est un réseau multidisciplinaire d'acteurs de l'e-santé né en 1997. Sa mission est de contribuer au développement de l'e-santé et de la télémédecine dans tous ses champs d'applications. Il rassemble 20 000 acteurs des secteurs de la santé, du social, de la formation, des services à la personne : professionnels de santé, institutionnels, collectivités territoriales, industriels, réseaux associatifs, chercheurs, étudiants,...

4.2.2. La télémédecine en France

4.2.2.1. Une inscription de la pratique dans la loi

En France, la télémédecine est définie par la loi du HPST du 21 juillet 2009¹⁸. La loi définit à l'article 6316-1 la télémédecine 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, 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. »*¹⁹

Un décret²⁰ en date du 19 octobre 2010 précise les actes médicaux de télémédecine pour définir les responsabilités engagées. La télémédecine se constitue donc de cinq actes que sont : la téléconsultation, la téléexpertise, la télésurveillance, la téléassistance et le téléconseil.

4.2.2.2. Une précision des formes de cette pratique

La téléconsultation est réalisée en présence du patient qui peut être assisté par un professionnel de santé médicale ou non. Un professionnel de santé non-médecin²¹ peut être présent auprès du patient et assister le médecin au cours de la consultation. S'agissant de l'infirmier, il est noté à l'article R4311-1 du code de santé publique²² que : *« L'exercice de la profession d'infirmier ou d'infirmière comporte l'analyse, l'organisation, la réalisation de soins infirmiers et leur évaluation, **la contribution au recueil de données cliniques et épidémiologiques et la participation à des actions de prévention, de dépistage, de formation et d'éducation à la santé** »*. L'article R4311-15 précise également qu'« *Il participe également...à toute action coordonnée des professions de santé...conduisant à une prise en charge globale des personnes* ». En l'absence de code de déontologie pour les infirmiers, il n'existe pas d'autres sources légales

¹⁸ LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

¹⁹ « Art.L. 6316-1.-La télémédecine est une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information ».

²⁰ Décret n° 2010-1229 du 19 octobre 2010 relatif à la télémédecine.

²¹ « Article R4311-15 ».

²² Code de la santé publique - Article R4311-1.

dans lesquelles peut s'inscrire la pratique nouvelle que constitue la téléconsultation pour eux.

La téléexpertise se pratique entre médecins avec le dossier médical en l'absence du patient. L'acte de téléexpertise est régi par l'article 60 du Code de déontologie médicale²³.

La télésurveillance permet la transmission et l'interprétation par un médecin d'indicateurs cliniques, biologiques et radiologiques d'une maladie.

La téléassistance d'un médecin à un autre médecin ou à un secouriste ou toute autre personne portant assistance dans un contexte d'urgence.

Le téléconseil se fait via le centre 15 et dans le cadre de la permanence des soins²⁴.

5. Des réponses dans un contexte historique favorable

S'il a fallu quelques années pour entendre parler de télémédecine en France c'est sans doute lié aux difficultés de plus en plus grandes de financement des politiques de santé. Comme souvent, les crises sont prétextes aux changements. Le domaine de la santé n'échappe pas à la règle.

5.1. Une réponse économique

Face au problème rampant de la désertification médicale en France la ministre des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes, Mme Marisol Touraine annonce des mesures²⁵ pour trouver facilement un médecin près de chez soi. Parmi elles figure un plan d'investissement de 40 millions d'euros pour favoriser l'accès à la télémédecine (une goutte d'eau face aux investissements massifs des GAFA).

De plus, l'accroissement des dépenses de santé toujours constantes pousse l'État Français à mettre en place des plans d'économies des dépenses de santé.

5.2. Une réponse organisationnelle

La télémédecine a pour ambition de proposer une organisation permettant de combler le déficit de médecins dans certains endroits du territoire national²⁶. Cette organisation doit permettre une optimisation du temps de travail médical en limitant les déplacements des médecins tout en garantissant des soins de qualité.

²³ « Commentaires_du_code_de_deontologie_medicale.pdf », 154.

²⁴ *Code de la santé publique - Article L6314-1.*

²⁵ « Politique de santé — Marisol Touraine présente dix engagements pour...pdf ».

²⁶ Holué, « Télémédecine ».

Des projets ont ainsi vu le jour. Pilotés par les ARS²⁷, ils prennent leur source dans le plan triennal de déploiement de la télémédecine sur le territoire national. Ce plan élaboré par la direction générale de l'offre de soins (DGOS)²⁸ a débuté le 1^{er} décembre 2011.

Ainsi en Bretagne, dans les Côtes-d'Armor, le projet de télémédecine Telephad est opérationnel. Il s'appuie sur la mise en réseau d'établissements. Ce projet concerne un bassin de vie de 9500 personnes et propose des téléconsultations en cardiologie, dermatologie, gériatrie et psychiatrie. Il est intéressant de constater qu'une attention particulière à la formation des soignants avait été constatée, comme l'évoque le Dr Pierre Espinoza²⁹, le responsable du projet Telephad dans une interview au télégramme concernant le projet : « *Outre le coût de la station (logiciels et deux écrans), des lignes internet sécurisées et des serveurs spécifiques, **il faut aussi prendre en compte la formation du personnel soignant*** ».

6. Mes premiers contacts avec la télémédecine

6.1. Une expérience de soignant

Dans les années 2005, je travaillais alors en réanimation en tant qu'infirmier. L'unité accueillait des patients polytraumatisés. Ces patients instables cliniquement, nécessitaient beaucoup de soins. Cependant, toutes les pathologies n'étaient pas prises en charge dans l'unité. C'était notamment le cas des patients atteints de traumatismes cérébraux. Il était difficile de transporter ces patients par ambulance de réanimation vers un autre établissement sans dégrader leurs états de santé.

La plus-value de ces transferts de patients par ambulance de réanimation, résidait dans l'expertise du médecin neurochirurgien receveur, capable de faire un diagnostic des séquelles cérébrales chez les patients et des possibilités de prise en charge de ces séquelles. Son expertise se faisait sur un examen clinique du patient, mais surtout sur la lecture d'images de tomodensitométrie et du dossier médical. Dès lors, si le neurochirurgien ne pouvait pas prendre en charge le traumatisme cérébral, le patient nous revenait après avoir passé entre quatre et six heures en dehors de l'unité.

²⁷ Agence Régionale de Santé

²⁸ « La DGOS prépare un plan national de déploiement de la télémédecine ».

²⁹ « Expert en systèmes d'information médicaux et déploiement de la télémédecine. Médecin interniste, gastro-entérologue, urgentiste - Conseil Ordre Médecins Paris 75/40119. Diplôme EMAMH 1994 École Management Médecins Hospitaliers AP - HP École des Mines ».

À cette époque, il n'y avait pas d'autres choix pour les établissements qui n'avaient pas de service de neurochirurgie que d'utiliser ces transports risqués en ambulance pour avoir un avis d'experts.

Les progrès de la transmission des données ont permis une véritable évolution dans la prise en charge de ce type de patient. En effet, avec les TIC, les images pouvaient être transmises et examinées par le neurochirurgien sans avoir à déplacer le malade. Les médecins discutaient par téléphone de l'état clinique du patient. La décision de transfert n'intervenait que pour les cas nécessitant une intervention neurochirurgicale. Aujourd'hui, ces technologies sont en place dans de nombreux établissements et la téléexpertise est entrée dans le quotidien de nombreux praticiens spécialistes hospitalier. J'étais infirmier à cette époque et j'ai pu constater le réel bénéfice de la télémédecine pour les patients.

6.2. Une expérience de cadre

Il y a maintenant un peu plus de deux ans, j'ai eu l'opportunité de travailler en tant que cadre pour une société d'assurance. J'exerçais au sein d'une filiale qui faisait de l'assistance médicale et du rapatriement sanitaire. Cette compagnie a souhaité proposer à ces abonnés un service de téléconsultation. Bien que responsable d'une équipe d'infirmier, je n'avais pas la moindre idée sur la façon de mettre en place cette activité. Jusqu'à présent, notre activité consistait à examiner des demandes de rapatriement sanitaire depuis l'étranger vers la France, pour nos abonnés victimes d'accidents de la vie (accidents de la route, de plongée, etc.) ou de problèmes médicaux. Lorsqu'un rapatriement sanitaire vers la France était nécessaire, nous avons la charge d'organiser le transfert. Je devais aborder la télémédecine non pas comme soignant, mais comme cadre.

Dans ce projet, j'étais contributeur avec une démarche purement pratico-pratique. Elle consistait à tester l'outil informatique, non pas pour l'adapter à une pratique soignante, mais uniquement afin de s'approprier l'outil. Ce faisant, j'ai pu mettre en place la formation des infirmiers. Cette phase de formation fut la plus chronophage et cela à mon grand étonnement. En effet, je pensais, un peu naïvement, qu'il s'agissait simplement d'apprendre aux infirmiers à se servir d'un nouveau logiciel. Malgré de nombreuses complexités liées à des difficultés techniques d'interface informatique, je pensais, à tort, que les infirmiers en auraient très vite la maîtrise. En effet, ils avaient déjà l'habitude de travailler dans un environnement informatique.

Dans le même temps, nous avons rédigé des procédures pour les infirmiers. Ces procédures comportaient une partie d'aide à la connexion au logiciel et une partie sur les procédures métiers. Que faire en cas d'appel urgent ? Comment identifier un abonné? etc. Alors que je pensais que la seconde partie prendrait le plus de temps, il n'en fut rien. Au contraire, à l'exception de quelques-uns, les infirmiers, à une très large majorité, ne semblaient pas éprouver de difficultés particulières à s'approprier ces nouvelles procédures métiers.

Mais tout cela n'était rien comparé à la résistance des médecins qui étaient en désaccord avec la direction médicale. Au début du projet, une large majorité de l'équipe médicale était opposée à la mise en place de cette nouvelle activité. Il s'en est suivi de longues périodes de rencontres, de séminaires et de travaux de groupe, pour que cette activité puisse être proposée. Ce fut une période difficile à vivre pour chacun d'entre nous, j'assistais impuissant à un conflit entre pairs, les infirmiers se sont également divisés. Face aux divergences de vues des médecins, certains n'ont plus voulu participer à la mise en place de l'activité. Ce fut un déchirement pour moi, car des personnes de valeurs ont « préféré » quitter l'entreprise.

Je constate aujourd'hui que j'ai répondu à l'urgence de la situation. Je n'ai pas compris le décalage entre la situation de soignant en réanimation où la télémédecine était vécue comme une évolution et celle de cadre responsable d'une équipe où la télémédecine a été imposée. Bien que les époques, les contextes, fussent différentes, il n'en demeure pas moins qu'aujourd'hui, les problèmes restent les mêmes. Qu'avais-je omis dans ma démarche ? Quel positionnement aurais-je fallu adopter et qui aurait permis l'adhésion de tous les infirmiers au projet ? Comment le cadre de santé peut-il mettre en place une activité de télémédecine dans l'unité qu'il manage ? Autant de questions qui m'ont servi de base dans la conduite de mon mémoire.

7. Résumé de la première partie

Afin d'aider le lecteur à ne pas perdre le fil de ma pensée, je lui propose dans les lignes suivantes un résumé de cette première partie.

J'ai cherché dans un premier temps à montrer l'impact de plus en plus grand et intense des TIC dans nos vies professionnelles. Cela transforme les pratiques médicales telles que nous les connaissions jusqu'à aujourd'hui avec la reconnaissance de la télémédecine comme pratique médicale. J'affirme donc que

la santé est entrée dans l'ère du numérique. De plus, les GAFA, ces grands acteurs économiques, investissent massivement dans ces technologies et la recherche, notamment la recherche génétique. La commercialisation d'objets connectés auprès du grand public va permettre la collecte de données de santé qui viendront alimenter et affiner les recherches. Ce faisant, la collecte des informations va développer une médecine prédictive ayant pour but d'obtenir une meilleure connaissance des maladies et par extension favoriser un meilleur état de santé des populations. Par conséquent, cette médecine prédictive fera bientôt partie de notre quotidien.

Les dépenses de santé sont des enjeux majeurs pour les États. Ainsi, ces États facilitent le développement de l'e-santé. L'e-santé permet aux États d'avoir à la fois une réponse aux problèmes de financement, mais également d'organisation d'accès aux soins sur un territoire. En France l'État a encadré cette pratique via la loi HPST du 29 juillet 2009 en définissant les actes de la télémédecine. Mais ces changements ne peuvent se faire sans une modification de l'organisation actuelle des soins.

S'agissant de technologies « nouvelles », la question de la formation des soignants se pose tout comme celle du type d'organisation. À travers mon expérience de soignant et de manager, je me demande comment un cadre de santé peut organiser une activité de télémédecine et contribuer au développement des compétences des soignants sans dénaturer la pratique soignante ?

La sociologie des organisations ainsi que les sciences humaines sur le développement des compétences peuvent apporter aux cadres de santé un éclairage et une meilleure compréhension des mécanismes qui se mettent en place avec les TIC. C'est ce que je me propose de décrire dans la seconde partie de mon mémoire.

2. DEUXIÈME PARTIE : les approches théoriques

2.1. Du point de vue de la théorie des organisations

2.1.1. L'hôpital siège de la bureaucratie professionnelle

H. Mintzberg inscrit la forme organisationnelle de l'hôpital comme étant de la bureaucratie professionnelle. Cette forme organisationnelle se caractérise selon

H. Mintzberg par un « *environnement à la fois complexe et stable* »³⁰. Cette complexité réside dans les « *procédés de travail* »³¹, car ils ne peuvent « *être directement standardisés par des analystes* »³². Selon J-P Dumond³³, dans un opuscule destiné aux étudiants Master management et santé de première année et intitulé les « *organisations de santé : la grande transformation* », cette complexité pourrait être expliquée par « *le nombre d'exceptions qui émaillent les processus de prise en charge et par les difficultés à les traiter* »³⁴

À cette complexité des processus de travail vient s'ajouter la stabilité de l'environnement. En effet un environnement stable permet que se forment des savoirs et des lieux de formation pour les transmettre. Ainsi, les deux facteurs de contingences que sont la complexité et la stabilité caractérisent la forme organisationnelle de l'hôpital.

Le tableau dessous reprend les caractéristiques³⁵ issues de la forme organisationnelle « *bureaucratie professionnelle* » qu'est l'hôpital.

Tableau récapitulatif des caractéristiques de la forme bureaucratie professionnelle de l'Hôpital
Un centre opérationnel fort : les opérateurs contrôlent leur propre travail et la fabrication de la valeur ajoutée de l'organisation
L'autonomie des opérateurs , du fait de leur auto-contrôle sur leur activité
L'importance des centres de formation qui peut être longue et des lieux de socialisation, comme les professions, qui facilitent l'internalisation des normes professionnelles et la reconnaissance au nom de ces normes
La coordination assurée par les compétences transmises et les qualifications validées par les institutions de formation... une mobilité assez facile des infirmières entre établissements
Le faible rôle de la coordination par les tâches à exécuter ; personne ne dit au chirurgien ce qu'il doit faire, les gestes à effectuer et leur ordre chronologique.
Le rôle modéré de la coordination par les objectifs à atteindre ; les professionnels ont une obligation de moyens, mais non de résultat.
Le rôle des processus de classement qui permet d'orienter vers chaque

³⁰ Mintzberg, « The Structuring of Organizations », 324.

³¹ Ibid., 312.

³² Ibid.

³³ Maître de conférences, HDR, Jean-Paul Dumond est responsable de la mention Management et Santé et du M2 Management des établissements de santé (IAE). Il assure les cours d'épistémologie, de théorie des organisations et de GRH. Il conduit actuellement deux recherches, l'une, une recherche-action participative, sur les transformations organisationnelles des établissements de santé (financement Programme Hospitalier de Recherche Clinique), l'autre sur les approches cliniques en matière de prévention des RPS en lien avec un CHR (financement ANSES).

³⁴ Dumond, « Les organisations de santé "la grande transformation" », 50.

³⁵ Ibid., 51.

professionnel les individus , clients ou patients qu'il est en mesure de traiter et qu'il traitera avec toute l'autonomie que requiert la complexité du processus
Le caractère assez démocratique des organisations professionnelles

D'autres sous facteurs peuvent composer les deux facteurs principaux détaillés précédemment. Il s'agit notamment :

- De l'âge et la taille de l'organisation
- Du système technique qui s'il est trop complexe, limite l'autonomie des professionnels : « *le système technique qui doit être simple ; sinon, les professionnels deviennent plus ou moins assujettis à ce système et ils perdent leur autonomie.* »³⁶ Les TIC limiteraient donc l'autonomie d'action de professionnels. Autrement dit, les TIC génèrent une standardisation des processus de travail. Cette standardisation limite le choix de leur action des professionnels.

Les TIC forment le système d'information et de communication. Ils permettent la réalisation de traitements logiques de plus en plus complexes. Mais ils tendent également à limiter l'autonomie des professionnels. Ainsi en 1983, au sujet de l'informatisation dans les entreprises, E. Zuscovitch écrivait : « *il existe une tendance à l'algorithmisation de la firme* » et d'évoquait l'impact sur les acteurs par « *le glissement d'une grande partie de la décision dans la partie algorithmée* »³⁷. Par conséquent, les TIC limitent l'autonomie d'action et de décision des acteurs.

Dès lors, je comprends la clameur de *haro* du CNOM sur la télémédecine dans sa note d'analyse³⁸ du 12 mai 2015 et de ses interrogations adressées au Ministère de la Santé :

« *Au total, la question de fond sur le plan de la politique de santé est de déterminer et exprimer clairement :*

1. S'il y a deux portes d'entrée dans le système de soins, l'une réglementée autour de l'AMO par le parcours de soins et la médecine de premier recours sur les territoires de santé, et l'autre offerte par des AMC par l'utilisation des moyens du numérique en santé via des contrats d'assurance en santé collective.

2. Si une offre ouverte 7jours/7 et 24heures/24 n'interfère pas directement avec la mission de service public de la Permanence Des Soins Ambulatoires, service sous la

³⁶ Ibid., 52.

³⁷ Zuscovitch, « Informatisation, flexibilité et division du travail », 52.

³⁸ « L'ouverture de téléconsultations par un assureur privé marque-t-elle un retrait de la Sécurité sociale ? »

gouvernance du ministère de la Santé au travers des ARS et qui est ouvert à tous les citoyens par la régulation des appels via le centre 15 ou les centres interconnectés.

Le Conseil national de l'Ordre des médecins, qui contribue aux applications de télémédecine au bénéfice des patients, attend les réponses du Ministère aux interrogations qu'il lui a adressées le 19 mars 2015 sur l'ensemble des points énoncés ci-dessus. »

En effet, la possibilité offerte au patient de choisir un autre parcours de soins que celui mis en place aujourd'hui contribue à une perte d'autonomie de gestion de la part des médecins, mais également une certaine perte de décision. Le patient devient le véritable acteur de son parcours et de ses choix.

J'en veux pour preuve supplémentaire, la campagne de sensibilisation lancée en 2015 par le CNOM auprès des médecins. Elle a permis de préparer et de coordonner ses actions non pas contre la télémédecine, mais surtout afin de réaffirmer « *l'indépendance de l'exercice professionnelle* »³⁹.

Les médecins s'inquiètent des conséquences que font peser les contraintes technologiques sur leurs capacités à agir et à décider. La crainte des médecins n'est-elle pas de voir les TIC venir se substituer à eux ? Que peut faire le cadre de santé face à cette perte d'autonomie supposée des professionnels ? Le cadre de santé doit observer et analyser les usages des soignants, leurs pratiques. Qu'elles soient médicales ou paramédicales. Il doit aider les professionnels à réfléchir sur les actes qu'ils font au quotidien, sur leurs nécessités et leurs efficacités. À partir de ces constats, il va pouvoir insérer dans la pratique d'actes de télémédecine. Ces actes doivent permettre de relier les acteurs afin de les compléter non les fragmenter. C'est peut-être la réponse à la perte d'autonomie. Le cadre de santé doit favoriser la complémentarité des acteurs et de leurs actions. Les TIC doivent sécuriser l'information, la partager et la transmettre. Ces informations doivent être extraites plus rapidement pour favoriser l'analyse et affiner le diagnostic. Cela est difficile dans une organisation de type bureaucratie professionnelle où les opérateurs contrôlent leur propre travail. Il faut décloisonner le travail. Pour cela, la structure qui sous-tend l'activité de soin doit évoluer, se transformer.

³⁹ « Le CNOM termine sa campagne de promotion du métier de médecin en Bretagne », paragr. 2.

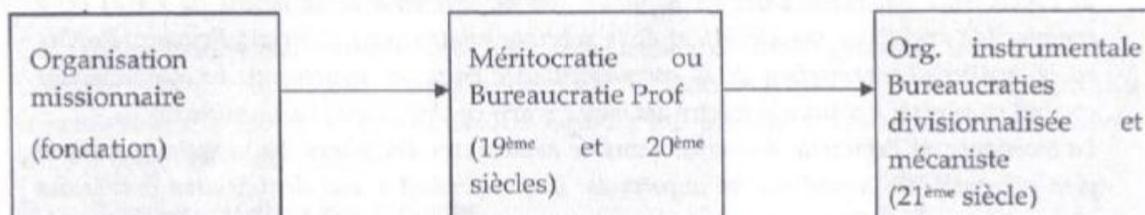
2.1.2. Vers une fin de la bureaucratie professionnelle

Selon JP DUMOND, « *la tendance à l'hybridation, voire à la mutation des formes organisationnelles* » qui touche les hôpitaux depuis les années 90, contribue à « *l'affaiblissement progressif de la bureaucratie professionnelle* ». J-P Dumond définit cette tendance comme un « effet de la grande transformation »⁴⁰.

La modification repose sur trois éléments :

- La mise en place d'objectifs de résultats pour les professionnels de santé et un mode de financement nouveau (T2A)⁴¹ pour les établissements.
- La nomination des chefs de pôle n'est plus du fait du corps médical. Ce faisant, le directeur de l'hôpital définit l'offre de soins.
- Les réglementations issues de cohortes de normes qualité et de recommandations ont réduit l'autonomie médicale et des soignants.

Si J-P Dumond est certain que le modèle de bureaucratie professionnelle se transforme, il reste cependant plus prudent quant à son évolution. Il propose néanmoins des orientations possibles pour les organisations de santé au 21^e



siècle. Je reprends ci-dessous son modèle⁴² :

La reconfiguration organisationnelle de l'hôpital se ferait donc sur un mixte de bureaucratie professionnelle divisionnalisée et mécaniste. Dans le point suivant, je dresse dans un même tableau les deux modèles d'organisation afin de comparer l'impact de cette transformation.

2.1.1. La reconfiguration de l'hôpital

Dans le tableau suivant, je cherche à mettre en évidence les différences entre le modèle hospitalier tel que je l'ai connu lors de ma formation d'infirmier en 1998 et le modèle vers lequel les établissements tendent aujourd'hui.

⁴⁰ Dumond, « Les organisations de santé "la grande transformation" », 53.

⁴¹ « Principes et enjeux de la tarification à l'activité à l'hôpital (T2A) - Enseignements de la théorie économique et des expériences étrangères - DT23PrincipEnjeuxTarificActiviteHopital.pdf ».

⁴² Dumond, « Les organisations de santé "la grande transformation" », 56.

Tableau récapitulatif des caractéristiques des formes organisationnelles : bureaucratie professionnelle, divisionnalisée et mécaniste de l'Hôpital	
Bureaucratie Professionnelle	Bureaucratie divisionnalisée et mécaniste
Un centre opérationnel fort : les opérateurs contrôlent leur propre travail et la fabrication de la valeur ajoutée de l'organisation	Centralisation des décisions. Des objectifs de travail sont fixés aux opérateurs.
L'autonomie des opérateurs , du fait de leur autocontrôle sur leur activité	Autonomie diminuée : Renforcement des contrôles dus aux normes et à la standardisation des processus de travail Renforcement de la chaîne hiérarchique les pôles ajoutent une strate de commandement à l'organisation
L'importance des centres de formation qui peut être longue et des lieux de socialisation, comme les professions, qui facilitent l'internalisation des normes professionnelles et la reconnaissance au nom de ces normes	La profession médicale ne structure plus l'organisation hospitalière.
Le faible rôle de la coordination par les tâches à exécuter ; personne ne dit au chirurgien ce qu'il doit faire, les gestes à effectuer et leur ordre chronologique	Augmentation des recommandations de bonne pratique, de normes qualités édictées par les sociétés savantes. La standardisation des résultats déclinés de niveau en niveau d'acteur en acteur apparait comme mode de coordination le plus adéquat.
Le rôle modéré de la coordination par les objectifs à atteindre ; les professionnels ont une obligation de moyens, mais non de résultat	Augmentation du travail objectivé en termes d'activité.
Le rôle des processus de classement qui permet d'orienter vers chaque professionnel les individus , clients ou patients, qu'il est en mesure de traiter et qu'il traitera avec toute l'autonomie que requiert la complexité du processus	Rôle accru du patient en tant qu'acteur dans son parcours de soins. Passage du soin à la santé.
Le caractère assez démocratique des organisations professionnelles	Idem

Ainsi, une nouvelle configuration des établissements de santé se dessine. Cette forme organisationnelle centralise les décisions, réduit l'autonomie des acteurs par un renforcement de la chaîne hiérarchique et renforce également les contrôles

favorisant ainsi la standardisation des pratiques. Dans cette nouvelle configuration, le patient voit son action augmenter dans son parcours de soins. Le terrain semble propice au déploiement des TIC dans cette configuration. En effet, le déploiement d'un système d'information permet d'accroître la qualité du contrôle interne. Le système d'information coordonne les activités de l'organisation. Ce faisant, il lui permet d'atteindre ses objectifs de soins et de maîtrise des dépenses. Les TIC apparaissent comme les outils du décloisonnement et favorisent l'efficacité du parcours de soin.

Mais quand est-il des acteurs traditionnels du soin? Les professionnelles de santé qui voient leurs actions rendues visibles par plus d'acteurs et qui jusqu'à présent n'avaient que peu de prise sur leur art. Je l'ai souvent constaté dans les services où j'ai travaillé, que l'informatisation servait peu la pratique des soins. Le système n'était jamais adapté « à la spécificité du service ». « *Nous ici les soins sont trop complexes, on ne peut pas les informatiser* » avais-je moi-même coutume de dire à l'époque où je travaillais en réanimation. J'étais incapable de mettre en perspective mon travail et de le placer dans un ensemble d'enchaînements cohérents.

Le cadre de santé, en tant que garant de la qualité des soins, peut contribuer à améliorer la cohérence du parcours. Les TIC peuvent l'aider, car ils favorisent les interactions entre les acteurs et modifient l'approche du travail. C'est ce que je me propose d'aborder dans le point suivant.

2.2. L'apport des économistes

2.2.1. L'impact des TIC sur la manière de faire des individus

Quelles que soient les organisations professionnelles, deux professeurs d'économie, P.J.Benghozi⁴³ et P.Cohendet⁴⁴ dans leur ouvrage ont décrit l'impact

⁴³ Pierre-Jean Benghozi, 53 ans, est ancien élève de l'École polytechnique, docteur en Sciences des organisations, HDR en Economie (Université Dauphine) et ancien Auditeur de l'Institut de Hautes Etudes pour les Sciences et la Technologie. PJ Benghozi est directeur de recherche de première classe au Centre National de la Recherche scientifique (CNRS) et professeur à l'École polytechnique. Il y dirige le Pôle de Recherche en Economie et Gestion (UMR CNRS-EP 7176) et y est en charge de la Chaire « Innovation et Régulation des services numériques ». L'activité de PJ Benghozi s'est essentiellement organisée, ces dernières années, autour de 3 axes : recherche, administration et animation de la recherche, enseignement. PJ Benghozi a développé depuis de nombreuses années une équipe de recherche sur « Technologies de l'Information et de la Communication, Télécommunications, Audiovisuel et Culture ». Ses projets de recherche actuels portent plus spécifiquement sur le développement et l'usage des TIC dans les grandes organisations, la structuration des chaînes de valeur et des nouveaux modèles d'affaires associés aux marchés du commerce électronique, notamment dans les industries créatives. Pierre-Jean

des TIC sur les organisations « *l'introduction des TIC dans les entreprises accompagne des transformations dans toutes les dimensions de la firme : son architecture interne, ses frontières, ses modes de relations avec l'extérieur* ». Ils insistent notamment sur le fait que les TIC ont un impact premier sur les acteurs : « *Au-delà de ces bouleversements de l'organisation, ce sont les **acteurs** mêmes de l'entreprise qui **sont concernés**, la **manière de concevoir le travail** dans les différents lieux de production, les **modes d'interaction au sein des équipes de production**, la **façon dont s'effectuent les apprentissages**.* »⁴⁵. Ils ajoutent que « *les TIC affectent en profondeur les **contenus des tâches productives**, le **temps et l'espace de travail des individus*** »⁴⁶.

2.1.1. Les caractéristiques des TIC

Ainsi les caractéristiques des TIC et leur action sur l'organisation peuvent être récapitulées dans le tableau suivant :

Caractéristiques	Actions sur l'organisation
Organisationnelle	Modifie fortement son l'architecture et l'ouvre sur l'extérieure
Technique	Modifie les processus de production
Social	Modifie les interactions entre les professionnels

De même que les TIC influent sur l'organisation et les individus qui la composent, il est intéressant pour le cadre de santé, de comprendre ce qui se passe pour l'individu lorsque ses représentations pour agir sont modifiées. Cette problématique est développée dans le point suivant.

Benghozi publie régulièrement sur ces questions en français et en anglais. Il enseigne également dans plusieurs grandes universités étrangères (Turin, Genève) et intervient comme expert auprès d'administrations publiques et d'entreprises privées.

⁴⁴ Patrick Cohendet, docteur d'État en sciences économiques, est professeur à HEC Montréal au service de l'enseignement des affaires internationales. Il est co-directeur du laboratoire Mosaic qui privilégie des recherches sur l'économie et le management de la créativité. Il était auparavant professeur à l'Université de Strasbourg, où il était membre du Bureau d'Économie Théorique et Appliquée (BETA), qu'il a co-dirigé de 1985 à 1991. Il conduit des projets de recherche appliquée dans les domaines de l'économie du savoir, du management de la connaissance, de l'économie et de la gestion de l'innovation. Il a été élu Économiste de l'année en 1994 par Le Nouvel Économiste. Patrick Cohendet a dirigé de nombreux projets de recherche au sein du BETA de l'université Louis-Pasteur de Strasbourg et à HEC Montréal. Il intervient actuellement sur ces questions en particulier auprès de la Communauté européenne. Il est également conseiller scientifique de l'IHEST.

⁴⁵ Benghozi et Cohendet, *L'organisation de la production et de la décision face aux TIC*, 164.

⁴⁶ Ibid.

2.2.. Du point de vue de la pédagogie

Dans les points suivants, je cherche à faire ressortir ce qui caractérise les TIC et leurs impacts sur les acteurs, sur leur mode d'apprentissage.

2.2.1. L'impact cognitif des TIC sur l'évolution des compétences métiers

Tout changement colporte son lot de conséquences. Cependant ces changements peuvent être néfastes pour l'individu et par extension pour l'organisation qui l'emploie, s'ils ne sont pas compris de lui. Il est donc important d'analyser les conséquences des technologies sur la manière dont l'individu construit ses représentations pour agir. Nous reprenons ici, l'exposé de Mr Francis Minet⁴⁷ lors du colloque⁴⁸ « TIC santé » qui s'est tenu en 2012 à Issy-les-Moulineaux.

2.2.1.1. Le soignant : un être numérique en devenir

L'entrée massive des TIC dans l'organisation et dans la vie de chacun nous intègre dans des réseaux physiques. Internet, les mails, les réseaux sociaux (Facebook, Viadeo, LinkedIn, etc.) nous font donc exister aussi numériquement. Cette existence numérique impacte les relations humaines. Ainsi, lorsque nous échangeons sur les réseaux sociaux ou par mail, nous interagissons avec le double numérique de quelqu'un plutôt qu'avec lui-même. Faire de l'individu un « **être numérique** », un être virtuel, est le premier impact des TIC.

2.2.1.2. Le soignant : un créateur de sens dans un monde virtuel

La production de données générées par les TIC a également un impact sur l'individu. En effet, l'individu va pouvoir utiliser toutes ces informations et mettre en avant des relations qu'il ne soupçonnait pas et ainsi « **construire de nouveau sens** ». L'individu se trouve de moins en moins dans la réalité concrète. Cela conduit l'individu d'une part à reconstruire la réalité et d'autre part à observer la réalité d'une autre façon grâce à l'émergence des technologies permettant la

⁴⁷ Professeur-associé au CNAM, département Management, Innovation et Prospective, depuis 2004, et responsable pédagogique du Master en Management : « Conseil en organisation et conduite du changement » à l'Institut International du Management du CNAM. Également intervenant dans le MBA - Manager d'entreprise (conforme aux standards des MBA internationaux : accréditation par AMBA) et dans le Master sciences de gestion, mention management - spécialité gestion des services de santé

⁴⁸ Minet, COLLOQUE TIC SANTE 2012 : « Développer des compétences TIC santé pour mieux soigner aujourd'hui ».

réalité augmentée⁴⁹ ⁵⁰. Francis Minet parle de « **Virtualisation** » pour définir ce double phénomène.

Ces phénomènes en médecine vont se traduire pour le soignant ,qui sera en contact virtuel avec son patient et qui aura des données (issues des données recueillies sur le net et utilisées par la réalité augmentée), par la possibilité de voir son patient d'une façon différente qu'un autre soignant qui n'aurait pas eu accès à cette réalité augmentée. Je cite ici, l'exemple fournit par Minet⁵¹ : « *les éléments fournis par le système d'information sur ce patient qui nous permettront de le voir pas tout à fait la même façon que quelqu'un qui ne bénéficierait pas des informations supplémentaires données...quand on voit un patient avec qui on discute et si on a en même temps des données sur sa famille sur ses antécédents sur son milieu social, etc. on entend plus et on intervient plus avec ce patient de la même façon que si on avait pas ces données-là en permanence sous les yeux en même temps qu'on discute avec lui* ».

2.2.1.3. Le soignant connecté au SI : un risque d'individualisation et un enjeu d'interactivité

Les TIC engendrent une « *individualisation* » de plus en plus importante par la possibilité qui est donnée à l'individu d'accéder à des informations. Un certain nombre de sites, comme le site Wikipédia, permettent à l'individu d'y déposer des informations qui sont consultables par d'autres sans qu'il y ait d'interaction. L'individualisation tient au fait que l'individu sera seulement connecté au système d'information et n'interagira plus avec les autres personnes c.-à-d. avec ceux qui alimentent le système et ceux qui en bénéficient. L'individualisation entraîne un enjeu d'interactivité et se pose pour l'individu, des problèmes de compétences et de représentation dans la façon dont la réalité s'articule.

Ainsi, l'impact cognitif des TIC sur l'individu est multiple. Ils font de l'individu un **être numérique** virtuel et vont l'amener à construire des **sens nouveaux** grâce aux données issues du système d'information. Ces nouveaux sens seront rendus possibles par le double phénomène de **virtualisation**, qui lui permettra de voir des

⁴⁹ La réalité augmentée désigne les systèmes informatiques qui rendent possible la superposition d'un modèle virtuel 2D ou 3D à la perception que nous avons naturellement de la réalité et ceci en temps réel.

⁵⁰ « Réalité augmentée ».

⁵¹ Minet, COLLOQUE TIC SANTE 2012 : « Développer des compétences TIC santé pour mieux soigner aujourd'hui », part. 00:04:34.

éléments auxquels il n'aurait pas eu accès auparavant. Enfin, cela engendrera une **individualisation** chez l'individu qui lui posera des problèmes d'interactivité et aura des conséquences sur ses compétences et sur la manière de se représenter la réalité.

Le cadre de santé peut agir à ce dernier niveau d'individualisation. En faisant participer régulièrement les soignants aux revues de dossiers par exemple ou en instaurant avec l'équipe médicale des réunions multidisciplinaires. Cela permet de comprendre l'ensemble de la prise en charge et d'y inscrire chacune de ces actions.

Récemment, lors d'un stage en service de psychiatrie j'ai été témoin d'une situation alarmante qui, selon moi, aurait pu être évitée avec la mise en place du dossier partagé et de la télémédecine. Un patient admis depuis deux mois pour un délire paranoïaque a été mis sous traitement (Tercian®) lors de son entrée dans le service. Ce patient porteur d'une pathologie cardiaque pour laquelle il était également sous traitement (Cordarone®), a vu son traitement suspendu. En effet l'association de ces deux médicaments est déconseillée. Ils peuvent provoquer un allongement de l'espace QT et exposent à un risque de troubles du rythme ventriculaire grave, notamment des torsades de pointes. La co-administration de ces deux médicaments ayant des effets indésirables semblables augmente ce risque. La décision médicale n'est pas remise en cause ici. Ce qui m'alarme c'est que personne ne s'est préoccupé de la cardiopathie de ce patient durant deux mois. Nous avons ici la parfaite illustration d'un système cloisonné. Avec le DMP⁵², le cardiologue du patient aurait pu être contacté plus rapidement et le projet de soin aurait été adapté. Une discussion entre le psychiatre et le cardiologue aurait pu être organisée avec de la téléexpertise. Une téléconsultation associant le cardiologue le patient et l'infirmière du service aurait permis de faire un suivi cardiaque. Se faisant, le cardiologue aurait peut-être expliqué à l'infirmière de psychiatrie la conduite à tenir, les signes cliniques à surveiller, la fréquence d'impression des ECG⁵³, les anomalies de l'ECG à surveiller (torsade de pointe).

À travers cet exemple, qui n'est pas exceptionnel par sa fréquence, on perçoit la valeur ajoutée pour le patient s'il avait pu bénéficier de la télémédecine. Il se

⁵² Dossier médical personnel

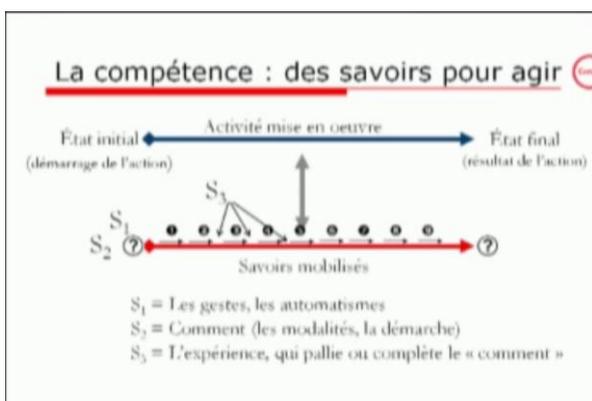
⁵³ électrocardiogramme

dessine également pour le soignant la possibilité de développer de nouvelles compétences en étant au contact d'autres professionnels de santé.

Cependant, il convient de définir la compétence pour mieux comprendre comment agissent les TIC sur elle. C'est ce que j'expose dans les points suivants.

2.2.1.4. Les mécanismes de la compétence pour définir la compétence

Une activité c'est une action ou un ensemble d'actions qui vont faire passer une



situation d'un état initial à un état final.

Entre les deux, un certain nombre d'actions ont été mobilisées et ont nécessité la mobilisation de compétences c.-à-d. la gestion d'un certain nombre de savoirs. F.Minet illustre son propos par un exemple, celui d'un soignant qui pose une

perfusion. Lors d'une pose de perfusion, si l'on observe un professionnel en action, ce dernier va :

- préparer son matériel
- s'adresser aux patients
- réaliser un certain nombre de gestes

Une fois ses actions terminées (état final) il annonce au patient qu'il a fini. Pour se faire, le soignant à mobiliser un premier type de savoir composé de **gestes, d'automatismes** (exemples d'automatismes : s'adresser au patient, manipuler son matériel). Ces automatismes (gestes physiques) sont des représentations des savoirs. Le professionnel quand il pose la perfusion fait appel à des automatismes.

Ce qui se modifie dans les TIC ce sont les gestes physiques qui deviennent des gestes mentaux. En effet lorsque l'on se trouve sur un site web, on mobilise des gestes mentaux qui nous permettent tout de suite d'aller chercher, repérer quelles sont les zones sur lesquelles on peut cliquer. Ces gestes mentaux ne sont donc plus des gestes physiques, mais ils sont importants pour pouvoir réaliser l'action. Cependant cela ne suffit pas pour décrire la compétence.

En effet, ces gestes ne sont pas effectués dans le désordre. Ils sont la résultante d'un deuxième type de savoir : **les modalités** c'est-à-dire des procédures et des méthodes.

Ces modalités demeurent cependant insuffisantes (la procédure ne décrit pas l'ensemble du processus, il reste des zones blanches), il faut mobiliser un troisième type de représentation de savoir : **des savoirs d'expérience**. Il n'est pas nécessaire de savoir pourquoi on agit pour agir. Ce dernier type de savoir n'est pas strictement nécessaire à l'action. Ces savoirs d'expérience vont être directement impactés par les TIC.

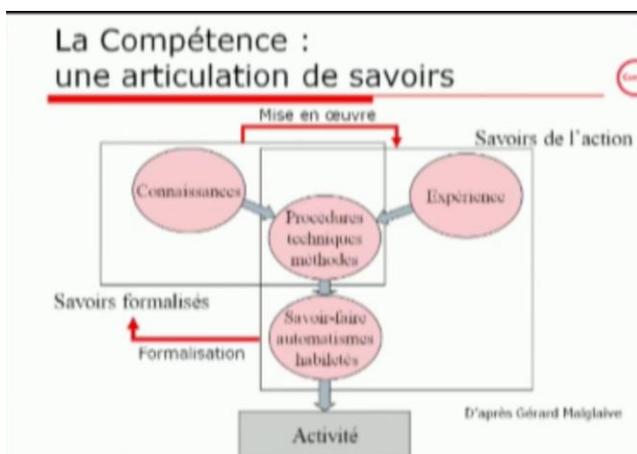
Ainsi, F.Minet⁵⁴ définit la compétence comme étant une mobilisation pour l'action :

- ~ 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

La compétence est donc un ensemble d'éléments qu'il faut maîtriser et articuler entre eux pour pouvoir agir.

2.2.2. Une théorie de la compétence adossée à celle de G.Malgaive

Lorsque l'on 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. Les techniques qu'il mobilise le sont grâce aux connaissances et qui vont lui permettre de choisir une procédure spécifique ou une méthode particulière plutôt qu'une autre. L'expérience vient fluidifier ou à contrario focaliser les gestes par

⁵⁴ Ibid., 00:11:22.

rapport à la situation. Les ergonomes appellent cela les savoirs ouvriers qui sont des savoirs que les individus ne peuvent énoncer, mais qui sont capables de mobiliser chaque fois que nécessaire. C'est ce qui marque la différence entre un professionnel expérimenté et un novice.

2.2.2.1. Vers une obsolescence des savoirs d'expérience

Avec les TIC, les savoirs d'expérience ont tendance à perdre leur valeur au profit des connaissances, car les systèmes techniques sont très formalisés. Ces formalismes rendent les savoirs d'expérience obsolètes, car ce qui compte ce sont les savoirs procéduraux. En effet, dans le domaine des TIC, il n'est pas nécessaire de connaître un ancien système pour en utiliser un nouveau. Au contraire, cela peut-être un frein à l'acquisition de nouveau savoir. Ainsi les individus ayant beaucoup d'expérience doivent accepter de s'en défaire et se rendre disponibles pour de nouveaux savoirs. Les TIC défavorisent les professionnels expérimentés par rapport aux novices du point de vue de l'acquisition de savoirs.

2.2.2.2. Vers une formalisation des savoirs

Les compétences sont de plus en plus constituées de savoir formaliser. En matière de formation, un des enjeux forts dans les années qui viennent sera de permettre aux professionnels d'acquérir et de manipuler de plus en plus aisément et rapidement des savoirs formaliser. L'avantage des savoirs formaliser c'est qu'ils sont transformables rapidement. L'inconvénient des savoirs d'action c'est qu'ils sont difficiles à acquérir et une fois qu'on les possède on a du mal à en changer.

Ainsi donc, la compétence formalisée ne s'applique pas directement dans l'action, mais par l'intermédiaire des savoirs d'action (l'intérêt des groupes d'analyses de pratiques, etc.) Les savoirs d'action en se formalisant permettent de fabriquer des savoirs formalisés.

Pour le cadre de santé, l'évaluation des compétences pour les soignants, la formation, la mise en place d'évaluation des pratiques professionnelles, sont autant d'éléments qui vont composer son organisation.

2.2.2.3. L'impact de la dématérialisation sur la relation soignant - patient

Avec les TIC, le patient s'éloigne physiquement et laisse place à sa représentation. Cette représentation prend la forme du dossier patient informatisé (DMP) le soignant à accès au patient à travers ces données et non plus à travers un contact direct. C'est ce que F.Minet appelle la dématérialisation qui éloigne le réel et biaise l'action. La dématérialisation nécessite de la part du soignant des compétences formelles. En effet, elle oblige le soignant à se représenter, à construire le réel dans sa pensée.

À partir d'une technologie ancienne comme le téléphone, on a pu constater les effets de la dématérialisation sur les individus. Ainsi le téléphone a généré trois dématérialisations :

- ~ **de distance**, qui permet d'interagir avec l'autre qui se trouve éloigné.
- ~ **de lieu**, le tel portable ayant supprimé la représentation du lieu dans la pensée de celui qui appelle
- ~ **de temps**, on peut échanger avec quelqu'un alors même qu'il dort en lui envoyant un SMS ou en lui laissant un message sur sa messagerie

2.2.2.4. L'impact de la formalisation

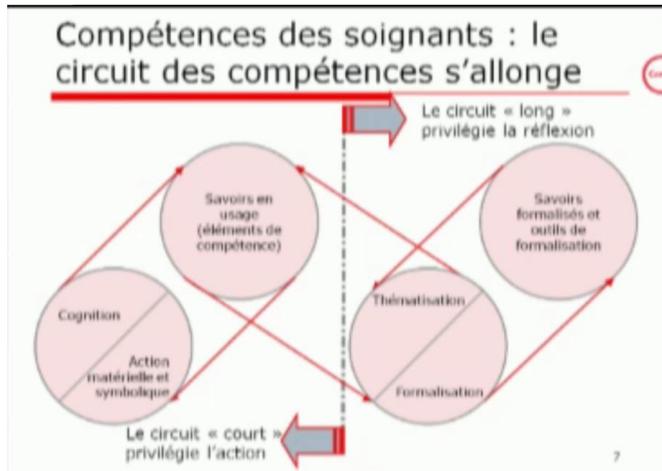
Le réel va de plus en plus exister à travers les données. Pour le soignant, il va lui falloir reconstruire le réel à travers ces données. Pour se faire, il va devoir mettre en œuvre des constructions mentales. L'action se conçoit mentalement, car c'est le système qui agit et non le soignant. Ainsi, **la formalisation est une évolution de la compétence du soignant.**

2.2.2.5. Le retour d'expérience cède la place au calcul et à la modélisation

Le retour d'expérience, son analyse, permet au soignant d'agir plus rapidement et plus efficacement lorsqu'il se trouve à nouveau dans une situation similaire. Le système d'information va modifier cela. En effet il va permettre la modélisation et le calcul. Se faisant, les essais laissent la place au calcul et les retours d'expérience aux hypothèses. Comme dans l'aéronautique, tout va se faire par modélisation. Ainsi on va modéliser le comportement du patient en fonction des hypothèses de traitement.

2.2.3. Un besoin de voir émerger des nouveaux profils de soignant

Les TIC modifient de façon quasi irréfragable, la compétence du soignant. Ils apportent un éclairage nouveau et dessinent le futur besoin de professionnel de santé. En effet, aujourd'hui, le soignant inscrit ses actions en faisant appel à ses savoirs. Pour modifier ses actions, le soignant n'ayant plus recours aux essais, doit



les formaliser, les thématiser pour aller chercher les informations lui permettant de modifier ses savoirs en usage. Ces informations proviennent de bases de données, des « réservoirs de savoirs » que constitue internet.

Dès lors, F.Minet fait apparaître

deux types de profils de professionnels soignants. D'une part les profils qui s'inscrivent dans un circuit court de réflexion et pour lesquels il est difficile de modifier la compétence. D'autre part des profils de soignants capables de s'inscrire dans un circuit long de réflexion.

2.2.3.1. Le positionnement des soignants face aux TIC

Pour le cadre de santé, connaître la posture des soignants par rapport aux TIC est le préalable à la mise en place d'une activité de télémédecine. En effet trois postures peuvent se voir chez les professionnels de santé face aux TIC.

- ~ Une posture de **dépendance** : les TIC sont perçues comme des contraintes. Le soignant n'anticipe pas le développement et attend la formation pour s'adapter. La posture de dépendance est une impasse pour le soignant, mais aussi pour le cadre qui doit trouver les ressources nécessaires à l'activité de télémédecine.
- ~ Une posture d'**autonomie** : Les TIC sont des outils, le soignant veut se former et il est volontaire. Il va s'adapter l'organisation du travail aux TIC. Cependant, cette posture reste sans doute insuffisante face à la rapidité de développement des TIC.
- ~ Une posture de **coopération** : le professionnel anticipe l'implantation et l'utilisation des TIC. Il est associé très tôt à leurs définitions et coopère à leurs mises en œuvre. C'est sans doute une position idéale pour l'organisation.

2.3. Du point de vue de la sociologie

Je reprends et m'adosse dans ce point sur les travaux du sociologue Alexandre Mathieu-Fritz qui a étudié les interactions entre les différents acteurs qui pratiquent la télémédecine.⁵⁵ Il a notamment publié en 2012 dans la revue Soins Gérontologie, un article⁵⁶ dans lequel il analyse les impacts de l'usage des TIC sur les relations entre praticiens, sur l'organisation des soins ainsi que sur les pratiques et les savoirs professionnels. Il s'inscrit lui-même dans le courant sociologique de Aaron Victor Cicourel⁵⁷ et d'Erving Goffman⁵⁸.

2.3.1. Les interactions entre soignants : un quadruple cadrage

L'usage de TIC conduit à la mise en présence de différents acteurs : le médecin, le soignant et le malade. À ce sujet, A Mathieu-Fritz parle d'une « coprésence inédite »⁵⁹ de ces acteurs qui vont interagir par le biais de la téléprésence. Ainsi, la pratique de la télémédecine nécessite quatre formes de cadrage des interactions. Ces différents cadrages sont mentionnés dans le tableau ci-dessous reprennent pour partie les notes de l'auteur :

Type de cadrage	Objectifs
Cadrage social (centré sur les individus)	Tous les participants donnent un sens commun à la situation afin qu'ils puissent interagir efficacement. Pratiquement, les participants doivent se présenter au début de la téléconsultation.
Cadrage technique (centré sur l'usage des équipements)	Expliquer aux professionnels en présence les modes de fonctionnement et d'utilisation du dispositif de télémédecine et auquel sont reliées différentes applications (DPI ; Radiographie...)
Cadrage clinique	Reproduis les pratiques de l'examen clinique dans un cadre collectif, à la différence du colloque singulier habituellement pratiqué par le médecin. La réalisation de la

⁵⁵ Maître de conférences, spécialisé en sociologie du travail et des professions. Chercheur au LATTTS (Laboratoire Techniques Territoire et Sociétés) implanté sur le site universitaire de Marne-la-Vallée.

⁵⁶ Mathieu-Fritz, « Les téléconsultations médicales en gérontologie ».

⁵⁷ Sociologue et Professeur émérite à l'université de Californie à San Diégo USA. Il a étudié les interactions entre médecins et patients

⁵⁸ Sociologue, linguiste. Il fut Professeur au sein de diverses universités américaines comme Berkeley en Californie, Harvard à Cambridge – Massachusetts.

⁵⁹ Mathieu-Fritz, « Les téléconsultations médicales en gérontologie », 25.

	consultation s'effectue selon une chronologie précise.
Cadrage organisationnel	Permet la programmation des téléconsultations à venir.

Tout comme les deux économistes P.J. Benghozi et P.Cohendet cités en page 25, les travaux A Mathieu-Fritz confirment et révèlent l'impact social, technique et organisationnel des TIC sur les individus. Il précise cependant le côté clinique propre à la santé et est absent chez les économistes.

2.3.2. Une transformation des pratiques

La téléconsultation se faisant de manière partagée entre professionnels de santé, cette situation va « favoriser une mutualisation instantanée de savoir et de savoir-faire de nature professionnelle »⁶⁰. Ce collectif de soignant rend la prise en charge du patient holistique, c'est-à-dire globale, détaillée et tenant compte de son environnement de vie.

La distance implique une délégation de tâches. Cette délégation repose sur « *la confiance dans le jugement et les compétences du professionnel délégataire* »⁶¹. Le sociologue s'appuie sur un exemple pour illustrer son propos celui de la palpation demandée par un chirurgien à un kinésithérapeute lors d'une téléconsultation. Ce faisant, le délégateur c.-à-d. le chirurgien, dans un effort de verbalisation dont le but est de guider le délégataire à réaliser sa tâche, va en même temps transférer son savoir médical.

Ainsi l'usage des TIC permet l'augmentation des compétences par la diffusion de savoirs médicaux lors de la pratique médicale.

Cependant, A Mathieu-fritz insiste également sur la nécessaire formation des soignants. En effet le délégataire doit « *réguler les relations sociales et techniques entre les professionnels et avec le patient* »⁶². Cela nécessite donc un accompagnement des soignants vers l'usage de ces dispositifs.

2.4. Résumé de la deuxième partie

L'éclairage des théoriciens des organisations, des économistes, des pédagogues et de la sociologie ont pour objectifs de comprendre l'impact des TIC sur les organisations soignantes et sur les individus qui les composent.

⁶⁰ Ibid., 26.

⁶¹ Ibid.

⁶² Ibid., 27.

Ainsi, pour les théoriciens des organisations, la transformation d'un système de bureaucratie professionnel vers un système de bureaucratie divisionnalisée ou mécaniste, implique une augmentation de la standardisation des procédures qui elle-même engendre une perte de l'autonomie des acteurs. Cette transformation fait le lit des technologies de l'information et de la communication.

Ce faisant, les économistes montrent que l'introduction des TIC dans les organisations modifie la façon dont les individus conçoivent leur travail et *«affectent en profondeur les contenus des tâches productives, le temps et l'espace de travail des individus »*⁶³.

Dès lors que la preuve est faite concernant l'impact des TIC sur la façon d'agir des individus, la pédagogie montre, en décortiquant les mécanismes cognitifs, l'impact du numérique sur les individus et comment se forme les compétences. Ils insistent notamment sur l'obsolescence des savoirs d'expériences et induisent la nécessaire émergence de nouveaux profils soignants.

Le regard des sociologues montre l'usage des TIC dans les organisations soignantes et apporte un cadrage supplémentaire dans les interactions entre les professionnels de santé, le cadrage clinique. Cette phase, durant laquelle un soignant va reproduire une pratique d'un sachant expert, va permettre l'acquisition de nouveaux savoirs et donc de nouvelles compétences chez les soignants.

Après avoir exploré tous les concepts afin de mieux comprendre les conséquences de l'introduction et de l'usage des TIC dans la pratique soignante, ces apports théoriques vont me permettre d'étayer mes hypothèses à partir d'une enquête de terrain réalisée auprès de cadres de santé.

⁶³ Benghozi et Cohendet, *L'organisation de la production et de la décision face aux TIC*, 164.

3. TROISIÈME PARTIE : l'étude de terrain et son analyse

3.1. La formulation de mes hypothèses

3.1.1. L'hypothèse générale

Je soutiens ici une réponse provisoire à ma question de départ : qu'une organisation de soins construite à partir des TIC, facilite le développement des compétences chez les soignants et permet au cadre de santé d'avoir un outil de management efficace qui contribue à donner du sens au travail de l'équipe.

L'enquête de terrain va me permettre de confirmer ou infirmer ma question. L'entretien semi-directif est l'outil de recherche que j'utilise pour la conduite des entretiens.

3.1.2. L'hypothèse opérationnelle

Construite à partir des questions de terrain, l'hypothèse opérationnelle est posée comme suit :

- La conduite de projet permet au cadre de santé de mettre en place une activité de télémédecine.
- Les TIC favorisent le développement de nouvelles compétences chez les soignants

3.2. La méthodologie d'enquête

L'enquête a pour objectif d'explorer les différentes organisations dans lesquelles s'inscrivent les activités de télémédecine. Ce faisant, elle vise à valider que les cadres de santé utilisent la télémédecine comme un outil de développement des compétences pour leur équipe.

Il s'agit d'une recherche exploratrice et descriptive. Le recueil de données vise à explorer les pratiques des cadres de santé, les objectifs et leurs impacts sur le management des soignants.

3.2.1. L'outil d'enquête

L'entretien compréhensif ou semi-directif a été choisi. Il s'adosse à la pratique développée par le courant sociologique Kaufmannien⁶⁴. Ce type d'entretien permet de favoriser le discours autour de thème d'étude. Un guide d'entretien a été construit à partir des éléments issus du cadre conceptuel. Compte tenu de

⁶⁴ Kaufmann, *L'entretien compréhensif*.

l'éloignement géographique des lieux d'exercices des cadres de santé enquêtés, les entretiens ont tous été réalisés par téléphone.

Quatre parties structurent l'entretien⁶⁵. Elles n'ont pas de liens entre elles. La première partie permet de décrire le projet et son périmètre. Il s'agit d'observer les organisations qui portent un projet de télémédecine. Ces observations me permettront de découvrir si un type d'organisation est propice à la mise en place d'une telle activité. La seconde est plus centrée sur le cadre et la façon dont il a construit le projet. La troisième partie concerne également le cadre et sa stratégie d'accompagnement des soignants. Un dernier thème est abordé, celui des compétences et des profils soignants.

L'entretien débute par une question portant sur la description de l'activité « Pouvez-vous me décrire votre activité de télémédecine ? ».

Les cadres enquêtés ont tous montré de l'intérêt pour le sujet . La durée des entretiens varie entre 36 et 50 min. Les entretiens ont tous été enregistrés avec l'accord des interviewés puis retranscrits. Une prise de notes a été réalisée durant l'interview afin de pouvoir relancer l'interviewé sur des points non abordés durant l'entretien et présents dans le guide. L'utilisation du téléphone ne permet pas de noter les expressions de visage des interviewés durant l'entretien et peut être un manque lors de l'analyse.

Les entretiens se sont déroulés dans des conditions favorables. Une modélisation a été pratiquée et mise en relation avec les éléments conceptuels de la deuxième partie.

3.2.2. La population enquêtée et les lieux d'enquête

L'ensemble des cinq participants à l'enquête ont tous une expérience confirmée dans une activité de télémédecine. Ils exercent ou ont exercé, une fonction d'encadrement. Tous ont le diplôme de cadre de santé à l'exception d'une personne qui est titulaire d'un master II. Ils vous sont présentés dans le tableau ci-dessous. N'ayant pas demandé leur accord, je ne fais pas figurer dans le tableau les coordonnées des interviewés. Cependant, je les tiendrai à la disposition du jury lors de la soutenance orale du mémoire. À titre d'exemple, le lecteur trouvera en annexe 2 la retranscription complète d'un des cinq entretiens ayant été réalisés.

⁶⁵ Cf grille d'entretien en annexe

Tableau récapitulatif des entretiens :

Nom de l'interviewé	Date de l'interview	Durée	Fonction et principales expériences de télémédecine
Mr. Jean Pierre Granger	29/3/16	50 min	Cadre infirmier à Calydiaal (Etablissement Lyonnais qui pratique la Télédialyse, Président de FormaticSante) Forte expérience de Télémédecine depuis 10 ans.
Mme. Frédérique Gudanis	30/3/16	50 min	Infirmière au CHU de Caen et qui est responsable d'un programme de télésurveillance à domicile des patients en insuffisance cardiaque. Titulaire d'un master 2 éducation thérapeutique.
Mme. Danielle Bougeard	31/3/16	49 min	Cadre au CH Yves Le Foll à St BRIEUC dans le service de néphrologie-dialyse qui pratique la télédialyse. Expérience de plus de 10 ans.
Mme. Anne Marie Dore	5/4/16	36 min	ancienne Cadre du CHU de Tours et Conseillère au Ministère de la santé. Elle a accompagné des projets de télémédecine. Spécialisée dans les organisations et pratiques professionnelles.
Mme. Lydie Canipel	30/3/16	41 min	Cadre qui a conduit un programme de recherche sur l'usage des objets connectés dans le diabète de type 1 (Diabeo), actuellement Secrétaire Générale de la SFT-Antel. A travaillé sur les Coopérations interprofessionnelles en Télémédecine (art. 51 de la loi HPST).

3.2.3. Les limites de l'enquête

La taille de l'échantillon des cadres enquêtés ne permet pas une généralisation des résultats. De plus, le choix du type d'établissement n'est pas le fruit d'un tirage au sort, mais a été délibéré. En effet, les expériences réussies de télémédecine en France sont à ce jour encore peu nombreuses ou trop discrètes pour trouver un écho favorable auprès des établissements.

Bien que les textes législatifs qui autorisent l'installation d'activité de télémédecine datent de 2009, cette dernière a connu un temps de mise en place progressive dans les établissements et connaît de surcroît des résistances de la part du corps médical. Enfin, malgré un subventionnement par les ARS les projets de télémédecine n'ont pas tous été menés à leur terme faute de modèle économique pérenne.

3.3. Analyses et présentation des résultats de l'enquête

Trois phases d'analyses vont étayer ma présentation. Une première phase, l'analyse thématique qui n'apparaît pas dans mon mémoire. Il s'agit d'un travail de découpage et de tri des corpus. Ils alimentent l'analyse descriptive qui correspond à la 2^{de} phase. Puis l'analyse explicative vient faire les liens avec les concepts étudiés dans la seconde partie de mon mémoire.

3.3.1.1. De l'importance de l'organisation

La conduite de projet nécessite une liberté d'action de la part des acteurs. Cela ne veut pas dire que les acteurs doivent se situer en dehors de l'organisation c'est-à-dire de tout cadrage. Il s'agit plutôt d'une liberté d'action des idées. La télémédecine est une approche nouvelle de la pratique médicale. Par conséquent, cette nouvelle pratique nécessite de nouvelles idées de mise en œuvre. Or nos structures soignantes sont, dans une large majorité d'entre elles, culturellement

très imprégnées de corporatisme et finalement peu enclines à rompre avec des modes de travail traditionnels.

Cependant, la théorie des organisations appliquée aux organisations soignantes montre que la transformation des établissements vers la bureaucratie divisionnalisée favoriserait l'implantation des systèmes d'informations et de ce fait les TIC.

Ce qui ressort des entretiens, c'est que des activités de télémédecine peuvent se développer dans toutes formes de structure. En effet, parmi nos interviewés, 3 cadres exercent dans des CHU⁶⁶, 1 cadre dans un CH⁶⁷ et 1 cadre dans un établissement privé. Il s'avère que les CHU, sans doute par lié au fait que les activités hospitalières soient rattachées à l'université (lieux propices à l'innovation) soient plus favorisées que les établissements de petites structures.

Ainsi mon interlocuteur N°3 déclare : «...*bien sûr non seulement ils soutiennent des projets de télémédecine ils aident au développement ils ont même créé des services qui se consacrent à la télémédecine* »⁶⁸. De plus, due à leur importance et à la proximité du service SI⁶⁹ de grands établissements, cela permet de faire évoluer la technologie en même temps que le projet. L'interviewé n°4 fait remarquer : « *le service informatique de l'hôpital de Saint-Brieuc qui a également été très moteur. Il faut quand même une infrastructure informatique très importante* »⁷⁰ et un peu plus loin d'ajouter : « *Après il y a le service informatique et si le service informatique ne suit pas ça ne va pas le faire non plus* »⁷¹.

Par conséquent le type d'organisation ne semble pas être un obstacle. La taille de l'établissement et de son système d'information, sont des éléments moteurs dans ce type de projet. Dès lors, les établissements ayant un SI très développé seront les mieux positionnés et pourront plus facilement intégrer l'activité de télémédecine dans leur offre de soins.

⁶⁶ Centre hospitalier universitaire

⁶⁷ Centre hospitalier

⁶⁸ Besançon, « Recueil d'entretiens menés auprès de cadre de santé ayant participé à la mise en place d'activité de télémédecine », 21.

⁶⁹ Système d'information organise et gère l'ensemble des ressources qui permet de collecter, stocker, traiter et distribuer de l'information.

⁷⁰ Besançon, « Recueil d'entretiens menés auprès de cadre de santé ayant participé à la mise en place d'activité de télémédecine », 27.

⁷¹ Ibid., 29.

3.3.1.2. De l'importance du cadre dans le projet

3.3.1.2.1. S'inscrire dans une démarche projet

Dans tous types de projets, les acteurs sont importants, car ce sont eux qui les font vivre, qui les font aboutir. Il semble que sur ce point l'ensemble des interviewés adoptent la même position.

Les verbatims suivants étayent mes propos :

- *« au démarrage oui j'étais au four et au moulin »⁷²,*
- *« la position du cadre de santé dans ces projets est énorme »⁷³,*
- *« le cadre de santé va être le chef d'orchestre des paramédicaux qu'on le veuille ou non, c'est le chef d'orchestre »⁷⁴.*

Le cadre est donc partie prenante dans le projet. C'est un des éléments moteurs. Par sa qualité de responsable d'unité, la finalité opérationnelle du nouveau service dépend de lui. La rédaction des protocoles, des procédures, des formations... Pour certain cadre, cette démarche peut même les envahir : *« ...le problème c'est qu'on s'investit tellement que cela devient notre bébé et qu'on a du mal à les faire passer à l'autre échelle...c'est pas qu'on était inscrit en mode projet, c'est qu'on était tellement dans des projets spécifiques... quand vous avez bien tout défini tous les contours à ce moment-là vous pouvez passer la main »⁷⁵.*

Ainsi, la démarche de projet est un outil qui va permettre au cadre de construire son organisation. La télémédecine va lui permettre de cristalliser les actions qu'il va devoir mener auprès de l'équipe soignante pour la faire adhérer au projet.

3.3.1.2.2. Associer l'équipe pour la faire adhérer

La place du cadre est d'autant plus importante qu'il doit associer une équipe dans le projet. Dans un projet novateur comme peut-être un projet de télémédecine, le cadre doit associer très tôt dans le projet l'équipe soignante. Cependant l'association ne suffit pas il faut que le projet fasse sens pour l'équipe. L'interviewé n°3 explique très clairement le processus :

- *« La télémédecine va renforcer la cohésion d'équipe....La télémédecine c'est des actes médicaux. Ces actes médicaux pour qu'il puisse exister il va falloir les organiser dans un parcours de soins. Le parcours de soins qui*

⁷² Ibid., 5.

⁷³ Ibid., 19.

⁷⁴ Ibid., 21.

⁷⁵ Ibid., 5.

existe à l'heure d'aujourd'hui on ne peut pas les bousculer complètement, le monde médical et paramédical n'est pas prêt à tout bousculer, ni les patients d'un seul coup. »

Repenser le parcours de soin en y inscrivant les actes de télémédecine est le premier travail auquel le cadre doit se consacrer. Il ne doit pas le faire seul, mais avec l'équipe soignante au sens large, c'est-à-dire avec les médecins et les soignants. Le cadre doit utiliser ou développer des compétences d'animateur afin de pouvoir animer des réflexions autour du parcours de soin.

Ainsi l'interviewé n°3 déclare *« il faut repenser les parcours de soins à partir d'usage qui existe déjà en y insérant des actes de télémédecine. »* et d'ajouter concernant la télémédecine *« ... va avoir cet effet magique de relier tous les acteurs entre eux », « ... C'est ça la magie j'allais dire quelque part de la télémédecine et des équipes qui le nez dans le guidon depuis des années se parlent bien sûr, mais toujours en courant la plupart du temps et n'ayant pas toujours le temps de réorganiser leurs activités, de transférer parfois des activités l'un sur l'autre se trouvent obligé, dans la rédaction du projet de télémédecine de revoir et de repenser ça »*⁷⁶.

Ainsi, le cadre de santé bénéficie d'un formidable levier, la télémédecine, pour dynamiser l'équipe soignante. En l'associant à la réflexion du projet, l'adhésion des acteurs se fera naturellement. Le cadre exerce son art de manager et gère la cadence. Ce faisant, il permet l'assimilation, la maturation de projet dans l'équipe. Évoquant les critères de réussite du projet, l'interviewé n°1 déclare :

- *« les critères de réussite c'est...laisser le temps au temps... »*
- *« et il faut aller aussi le plus vite possible. Il y a des choses pour lesquelles il ne faut pas vouloir aller trop vite »*
- *« c'est comme l'acceptation d'un patient...tant qu'il n'est pas passé dans la phase d'acceptation on peut rien faire avec lui »*
- *« mais quelque part il faut quand même qu'il se hâte à prendre conscience »*

⁷⁶ Ibid., 19.

- « *Il faut quand même une cadence qui soit quand même assez soutenue parce que moi je vois sur d'autres projets sinon en tourne en rond on arrive plus à voir où on va.* »

Il s'agit bien d'un art que doit savoir manier le cadre de santé. Celui de la conduite de projet. Dès lors, si la démarche projet permet au cadre d'organiser l'activité et de plus que cela favorise la cohésion de l'équipe, je peux donc valider mon hypothèse opérationnelle : une organisation construite autour de l'intégration des TIC facilite la gestion d'une équipe soignante.

3.3.1.3. L'émergence d'un point central : le projet médical

Si l'importance de la place du cadre est soulignée dans la parole des interviewés, un point cependant ressort : le projet médical. En effet, sans projet médical solidement construit, toute activité de télémédecine restera lettre morte. Le projet médical est le socle sur lequel va se construire l'activité.

- « *alors par rapport à un projet de télémédecine si j'ai un conseil à donner c'est de mettre les médecins dans une pièce et ne les fait sortir que quand ils sont d'accord.* »
- « *Prends un burin et un marteau est inscrit dans le marbre ce qui a été décidé et revient toujours à ça. Parce que c'est un gros souci et je le dis de façon volontairement provocatrice. Les médecins nous disent que la médecine est un art, chaque médecin est un artiste et donc on a une libre interprétation des choses. En télémédecine on ne peut pas se permettre cela, c'est impossible* ». ⁷⁷.

D'ailleurs l'ANAP sur son site web a publié le 22 mars 2016 un guide⁷⁸ qui présente la démarche de construction d'un projet de télémédecine. Dans son introduction, il est fait mention des 5 clés du succès d'un projet et de « *la nécessaire définition d'un projet médical...* »⁷⁹.

Ce guide étant publié dans le même mois que celui de mes entretiens, il est fort peu probable que les interviewés en aient eu une lecture qui puisse influencer leur discours. Cependant, je ne peux pas le démontrer. Néanmoins, le fait que l'ANAP rédige un guide d'aide à la construction d'une activité de télémédecine, renforce ma démarche et l'intérêt de mon mémoire. Cette publication est un élément

⁷⁷ Ibid., 10.

⁷⁸ Martin, Lehericey, et Lemoine, « Telemedecine en action : Construire un projet de télémédecine ».

⁷⁹ Ibid., 6.

supplémentaire et soutien mon propos. Le projet médical est l'élément sur lequel le cadre doit s'appuyer pour mettre en place son organisation.

3.3.1.4. L'acquisition de nouvelle compétence pour les soignantes

Tous les interviewés s'accordent à dire qu'ils ont observé une montée en compétence chez les soignants. Ils s'accordent également sur le fait qu'elle concerne bien les savoirs. Ainsi les soignants au départ sont bien plus préoccupés par leur positionnement vis-à-vis du patient et de leur capacité à leur répondre.

On perçoit au travers certaines réponses les propos de F.Minet concernant l'impact de la dématérialisation sur la relation soignant-patient :

- « *Pas la technique, c'est par rapport à leur positionnement. C n'est pas la technique qui leur pose problème, mais leur positionnement par rapport au patient, par rapport aux médecins et leur savoir, c'est surtout ça qui les perturbent.* »⁸⁰.

Il s'agit bien là d'une préoccupation légitime du soignant vis-à-vis de sa capacité d'action. Effectivement, comme le souligne F.Minet, l'usage des TIC dans la pratique oblige le soignant à se représenter, à construire le réel dans sa pensée. Le soignant va reconstruire le réel à travers les données. C'est la formalisation qui est une évolution de la compétence du soignant.

La télémédecine permet au soignant de travailler sur le « circuit long » des compétences. Le verbatim suivant le traduit « *par rapport à la télémédecine nous avons été obligés de développer notre capacité d'analyse...et puis d'avoir suffisamment confiance en nous pour pouvoir dire des choses au patient sans avoir l'aval du médecin* ».

L'acquisition de compétence se concrétise également par la mise en place de protocole de coopération.

L'interviewé n°2 l'évoque « *on est en train de travailler sur les protocoles de coopération...c'est obligatoire* » et un peu plus loin de déclarer « *je pense qu'il faut absolument que les choses soient cadrées* ».

⁸⁰ Besançon, « Recueil d'entretiens menés auprès de cadre de santé ayant participé à la mise en place d'activité de télémédecine », 8.

L'article 51 de la loi HPST du 21 juillet 2009 permet aux professionnels de santé d'engager une démarche de coopération et permet à titre dérogatoire de transférer des actes de soins.

Comment le cadre va agir pour permettre l'acquisition de compétences nouvelle par les membres de l'équipe ?

Il peut favoriser le compagnonnage comme l'évoque l'interviewé n°1 « *compagnonnage ! Je suis un adepte du compagnonnage. Je sais que ce n'est pas ce qui est le plus plébiscité aujourd'hui, mais moi je suis un adepte du compagnonnage. Il faut les aider, les accompagner et c'est du matin au soir et voilà il n'y a que comme ça que l'on n'y arrive.* »⁸¹.

le cadre peut inscrire les actes de télémédecine dans un parcours. Ce faisant, il réduit l'anxiété des soignants. Cela participe au mécanisme de la modélisation qui permet au soignant d'agir plus rapidement et plus efficacement.

- « *...un acte infirmier ou un acte médical est bien souvent anxiogène. On a beaucoup d'actes à faire dans une journée. Qu'est-ce qui fait qu'on les fait bien ? c'est l'organisation réflexe. C'est-à-dire qu'on a été formé par les réflexes et le fait de les faire nous sécurise aussi puisqu'on connaît déjà les gestes d'avance. Si du jour au lendemain vous leur changez tout ...on crée de l'anxiété. Donc pour éviter aussi cette anxiété il faut insérer ces actes de télémédecine dans un parcours qui existe déjà* »⁸²

Le cadre peut s'appuyer sur l'équipe elle-même. Les travaux du sociologue A Mathieu-Fritz trouvent leur traduction à travers ce récit.

- « *la télémédecine est apprenante. Elle est apprenante pourquoi ? Parce que l'on apprend les uns des autres, parce qu'on partage des connaissances sur un patient tous ensemble et tout le monde monte en expertise alors ça on le voit nous tous les jours ...* »⁸³.

Ainsi, Il y a bien ici, l'expression d'une mutualisation de savoir et de savoir-faire de nature professionnelle.

⁸¹ Ibid., 9.

⁸² Ibid., 20.

⁸³ Ibid., 24.

Cependant, cette montée en compétence pour l'infirmière n'est réelle que si elle se traduit sur le terrain. Ainsi la télémédecine rend-elle l'infirmière autonome ?

3.3.1.5. Un regard nouveau des médecins sur les soignants

La délégation de tâche se pose ici clairement. C'est la mise en place de cette délégation qui va valoriser le travail et les nouvelles compétences de l'infirmière. En effet, comme le souligne A Mathieu-Fritz la délégation repose sur « *la confiance dans le jugement et les compétences du professionnel délégataire* »⁸⁴. Les propos de l'interviewé n°3 expriment le changement de regard des médecins vis-à-vis des infirmières .

- « *Moi j'ai des médecins qui me disent : je me suis rendu compte que mon infirmière pouvait faire ça ! je lui dis, mais ça fait 25 ans qu'elle le fait dans l'ombre elle ne te l'a jamais dit* »,
- Elle ajoute « *Or aujourd'hui comme vous partagez un dossier...au moment où il (le médecin) va ouvrir sa consultation il va voir les résultats de l'observation de son infirmière ...et là d'un seul coup il se dit mince !* ».

Le cadre de santé, par son organisation et sa gestion d'équipe va favoriser un climat de travail propice au développement de la productivité.

- « *il y a une vraie cohésion d'équipe qui se renforce. c'est des équipes hyper soudées, hyper enthousiasme ou le respect du métier de l'autre a été renforcé où ils se sont redécouverts vraiment je vous promets c'est vraiment chouette de voir ces équipes là* ».

Les TIC dans la pratique ne suppriment pas la supervision du médecin. Par contre les infirmières sortent renforcées. C'est également sur elles que repose en partie la réussite d'une activité de télémédecine. Comme l'atteste les propos de l'interviewé n4 :

- « *Par contre la réussite c'est que les infirmières sont vraiment expertes et très engagées. Nous avons des délégations de compétences qui existent depuis 20 ans ce qui fait qu'elles anticipent de façon sécuritaire, mais si elles n'étaient pas aussi performantes c'est sûr que le système se serait cassé la tête depuis longtemps* »⁸⁵.

⁸⁴ Mathieu-Fritz, « Les téléconsultations médicales en gériatrie », 26.

⁸⁵ Ibid., 29.

Ainsi, je peux valider mon hypothèse selon laquelle les TIC favorisent le développement de nouvelles compétences chez les soignants. Je valide également que c'est bien le cadre de santé qui va porter l'équipe et l'amener à développer de nouvelles compétences. C'est l'organisation qu'il met en place et qui prend en compte l'usage des TIC, que rend cela possible.

4. QUATRIÈME PARTIE : mise en perspective

Les technologies de l'information et de la communication placent le cadre dans un véritable défi organisationnel. En effet, le cadre doit prendre en compte le contexte humain dans lequel va s'opérer la mise en place d'un projet de télémédecine.

On l'a vu l'intégration des TIC dans une organisation va accentuer le besoin d'échanger entre les membres qui composent cette organisation.

Le défi organisationnel que doit relever le cadre intervient à trois niveaux qui sont interdépendants.

Le premier niveau concerne le milieu lui-même. Il s'agit de l'environnement culturel très spécifique dans les organisations soignantes. Les théoriciens des organisations annoncent un changement vers une organisation des établissements de santé de type bureaucratie divisionnalisée. Cette nouvelle organisation est propice à la digitalisation des environnements de travail. Dès lors le cadre de santé devra repérer chez chacun des membres de l'équipe soignante l'envie de contribuer au développement du service et de les inscrire dans une dynamique commune.

Le second niveau concerne la relation au travail des soignants. En effet avec la télémédecine les pratiques changent. Les relations changent, se modifient et ne concernent pas simplement les soignants c'est-à-dire les interactions entre les médecins et les infirmiers, mais concerne également les patients. Ainsi le cadre de santé doit tenir compte de ce niveau d'interaction des relations de travail afin de les intégrer dans son organisation.

Le dernier niveau concerne les logiques métiers le sens du travail la culture professionnelle sont impactés. Or pour les soignants il est nécessaire de définir ce qui les caractérise. Valoriser leur métier a de l'importance.

Le cadre de santé qui devra mettre en place une activité de télémédecine va nécessairement agir sur ces trois niveaux. Il va lui falloir en quelque sorte les

aligner pour que soient réunies les conditions favorables à la mise en place du projet de télémédecine. Pour ce faire, il va devoir donner du sens aux actions que devront accomplir les soignants. Ce faisant, il arrivera à leur donner envie de contribuer aux résultats. Les comportements humains ne se dissolvent pas avec les TIC au contraire les rôles et les responsabilités de chacun doivent être clairement balisées afin que chacun puisse exercer dans les meilleures conditions. Si les technologies de l'information et de la communication bousculent le management, elles sont également pour le cadre de santé une formidable occasion et lui offrent les outils nécessaires pour dynamiser et valoriser les compétences de chacun des membres de l'équipe. Elles renforcent également la cohésion d'équipe et l'envie de contribuer au bien-être du patient. Avec les TIC le cadre de santé a peut-être véritablement le moyen de permettre la prise en charge holistique du patient.



CONCLUSION

Les progrès des technologies de l'information et de la communication sont une évolution fondamentale et par ailleurs inéluctable. Ils correspondent à l'évolution de notre société. L'explosion des nouveaux modes de communication et d'information préfigure sans aucun doute celle de nouveaux usages et de services.

Comme je l'ai largement évoqué au tout début de mon mémoire, le contexte actuel est plus que jamais favorable au développement des TIC dans la santé. Ces nouvelles technologies permettent de rapprocher un ensemble d'acteurs composé d'industriels, ceux de l'économie (privés ou publics) et les professionnels de santé. Déjà très présentes à l'hôpital, les technologies flèchent l'ensemble des étapes du processus de soins, autant que les nouvelles activités dites de télémédecine : téléconsultation, téléexpertise, télésurveillance téléassistance et le téléconseil.

Par ailleurs, face aux défis contemporains du monde de la santé liés au traitement des poly-pathologies, à l'accompagnement et à la gestion de la dépendance, les TIC revêtent un rôle central. En effet, dans l'évolution des modes de prise en charge et des usages, elles permettent la convergence des métiers. Les promesses sont à la hauteur des enjeux auxquelles doit faire face notre société vieillissante. Ces enjeux sont, pour ne citer que les principaux :

- Démographique et de gestion des maladies chroniques, de la dépendance.
- Économique qui permet de contribuer à la performance des soins et à l'équilibre budgétaire des établissements de santé.
- Industriel, scientifique, et médical pour la médecine collaborative, la télémédecine et l'e-santé.

Mais émerge avec la télémédecine un enjeu majeur, l'enjeu relationnel. Il se caractérise par de nouveaux rapports entre patients et médecins, un partage de données médicales entre professionnels de santé, et une absolue nécessité de coordination des soins. Le cadre de santé va jouer un rôle prépondérant dans ce nouveau paysage qui se dessine. L'appropriation par les professionnels de santé et les patients est la clé de l'évolution des modes de prise en charge. Cette appropriation signera l'avènement des TIC dans les organisations de santé. C'est donc bien à un défi auquel va faire face le cadre de santé. Celui de généraliser

ces nouvelles technologies et d'organiser les nouvelles pratiques qu'elles engendrent.

J'ai cherché à connaître le mode d'organisation la plus favorable dans laquelle pouvait s'inscrire une activité de télémédecine. Le résultat de mes recherches ne permet pas de mettre un modèle plus en avant qu'un autre. Concernant l'hôpital, il semble que la transformation actuelle favorise le décloisonnement et intègre très fortement les TIC dans son réseau de communication. Dès lors, le cadre de santé doit prendre en compte dans son organisation l'utilisation des TIC. L'implantation d'une activité de télémédecine est une opportunité pour le cadre de santé. Elle lui permet de penser l'activité de soin autrement en intégrant à l'usage des pratiques soignantes, l'outil de télémédecine. Se faisant, le cadre de santé va valoriser le travail des soignants qu'il encadre par la mise en avant de l'acquisition de nouvelles compétences. Des compétences qui peuvent se traduire par la mise en place de protocole de coopération.

Il va ainsi fédérer son équipe autour d'un projet et associer l'ensemble des acteurs du parcours de soin.

Cependant, le cadre de santé reste limité à la volonté du corps médical de faire évoluer leur pratique et de tendre vers la digitalisation des soins. Néanmoins, les récentes positions du Conseil National de l'Ordre de Médecins indiquent que cette intégration est enclenchée. Il est fait mention dans le serment d'Hippocrate, consultable sur le site web du CNOM, et se rapportant au maintien des compétences médicales (*« Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés. »*, s. d.). Nul doute alors qu'au plan individuel les médecins sauront trouver les appuis dont ils auront besoin. Le cadre de santé en fait partie.

En effet il peut contribuer à mettre en place une pratique des soins qui transcende les clivages entre les professionnels, qui favorise le partage et le développement de tous et au service du patient. La digitalisation est un chemin qui va lui permettre d'allier les anciennes voies aux nouvelles. Ces actions sont la matrice d'un nouveau modèle de collaboration qui associe les patients, les paramédicaux et leurs pairs.

BIBLIOGRAPHIE

- De SINGLY, C. (2009). Rapport de la Mission Cadres Hospitaliers, 124.
- BOURRET, P. (2006). Les cadres de santé à l'hôpital. Un travail de lien invisible. Retrieved February 28, 2016, from <http://www.cairn.info.ezproxy.u-pec.fr/revue-francaise-des-affaires-sociales-2007-2-page-189.htm>
- BRIAN, K. (2007). *Les essentiels de l'OCDE Le capital humain Comment le savoir détermine notre vie: Comment le savoir détermine notre vie*. OECD Publishing.
- BUBIEN, Y. (n.d.). Hôpital 2,0 : du virtuel au réel. *European Psychiatry*, 30(8), S74. <http://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.09.342>
- DUMOND, J.-P. (n.d.). Retrieved February 13, 2016, from <http://www.irg.univ-paris-est.fr/les-membres-de-lirg/les-membres-de-lirg-de-la-lettre-d-a-g/dumond-jean-paul/>
- DUMOND, J.-P. (2006). Les professionnels de santé à l'épreuve des fusions d'établissements et de services hospitaliers. *Sciences sociales et santé*, 24(4), 97–127. <http://doi.org/10.3406/sosan.2006.1696>
- DUMOND, J.-P. (2015, version d'août). Les organisations de santé "la grande transformation." Master Management & Santé -Théorie de l'action collective - Jean-Paul Dumond.
- BENGHOZI, P.-J, 2001, « Technologies de l'information et organisation. De la tentation de la flexibilité à la centralisation », *Gestion 2000*, vol.2., 2, mars-avril, p.61 à 80
- BENGHOZI, P.-J., & COHENDET, P. (1999). *L'organisation de la production et de la décision face aux TIC* (E.Brousseau & A.Rallet). Retrieved from http://brousseau.info/pdf/tic_plan/TICOPEChap2.PDF
- GERMAIN, O. (2006). *De nouvelles figures du projet en management*. Éditions EMS.
- GROSJEAN S., BONNEVILLE L., 2007, « Logiques d'implantation des TIC dans le secteur de la santé », *Revue française de gestion*, Vol.3, n°172, p. 145 à 158.
- HOLUE, C. (2011). Télémedecine: coup d'envoi de la généralisation. *Les Tribunes de la santé*, (29), 23–31.
- MALGLAIVE, G. (2015). *Enseigner à des adultes: Travail et pédagogie*. Presses Universitaires de France.
- MARTIN, P., LEHERICEY, H., & LEMOINE, B. (2106, March 22). Télémedecine en action: Construire un projet de télémedecine. ANAP - appui santé & médico-social.
- MATHIEU-FRITZ, A. (2012, January). Les téléconsultations médicales en gérontologie. *SOINS GERONTOLOGIE*, (93), 24 – 27.
- MATHIEU-FRITZ, A., & ESTERLE, L. (2013). Les transformations des pratiques professionnelles lors des téléconsultations médicales. *Revue française de sociologie*, Vol. 54(2), 303–329.

- MINET, F. (2012). *COLLOQUE TIC SANTE 2012 : "Développer des compétences TIC santé pour mieux soigner aujourd'hui."* Issy-les-moulineaux: Canal U Médecine 2010.
- MINTZBERG, H. (1979). *The Structuring of Organizations: A Synthesis of the Research* (SSRN Scholarly Paper No. ID 1496182). Rochester, NY: Social Science Research Network. Retrieved from <http://papers.ssrn.com/abstract=1496182>
- TRIBAULT, G. (2015a, Décembre 21). Un accord européen sur la protection des données valide l'obligation du data protection officer. Retrieved December 30, 2015, from <http://abonnes.hospimedia.fr/connexion>
- TRIBAULT, G. (2015b, December 22). Un rapport propose un arbre de décision sur le quantified self et la réglementation. *HOSPIMEDIA*. Retrieved from <http://abonnes.hospimedia.fr/connexion>
- TRIBAULT, G. (2016, September 3). E-santé — Déploiement en Big bang, prescription et plan de soins font l'objet d'avis d'experts de l'Anap. Retrieved March 12, 2016, from <http://abonnes.hospimedia.fr/>
- BELLANGER-TRELLY.V (2014). *Vade-Mecum des objets connectés* (p. 100). Retrieved from <http://www.apssis.com/publications-apssis/>
- KAUFMANN, J.-C. (1996). *L'entretien compréhensif* (Nathan). Retrieved from <http://www.unige.ch/fapse/SSE/teachers/maulini/2006/sem-rech-note-lecture.pdf>
- ZUSCOVITCH, E. (1983). Informatisation, flexibilité et division du travail. *Revue d'économie industrielle*, 25(1), 50–61. <http://doi.org/10.3406/rei.1983.2091>

ANNEXES

Annexes I

Grille d'entretien

Périmètre du projet de télémédecine

- Pouvez-vous me décrire votre activité de télémédecine ?
- Quels outils informatiques utilisez-vous ?
- Cet outil concerne-t-il une spécialité médicale ou peut-il en intégrer d'autres ?

Positionnement du service par rapport à l'activité

- Vous a-t-on associé au projet ? Comment ?
- Êtes-vous familier de l'informatique ? La mise en place de la TLM a-t-elle été facilitée ?
- Étiez-vous Pilote ou acteur ? Le projet est-il un projet d'établissement ou de service ?

Accompagnement du projet

- Comment avez-vous travaillé ? (mode projet ou non)
- Quelles ont été les conditions de réussite ? Les contraintes ?
- Comment les équipes se sont-elles appropriées le projet ? Avez-vous formalisé par des protocoles (formalisation organisationnelle, techniques)
- La mise en place du DPA a-t-elle fait perdre des informations ?
- L'organisation des soins a-t-elle été modifiée ?

Compétences / profils / conditions de travail

- Avez-vous observé chez les paramédicaux une transformation de leurs compétences ? Ont-ils modifié leur rapport aux soins ? Éprouvent-ils une réticence à l'activité de télémédecine ?
- Avez-vous observé une augmentation du nombre d'activités cliniques ? Le recours aux médecins experts est-il en augmentation ?
- Avez-vous identifié un besoin de nouveaux profils chez les soignants ?
- Avez-vous eu des évènements indésirables (EI) lors de ces activités ? Comment sont-ils traités ? Quelles en sont leur nature ? Une analyse systémique est-elle faite et par qui et avec qui ?

Annexe II

Entretien n°2 : Mme Gudanis Frédérique le 30 mars 2016 ; durée 50 min

Moi : C'est parti donc mon mémoire ça s'articule autour d'un de la télémédecine et avant de commencer est-ce que vous pouvez écrire un petit peu votre fonction ?

GF : En fait je suis infirmière en éducation thérapeutique au CHU de Caen, enfin en Basse-Normandie il y a 10 centres dont le CHU de Caen utilise la télémédecine en fait pour l'éducation thérapeutique en fait c'est l'éducation thérapeutique par la télémédecine. Donc ma fonction... une partie d'éducation thérapeutique auprès des patients et puis ensuite on leur propose la télémédecine donc on les forme à l'outil à une tablette un logiciel leur montre comment cela fonctionne tout ça et ensuite on effectue le suivi donc on leur prête la tablette pendant trois mois et pendant ces trois mois-là on va du lundi au vendredi parce qu'on travaille pas le week-end en va regarder leurs données on va les interpréter les analyser et en fonction de ça bien en fait on va envoyer des messages au patient. Donc il y a une fonction dans le logiciel qui envoie systématiquement des messages en fonction de ce que les patients répondent parce que c'est un arbre décisionnel, mais ça nous arrive aussi lorsqu'on a des alertes jaunes oranges ou rouges d'être obligé d'appeler les patients d'abord pour vérifier que c'est bien une alerte rouge et puis voir s'ils ont fait ce que le logiciel leur préconisait. Et puis ensuite on a une fonction pour s'envoyer des messages on envoie régulièrement des messages au patient des fois des messages conviviaux qui n'ont strictement rien à voir avec leur pathologie. Donc voilà ma fonction première après il y a un peu de coordination parce que forcément il y a un programme d'éducation thérapeutique télémédecine donc y a toute la partie coordination et puis je travaille à 20 % au GCS télé santé de Basse-Normandie pour l'instant c'est une mission d'un an donc que la coordination infirmières par rapport à la télémédecine puisque nous sommes 10 centres comme je disais et puis en est en train dans la phase projet d'une deuxième version de notre télémédecine qui s'appelle le SCAD donc là je suis en train de tester la maquette tant au niveau professionnel qu'au niveau des patients. Donc voilà un peu ce que je fais actuellement.

Moi : d'accord, cet outil concerne une spécialité médicale ou est-ce que plusieurs spécialités médicales peuvent être intégrées l'outil ?

GF : Alors pour l'instant ça ne concerne que les insuffisants cardiaques et les patients insuffisants cardiaques en attente de greffe cardiaque parce qu'on a commencé par cette pathologie là en fait ça été le but de prendre en charge de façon plus adaptée et surtout ne pas laisser des gens sur le bord de la route par ce que déjà c'est ce qui se passait. Et puis le souci, ça peut être pour n'importe quelle pathologie après le problème c'est le financement parce que il y a un financement pour les infirmières c'est les infirmières qui en majorité font tourner le SCAD et le souci c'est que déjà le financement des infirmières servait un petit peu à autre chose parce que la télémédecine, ça fait 10 ans qu'on l'utilise en Basse-Normandie, mais il y a 10 ans ça n'avait pas du tout le même impact donc on nous a un peu... pris un peu d'argent donc ce qu'il fait que du coup on a pris un peu de retard par rapport aux autres pathologies, mais ça peut tout à fait heu ... la version SCAD peut être utilisé pour n'importe quelle pathologie ça peut être pour la mucoviscidose l'asthme le diabète il y a aucun souci. Ça c'est notre télémédecine, mais il existe en Basse-Normandie une autre sorte de télémédecine TELAP qui est le suivi des plaies donc je connais un petit peu, mais sans plus parce que je ne participe pas du tout à ça il y a aussi la télé AVC on a quand même pas mal de choses en Basse-Normandie sur la télémédecine.

Moi : tout ça c'est intégré au sein du CHU ?

GF : Oui alors, en fait il faudrait que vous alliez sur le site GCS télé santé Basse-Normandie vous allez voir toutes les actions de télémédecine qui sont menées en Basse-Normandie donc tout est rattaché au CHU, car tout est parti du CHU. La télé AVC forcément les neurologues sont au CHU après ils donnent leur avis pour tous les neurologues de Basse-Normandie. Pour TELAP qui est la cicatrization des plaies donc ce sont des infirmières à domicile donc ça part du CHU où il y a une infirmière référente et

puis les patients sont pris en charge par les infirmières libérales qui du coup vont se connecter à TELAP qui peuvent avoir accès à l'infirmière référente qui va les guider tout ça et nous le SCAD c'est vraiment un train hospitalier enfin hospitalier, mais dans toute la Basse-Normandie, car il y a aussi des cliniques des centres de réadaptation cardiaque, mais ce ne sont pas du tout les infirmières libérales pour l'instant et puis il y a un autre versant c'est HUMANI lassé de l'humanitaire qui va être...c'est plutôt les becs-de-lièvre et tout ça donc pour l'instant ça fonctionne avec le Mali et donc que la c'est le spécialiste du CHU de Caen qui est en lien avec le Mali avec le médecin qui va le guider pour sélectionner les patients qui devront être opérés après lui il va opérer donc pour l'instant avec le Mali c'est pas possible donc en fait il fait beaucoup de formation en ce moment et puis il va s'ouvrir aussi aux pays asiatiques puisqu'il y a aussi une forte demande par rapport à l'humanitaire donc on a c'est vrai une palette assez large concernant la télémédecine en Basse-Normandie

Moi : mais concernant votre service le SCAD donc s'est associé au GCS ça passe par une plate-forme ? Comment se fait la connexion entre heu... ?

GF : alors en fait le SCAD existe depuis 2005 le GCS existe depuis 2010 je crois 2009 2010 donc en fait c'était une solution qui venait du Québec donc en fait, les patients ils avaient un espèce de gros appareil comme un Minitel un petit peu et donc on forme le patient à l'outil et donc après heu actuellement... avant on faisait pas ça, mais on s'est rendu compte qu'il y avait besoin d'une solution technique donc on appelle une société informatique avec qui on a un partenariat qui va installer chez le patient l'outil et puis ensuite le patient rentre ses données donc en fait, il a un écran tactile c'est tout simple et puis il répond aux questions en appuyant sur l'écran. La plus âgée elle avait 104 ans, elle a eu 104 ans et là actuellement on a une dame de 98 ans donc il n'y a pas besoin d'être féru en informatique y a pas de soucis et donc il rentre leur données en appuyant sur l'écran et puis leur données nous sont transmises directement sur notre ordinateur dans chaque service sur les ordi de chaque infirmière donc que ça soit au CHU de Caen à St-Lô, Avranches peu importe, donc du coup on passe pas du tout par une plateforme se les infirmières qui vont « screener » les patients dans les établissements qui les ont formés à l'éducation thérapeutique ou pas parce qu'il y a des patients qui veulent pas être formés à l'éducation thérapeutique qui veulent directement la télémédecine et donc du coup on suit le patient tout au long de son programme du départ jusqu'à la fin de son programme à un an. Mais c'est pas du tout une plateforme qui va les appeler pour leur donner des conseils ou n'importe quoi c'est vraiment nous, en fait, ils ont des référents quelque part ils nous connaissent depuis le départ.

Moi : et comment s'organise le soin donc par rapport à ça puisque là c'est le patient qui reçoit des alertes, c'est ça en fait les patients renvoie des données qui sont collectées...heu qui les ...

GF : alors en fait, voilà le patient il répond tous les jours du lundi au vendredi. Alors le lundi le mercredi et le vendredi il va répondre par rapport à ce qui sont les signes d'alerte les symptômes les signes vitaux donc le poids l'essoufflement les œdèmes la tension donc ont les formes à l'utilisation d'un tensiomètre, car on a fait le choix d'avoir aucun objet connecté parce que le propre de l'éducation thérapeutique c'est de rendre le patient autonome. Donc si on mettait un tensiomètre et puis que ça envoyait directement les données du coup le patient bon il envoyait un chiffre, mais c'est tout tandis que là c'est lui qui prend sa tension heu d'accord c'est lui qui tape les données donc déjà il a conscience de ce qu'il fait et même si nous après on va analyser, lui il va déjà dire par exemple si il a 15 pour un insuffisant cardiaque c'est trop ils savent qu'ils doivent être entre 10 et 11 donc là il va dire à mince j'ai un peu de tension bon heu est ce que j'ai bien pris ma tension est ce que j'étais dans les bonnes conditions tout ça...il y a aussi cette action du patient qui est importante donc du coup lundi mercredi vendredi il va faire les choses comme ça et mardi et jeudi ça va être l'alimentation. Qu'est-ce qu'il a mangé ? qu'est-ce qu'il a bu dans les jours précédents et samedi il va avoir un petit rappel d'un petit peu de tout plus tout ce qui va concerner le traitement l'activité physique. Alors ça c'est ce qui est des données qu'il nous envoie bien sûr c'est une question de confiance parce que le patient peut raconter un petit peu n'importe quoi si il veut, mais à partir du

moment où il s'engage, on a pas de soucis. S'il patient n'est pas là et qu'il sait qu'il va partir il nous envoie un petit message ou il nous passe un petit coup de fil en nous disant je ne vais pas être là donc on suspend et quand il revient bien on reprend le système et puis voilà quoi. Donc ça c'est la partie données mais ils ont aussi accès à des informations qu'ils peuvent aller consulter quand ils veulent sur leur pathologie d'insuffisance cardiaque. Voilà je ne sais pas si j'ai répondu à votre question ? je voulais dire autre chose, mais j'ai oublié.

Moi : D'accord, donc il y a un dossier patient informatisé chez vous, enfin dans ce système ?

GF : alors en fait,, oui y 'a un dossier...en fait c'est pas vraiment un dossier informatisé pour l'instant parce que là on est en train de construire la nouvelle version où il y aura vraiment le dossier y aura tous les antécédents enfin les constantes...y aura vraiment tout. La pour l'instant c'est la 1ere version qui date d'il y a 10 ans donc il y a 10 ans...en plus elle est canadienne donc ils ont pas le DMP comme nous et tout ça donc c'est vrai que c'était un peu léger par rapport à ça. Et dans cette version-là, alors dans ce qu'il y a chez le patient rien n'est stocké tout est envoyé directement. Donc après tout arrive tout est stocké chez nous et là nous on a seulement les données du patient. Toutes les données qu'il a entrées, les données qu'il est allé consulté, tous les messages qu'on a envoyé, tout l'historique est gardé. Ça c'est vraiment le côté télémedecine. Et dans la nouvelle version donc on va retrouver le patient avec toutes les pathologies, les antécédents tous les intervenants. Le cercle de confiance avec toutes les personnes qui sont dans le cercle à qui on va pouvoir envoyer directement les données tout ça...mais bon pour l'instant on est en train de tester.

Moi : D'accord, es ce que vous encadrez du personnel ?

GF : est-ce qu'on encadre ?

Moi : vous est ce que vous avez d'autres infirmières que vous conseillez que vous avez à gérer, est ce que vous avez une équipe en fait, à suivre.. ?

GF : alors en fait, on ne suit pas des infirmières Heu par exemple c'est pas comme TELAP ou il y a des infirmières référentes qui va aider les autres là c'est pas comme ça. C'est-à-dire que chaque fois qu'il y a un centre qui ouvre en fait,, elles viennent au CHU de Caen est on fait une formation. Alors en fait une formation à l'outil forcément. Outil coté patient, mais aussi outil coté professionnel et puis on voit un peu le côté technique avec la responsable télémedecine du GCS télésanté. Donc ça c'est ce que l'on fait au CHU de Caen quand il y a des nouveaux centres qui ouvrent. Et puis moi quand je suis au GCS pour ma mission ça m'arrive d'aller voir des infirmières parce qu'elles ont un souci, elles ont des alarmes qu'elles arrivent pas à valider des choses comme ça ou un souci technique ou alors heu avant que je commence ma mission ben les infirmières elles nous appelaient directement parce que en fait, on est le centre le plus ancien et centre pilote parce que nous avons la chance d'avoir les deux médecins référent de la télémedecine enfin du SCAD qui travaillent avec nous donc c'est vrai que c'est un peu plus facile pour nous que pour elles parce que on est au courant des dernières nouveautés quoi on va dire. Donc on a une mission d'encadrement, mais qui n'est pas formalisée si vous voulez.

Moi : Ok...par rapport à ce nouveau projet enfin cet upgrade de l'outil informatique heu est-ce que vous êtes associée à ce projet d'upgrade ? est-ce que on vous a sollicité par rapport à l'ergonomie de l'outil par rapport à ?

GF : alors on est une petite équipe c'est-à-dire que nous sommes 2 infirmières alors sur le SCAD en lui-même on a 1ETP et on est 3 et on tourne sur ce poste-là. Et nous avons 2 cardiologues référents. Le fait que nous sommes une petite équipe ça créer des liens c'est beaucoup plus facile et surtout nous avons 2 cardiologues qui sont quand même très pro-infirmière est qui nous ont toujours mis en avant. A tel point que lorsqu'on a mis en place le SCAD il y a une étude qui a été faite, l'étude « senic » que vous allez retrouver sur internet sans problème et du coup c'est nous qui avons parlé de cette étude-là dans les congrès infirmiers et tout et ça ca date de 2009 donc il était hors de question pour eux de ne pas nous faire travailler sur la nouvelle version et donc du coup là c'est un peu moi qui m'y colle on va dire et tout le monde a remonté un petit peu les difficultés ou les facilité enfin les choses que les infirmières voulaient changer et donc c'est moi qui

concentre tout et heu donc je suis en lien directe avec la société, avec l'industriel en fait par le biais du GCS la responsable de télémedecine pour dire justement les choses qu'on veut changer heu les choses qu'on veut surtout pas, l'ergonomie, qu'est-ce qu'on a besoin pour les patients. Alors que ça soit coté patient bien sûr ou du côté professionnel on est totalement associé au projet et c'est même pas qu'on est associé c'est que sans nous de toute façon...les medecins ils le disent ils ne pourraient pas parce que c'est nous qui le pratiquons tous les jours quoi.

Moi : d'accord, par rapport à ça quelles sont les conditions de réussite que vous vous êtes fixées ou qu'elles sont les contraintes que vous rencontrez aujourd'hui ?

GF : par rapport au patient ?

Moi : heu non par rapport au projet ?

GF : Par rapport au projet les contraintes ? ha ben les contraintes heu c'est que seulement 20% de temps à disposition donc c'est pas assez surtout que l'on est dans une phase de projet ou ça a besoin d'avancer vite à certain moment donc voilà. Heu après c'est les industriels qui sont des industriels donc heu qui ne connaissent pas forcément la santé...enfin même si ils connaissent la santé ils ne connaissent pas tout en détail. Ya des fois on a un langage un peu différent, les informaticiens ont un langage informatique moi j'ai un langage de soignant et ben des fois on prend un peu de retard parce que on se comprend pas. Donc ça c'est une petite difficulté anecdotique, mais heu ça prend un petit peu de temps. Et les facilités c'est que...ben ça fait 10 ans que on baigne dedans donc en fait, ...quand on maîtrise l'outil on a beaucoup moins de difficultés à se projeter dans quelques chose encore de plus puisque on a fait le tour de cet outil là et on en veut plus on a besoin d'autre chose, on a besoin des visioconférences chez le patient, on a besoin justement d'avancer un peu et donc du coup notre heu...comment dire ? notre ancienneté dans ce projet-là fait que c'est plus facile pour nous, on voit plus à long terme.

Moi : est-ce que vous avez formalisez des protocoles, vous avez des process qui sont écrit concernant l'organisation, concernant des problèmes techniques qu'éventuellement que le patient peut retrouver...est-ce que tout ça ç'a été fait ?

GF : En fait, on a...lorsqu'on est arrivé dans le bureau on va dire on nous a dit ben voilà faut mettre en place la télémedecine. Faut bien resituer les choses, pour nous au CHU de Caen c'était en 2008 bien que cela avait commencé en 2006 en réadaptation cardiaque. Donc à on s'est dit bon ben c'est bien, mais on fait comment ? Donc on avait un ordinateur, un bureau et il a fallu écrire. Donc on est parti du côté soignant forcément, on a écrit ce qu'on savait par rapport à l'éducation thérapeutique. Heu alors y avait bien sur tous les protocoles tout le logiciel tout l'algorithme qui avaient été écrit par les medecins et une infirmière c'est-à-dire sur la collaboration et après nous on a eu le logiciel qui nous a été livré. En fait le logiciel ben l'algorithme a été écrit par les Dr SABATIER et BEULIN qui sont nos 2 cardiologues et 1 infirmière de réadaptation cardiaque à l'époque...donc du coup nous on a récupéré le logiciel et ensuite il a fallu écrire justement les process...comment est-ce qu'on allait faire ? heu quel patient on allait prendre en charge, comment allait se dérouler la formation à l'outil ?... enfin voilà heu on les a écrit dès le départ parce que déjà pour l'éducation thérapeutique il fallait que le programme d'éducation thérapeutique soit validé par l'ARS donc heu voilà on l'avait fait et puis ben la télémedecine ça a suivi et on est toujours parti du principe que le jour où on serait pus là il faudrait que n'importe quelle infirmière qui arrive puisse prendre le catalogue et fasse faire une formation télémedecine en se référant aux protocoles qui étaient inscrit donc tout est toujours écrit.

Moi : donc justement vous... je reviens sur le début en 2008 vous me dites qu'on vous a « convoqué » et qu'on vous a annoncé qu'il fallait mettre en place la télémedecine ? ... qui vous a fait cette demande en fait ?

GF : Alors personne nous a fait vraiment cette demande-là, on était 2 infirmières à l'époque et ont travaillé au suivi de greffe cardiaque et donc les patients greffés cardiaques...ça faisait déjà quelques années qu'on y été et ont été amené à rencontrer des patients insuffisants cardiaques à qui on allait annoncer qu'il fallait venir pour un bilan pré-greffe. Et donc là on s'est dit ben c'est bien gentil, mais on ne les connaît pas donc du coup on a glissé vers l'insuffisance cardiaque donc on a travaillé sur 2 postes

l'insuffisance cardiaque et greffé cardiaque et puis les médecins heu ben c'est ce que je disais on toujours tout partagé avec nous et ils ne savaient pas heu comment construire l'insuffisance cardiaque on ne pouvait pas construire un service on ne pouvait pas le financer donc ils ont essayé de trouver une solution pour heu quelque part créer notre poste et comme ...tous les cardiologues de Basse-Normandie ne sont pas formé pour les patients insuffisants cardiaques grave donc y a des patients qui arrivait à la greffe un peu trop tard donc en fait ils ont fait d'une pierre 2 coups on va dire. Ils ont répondu aux problèmes de patient qui passaient à travers les mailles du filet qui étaient des patients âgés insuffisant cardiaque plus de 65 ans qui ne pouvaient être pris en charge. Donc ils ont résolu ce problème là avec la télémedecine et puis ils ont résolu notre problème de créer un poste parce qu' ils ont mis en place la télémedecine. Donc il n'y a pas eu une injonction ça c'est fait naturellement et donc par contre après la cadre supérieure nous a dit voilà vous avez le bureau, vous avez l'ordinateur ben débrouillez-vous. Donc ben voilà après on s'est débrouillée on n'est pas plus bête que les autres on a cherché en sachant que s'était il y a 10 ans et que il y a 10 ans ben ce n'était pas pareil.

Moi : d'accord aujourd'hui cette activité c'est vous qui la menez. Elle s'inscrit dans une organisation bien spécifique heu vous faites référence à un cadre heu vous êtes rattaché à un service, vous êtes ...

GF : Ah oui tout à fait d'abord n'est fléchée donc y a pas de souci. On a un financement par l'ARS. Donc il existe un financement pour 'éducation thérapeutique qui est de 250 euros c'est le forfait pour tout programme d'éducation thérapeutique. C'est par patient et par année et en fait l'ARS Basse-Normandie rajoute 250 euros à partir du moment où le patient entre dans la télémedecine. Donc l'argent va directement au CHU de Caen ou dans les hôpitaux. Et donc dans tous les hôpitaux y a un % qui est alloué donc heu au CHU de Caen on est 1 ETP et dans les autres hôpitaux u dans les autres centres c'est 0.5 ETP infirmier. Et donc que ça soit au CHU de Caen dans les autres centres c'est exactement pareil on fait partie d'un service, alors y en a qui font partie d'un service de cardiologie nous au CHU on est un petit peu à part parce qu'on nous a regroupé avec le suivi de greffe cardiaque ce qui était naturel parce qu'on a commencé comme ça et donc nous avons une cadre, une secrétaire, une cadre supérieure, on a 1 chef de service...on fait vraiment partie...on est un service satellite certes, mais un service et au sein de l'établissement et ben on est heu lorsqu'on recrute les patients on va en cardiologie on va en unité de suivi insuffisance cardiaque donc on est amené à se déplacer dans tout l'hôpital y dés fois y a des patients ils sont dans heu en gériatrie par exemple enfin donc voilà quoi.

Moi : D'accord et dernière question sur ce thème-là est-ce que vous avec votre recul maintenant vous diriez que la façon de faire, l'organisation des soins a été modifié ? Avec la mise en place de la télémedecine et les 10 ans de recul que vous avez ?

GF : Oui, alors oui l'organisation des soins a été changée...alors par rapport déjà entre les relations entre internes, au moins pour le CHU et entre infirmières ce qui fait qu'avant ont été des infirmières lambda tandis que maintenant on est des infirmières du SCAD donc heu les médecins font appel directement à nous. Donc du coup ...ce qui fait qu'y a plus...heu ils nous appellent...normalement il faut que ça soit prescrit par un médecin donc ils nous prescrivent, mais après ça va être à nous de dire si on prend le patient ou pas donc par rapport à ça on a une autonomie bien sûr toujours sous couvert de notre cardiologue heu évidemment, mais on a une autonomie très importante. Donc par rapport à ça ça a changé. Après heu le patient heu avant heu bon il était hospitalisé il restait heu 10 j 15 j et puis il repartait on le voyait revenir 1 mois après tandis qu'à partir du moment où il est pris en charge par la télémedecine la mortalité et les ré hospitalisation ont diminué donc du coup heu ce qui fait que le patient reste un petit peu moins longtemps et lorsque...si jamais il est à nouveau hospitalisé en fait comme il vient plus tôt parce qu'il va être éduqué grâce à la télémedecine et ben du coup il reste un petit peu moins longtemps la 2^e fois parce qu'il vient plus tôt et du coup ...il n'attend pas... une gravité trop importante et donc du coup il reste un petit peu moins longtemps donc du coup ça a joué aussi ben parce que les patients ben du coup ils restent moins longtemps et puis surtout ils reviennent un petit peu moins qu'avant.

Moi : Super ! ...par rapport à ...là, on aborde la dernière partie de l'entretien qui découle donc de ce que vous venez de dire. Heu est-ce que vous avez observé chez vos collègues et chez vous-même, est-ce que vous diriez qu'il y a eu une transformation des compétences ?

GF : Alors par rapport à mes collègues, aux infirmières qui font de la télémedecine c'est indéniable. Par rapport aux autres infirmières des services ça n'a rien changé parce qu'elle ne...peut être que ça va changer à l'avenir je ne sais pas, mais on reste dans quelques choses de très spécifique et heu c'est vraiment que nous qui faisons de la télémedecine, elles, elles ne jugent même pas si faut faire...s'il faut mettre les patients sous télémedecine ou même pour l'éducation thérapeutique, elles font toujours appellent à nos services. Donc là par rapport à elles ça n'a pas changé. Par rapport à nous oui bien sûr parce que tout simplement je vous disais un en gagne en autonomie heu... nos compétences de soignants sont bien sûr, sont mises à l'épreuve, mais on ne se sert pas que de nos compétences de soignants parce que et ben il a fallu trouver une façon heu de former les gens à l'outil télémedecine donc les gens lorsqu'on vient ils sont quand même âgés et lorsqu'on explique la télémedecine comment il va falloir rentrer les données il voyait tout de suite un ordinateur. Donc déjà il a fallu trouver des techniques de communication comment expliquer pour dédramatiser après voilà c'est toutes ces choses-là qu'il a fallu mettre en place, des choses qu'on n'utilisait pas du tout en tant que soignant dans un service de soin lambda quoi. Donc il y a ces compétences-là, il y a toutes les compétences techniques on va dire parce que quand le patient, enfin technique est un bien grand mot, mais compte le patient nous appelle en disant ben je comprends pas mon écran il est noir qu'est-ce que je peux faire ? Donc ben là c'est nous qui gérons déjà dans un premier temps. Et puis il y a toutes les compétences de coordination que nous n'avions pas parce qu'on ne les utilisait pas donc on les a développées en c'est formé parce qu'au départ lorsque nous avons démarré nous étions des infirmières avec un diplôme d'infirmière après nous avons toute un DU d'éducation thérapeutique voilà et puis moi j'ai un Master 2 éducations thérapeutiques et donc du coup toute la partie pilotage coordination ben je l'ai appris lors du Master même si ce n'était pas un Master télémedecine qui d'ailleurs je crois n'existe pas pour l'instant je crois qu'il y a qu'un DU télémedecine . Et donc ben toutes ces compétences-là sont à l'épreuve parce qu'il y a le côté télémedecine, mais il y a aussi le côté où il faut rendre des comptes à l'ARS qui a besoin de savoir combien de patients sont rentrés dans la télémedecine s'il y a de l'efficacité donc il a fallu se lancer dans tous ceux qui était faire les comment ça s'appelle, faire les rapports d'activité tout ça choses qu'en tant qu'infirmière on ne fait pas. Ben puis on s'est retrouvé puisque tout ça ben le SCAD est un programme pilote donc nous sommes suivis de près. Nous sommes allés défendre le SCAD auprès de la DGOS lorsqu'ils ont parlé de l'article 36 de la rémunération, ils vont prendre exemple un peu sur ce que l'on fait donc que voilà. Donc on a fait ça, aussi des techniques comment dire...heu pas de paraître, mais presque parce que nous sommes, nous avons été filmés nous sommes filmés régulièrement donc nous avons France 3 qui est venue là nous avons LCP qui est venu ça va être diffusé bientôt . Donc il a fallu expliquer qu'est-ce qu'on faisait et comment et ce n'est pas facile d'être filmé par une journaliste qui vous pose des questions donc ça aussi on savait pas faire. Et puis il y a toutes les compétences qu'on n'avait pas encore utilisées, mais peut-être qu'un jour on l'aurait fait aussi, mais malgré la télémedecine c'est-à-dire c'est d'aller parler dans un congrès se retrouver à parler devant des personnes et être capable de répondre à leurs questions n'importe quelle question et puis répondre à un entretien comme vous aujourd'hui. Voilà donc en fait du métier d'infirmière on a glissé doucement vers ou de choses alors c'était grâce à la télémedecine même si ce n'est pas forcément la télémedecine en elle-même seul le provoqué tout ça, mais c'est grâce à ça. Et puis par rapport à la télémedecine pure en fait on a été obligé de développer nos capacités d'analyse et puis d'avoir suffisamment de confiance en nous pour pouvoir dire des choses au patient sans avoir forcément Laval du médecin. C'est-à-dire avoir foi dans les connaissances et dans les compétences qu'on a en tant qu'infirmière. C'est-à-dire qu'une infirmière a l'habitude d'appliquer les prescriptions et ben la pas seulement c'est-à-dire que vous avez le patient et il faut lui

répondre vous avez les patients en première ligne donc voilà. Et puis bien sûr formel patient formait les collègues en informant les médecins des pharmaciens enfin un petit peu tout le monde, voilà.

Moi : donc est-ce que vous diriez qu'on aurait un besoin de nouveaux profils chez les soignants pour cette télémédecine la si je parle de pratiques avancées de choses comme ça est-ce que...

GF : ben oui là on est justement en train de travailler sur les protocoles de coopération entre soignants parce que de toute façon ce n'est même pas qu'il faudrait c'est obligatoire. La télémédecine c'est un acte médical. Donc là nous on le fait sous couvert du médecin, le médecin est toujours là donc ce n'est pas un souci, mais il faut que le protocole soit écrit donc pour l'instant il n'est toujours pas écrit, mais personne ne l'a encore écrit il y a des équipes qui...enfin il y a une société surtout c'est « ALLER » avec une équipe à Pontoise qui en est au même point que nous qui se lance. Mais après c'est vrai que ça prend malheureusement beaucoup de temps et c'est du temps qu'on n'a pas toujours puisque ben voilà on est aussi auprès des patients donc c'est un peu compliqué. Et c'est plus que nécessaire alors parce qu'un besoin du protocole de coopération, mais il y a aussi le besoin que les choses aillent un petit peu plus loin parce que n'importe quelle infirmière qui sort de l'école elle a besoin de compétences un petit peu plus avancé que ce qu'elle acquiert à l'école pour faire la télémédecine, car il faut être un peu motivé et c'est aussi une lutte de tous les jours certaines fois par rapport à l'administration et oui je pense qu'il faut absolument que les choses soient cadrées et qu'elles le soient assez rapidement parce qu'une fois qu'elles seront cadrées il y aura un profil de poste il y aura des compétences et il y aura forcément de la rémunération ensuite. Parce que nous on a de la chance en Basse-Normandie avec l'ARS qui donne 250 €, mais ailleurs ce n'est pas le cas et la télémédecine pour qu'elle aille enfin en ville il va falloir qu'elle soit rémunérée. Donc pour l'instant c'est comme toujours les pionniers c'est les établissements hospitaliers parce que voilà et pour que ça se développe partout il va falloir un peu d'argent. Les infirmières de TELAP qui sont les infirmières de la cicatrisation des plaies c'est des infirmières libérales elles ont été payées pendant deux ans parce que c'était dans l'étude de faisabilité et puis la elles le sont plus. Elles étaient payées, je crois, 14 € la consultation donc ça prend un petit peu de temps il faut se connecter il faut passer du temps avec le patient et tout ça et c'était juste pour deux ans donc après pour aller un peu plus loin je pense qu'il va falloir que tout soit cadré et qu'il y ait un vrai profil de poste. Que ce soit un profil de poste infirmier libéral ou d'établissements hospitaliers peu important, mais il va falloir que ce soit fait correctement.

Moi : d'accord est-ce que vous avez eu des événements indésirables dans la télémédecine et si oui comment vous les avez traités enfin qui les a traités est-ce qu'il y a une analyse en fait quand je parle de traitement je parle de traitement comme dans un hôpital.

GF : oui donc en fait on n'a pas eu d'événements indésirables. Je n'ai pas le souvenir du tout d'avoir eu d'événements indésirables. On a plutôt, c'est plutôt le contraire, ça n'est pas arrivé à nous c'est arrivé en réadaptation avec la tension qui a baissé fortement chez un patient bah en fait on s'est rendu compte qu'il faisait une hémorragie interne, mais par rapport au patient n'en a pas eu d'événements indésirables.

Moi : mais dans vos protocoles puisque vous m'avez parlé de cela tout à l'heure est-ce qu'ils sont abordés ? La gestion d'événements indésirables est-ce que c'est abordé pour l'infirmière ?

GF : bah les gestions d'événements indésirables ne sont pas abordées dans les protocoles parce qu'on n'y a même pas pensé que ça pouvait arriver lorsque l'on a construit il y a des années.

Moi : d'accord.

GF : alors après nous les événements indésirables je ne vois pas trop ce que ça pourrait être à part une infirmière qui va donner un conseil justement qui ne sera pas adapté, mais avec ce protocole cela sera éliminé. Donc là oui on va les retrouver en va pouvoir les lister et tout ça, mais pour l'instant c'est vrai que ce n'est pas fait.

Moi : et est-ce que vous diriez...enfin, est-ce que vous avez constaté une baisse ou une augmentation du nombre d'activités cliniques liées à cette télémédecine ? Du fait que les infirmières sont un peu plus autonomes est-ce que le médecin a un regard non pas plus distant, mais que le patient revient moins souvent qu'à l'accoutumée le voir ?

GF : alors en fait il y a plusieurs choses. C'est que même si ce que je disais tout à l'heure nous somme un service satellite un peu à part avec cadre et tout ça faut pas non plus se leurrer avec la difficulté financière des hôpitaux on est soumis aussi à la mutualisation donc ça nous est arrivé très souvent d'être obligé d'aller travailler une heure ou deux heures dans un autre service donc là on est plutôt dans la reconnaissance de ce qu'on fait. Mais donc du coup ces heures-là qu'on a perdues on a eu une répercussion très importante sur notre activité. Donc déjà on sait que du temps infirmiers dédiés à cette activité fait qu'on voit beaucoup de monde donc on s'est battu donc depuis novembre on n'y est vraiment à 100 % et notre activité explose c'est-à-dire qu'on a atteint un chiffre fin février qu'on atteint normalement en juillet donc du coup le faite de mettre vraiment le personnel à 100 % à disposition là on voit la différence. Après par rapport à l'activité en fait ce sont des patients qui sont hospitalisés donc ses passions-là on va pas aller chercher ailleurs ils sont déjà là, mais comme du coup ils sortent un peu petit peu plus tôt et ben ça laisse de la place à d'autres patients donc du coup oui il y a une augmentation, je pense, de l'activité. Après le faite que les patients reviennent ou pas non, car ce sont des patients que l'on voit à T0 et qu'on revoit à 3mois, 6 mois, un an. C'est vrai que ça fait des consultations en plus, mais c'est la même chose en éducation thérapeutique et puis l'étude SEDIC a montré que ça n'a pas diminué la consommation de soins puisque les patients en fait, soit ils vont chez leur médecin traitant soit ils sont à nouveaux hospitalisés, mais c'est ce que je disais tout à l'heure ils viennent plus tôt avec des critères de gravité moindre, mais ils ont été éduqués et soutenus par la télémédecine, l'éducation thérapeutique ils ont suivi à la maison et donc du coup les patients ils sont capables de dire à là il a quelque chose qui ne va pas et donc ils vont être plus consommateurs et donc du coup, même si il consomme plus ça coûte moins cher les dépenses de santé sont moindres puisque soit ils vont chez leur médecin traitant directement au lieu d'attendre et devenir en tout bout de course à l'hôpital soit ils viennent plus tôt et donc il reste moins de jours et donc ça a diminué le jour d'hospitalisation.

Moi : d'accord ils font plus appel à l'ambulatoire et lorsqu'il doit être hospitalisé la DMS est réduite.

GF : oui voilà

Moi : parce qu'ils viennent plus précocement vous êtes plus sur un plan préventif que curatif.

GF : oui

Moi : Madame je vous remercie beaucoup, on arrive à la fin de cet entretien je me permettrai de vous envoyer à la fin du mois de juin une synthèse des conclusions mon mémoire

GF : Oui je serai très intéressée par la lecture de votre mémoire, bon courage à vous, merci au revoir.

Moi : au revoir, madame, et merci encore.

Diplôme de Cadre de Santé

DCS@15-16

TYPE DE DOCUMENT

Mémoire

**De la télémédecine dans les organisations soignantes
Un défi organisationnel et de compétence pour le cadre de santé**

AUTEUR

Laurent BESANÇON

MOTS CLÉS

Télémédecine, organisation des soins, technologie de l'information et de la communication, compétences, cadre de santé, équipe soignante

KEY WORDS

Telemedicine, healthcare management, information and communications technology, healthcare workforce, skills, caregivers, medical team

RÉSUMÉ

En France la télémédecine se développe au travers de nombreux projet. Le Ministère de la Santé y voit des économies possibles et le moyen de palier à la pénurie de médecins. Concernant l'hôpital, il semble que la transformation actuelle favorise le décloisonnement et intègre très fortement les TIC dans son réseau de communication. Dès lors, le cadre de santé doit prendre en compte dans son organisation l'utilisation des TIC. L'implantation d'une activité de télémédecine est une opportunité pour le cadre de santé. Elle lui permet de penser l'activité de soin autrement en intégrant à l'usage des pratiques soignantes, l'outil de télémédecine. Ce faisant, le cadre de santé va valoriser le travail des soignants qu'il encadre par la mise en avant de l'acquisition de nouvelles compétences. Des compétences qui peuvent se traduire par la mise en place de protocole de coopération. Le cadre de santé va ainsi fédérer son équipe autour d'un projet et associer l'ensemble des acteurs du parcours de soin.

ABSTRACT

We see many telemedicine projects developing across France. The Ministry of Health sees a potential cost savings and a way to overcome the lack of doctors. The health manager has his/her place in the realization and implementation of a telemedicine activity in a care service and role with the medical team to integrate this project. The result of my research does not put a model more prominent than another. Regarding the hospital it seems that the current transformation breaks the isolation and integrates heavily ICT in its communications network. Therefore, the health manager must integrate in its organization using ICT. The implementation of a telemedicine activity is an opportunity for the Health Manager. It allows him to think the care of other businesses by integrating the use of care practices, telemedicine tool. Doing so, the health manager will value the work of caregivers whom they support by highlighting the acquisition of new skills. Skills that can lead to the implementation of the cooperation protocol. The health manager will thus unite his team around a project and involve all stakeholders care courses.