



FACULTÉ  
DE MÉDECINE



**Master 2<sup>ème</sup> année  
Management Sectoriel, Parcours  
« Management des Organisations  
Soignantes »**

PROJET MANAGÉRIAL

**« Télémédecine en psychiatrie, le numérique  
au service du patient  
Approche systémique d'un changement »**

ECUE 3.2

Dominique Letourneau – Isabelle Robineau-Fauchon

**Jessica HEUZÉ**  
Année 2017/2018

Université Paris-Est Créteil Val-de-Marne





### Note aux lecteurs

Les dossiers des étudiants du **Master 2 "Management Sectoriel" parcours "Management des Organisations Soignantes"** 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'ESM - Formation & Recherche en Soins.



# Sommaire

<b>1</b>	<b>APPROCHE CONTEXTUELLE</b>	<b>7</b>
1.1	Un territoire et ses spécificités . . . . .	7
1.1.1	Le territoire . . . . .	7
1.1.2	Le centre hospitalier de Castelluccio au sein du territoire . . . . .	9
1.1.3	L'organisation sectorielle . . . . .	12
1.2	L'accès aux soins dans ce contexte . . . . .	13
1.3	Évaluation de l'offre de soins et des besoins des territoires à travers les CMP de la Corse du Sud . . . . .	14
1.3.1	Organisation de leur activité de soins . . . . .	14
1.3.2	Recensement des besoins . . . . .	16
1.4	La télémédecine : une réponse possible ? . . . . .	19
<b>2</b>	<b>LA TÉLÉPSYCHIATRIE, OBJET DU CHANGEMENT</b>	<b>21</b>
2.1	Santé et télémédecine . . . . .	21
2.1.1	Ce que dit la loi . . . . .	22
2.1.2	Organisation de la télémédecine . . . . .	24
2.2	Psychiatrie et télémédecine . . . . .	25
2.2.1	La télé-psychiatrie : spécificités d'une discipline . . . . .	25
2.2.2	Question éthique et déontologique . . . . .	26
2.3	Quelles utilisations envisageables dans notre établissement ? . . . . .	28
2.3.1	Contexte et origine du projet . . . . .	28
2.3.2	Des bénéfiques aux risques : les impacts possibles . . . . .	29
2.4	La question du changement au cœur de la pratique soignante . . . . .	32
2.4.1	De quel changement parlons-nous ? . . . . .	32
2.4.2	Le modèle systémique pour accompagner le changement . . . . .	32
2.4.3	Appréhender le système pour mieux le comprendre . . . . .	34
2.4.4	Les acteurs du changement . . . . .	36
2.4.5	L'accompagnement des équipes pour une acceptabilité du changement . . . . .	38
<b>3</b>	<b>LE PROJET EN ACTION</b>	<b>41</b>
3.1	L'évolution fonctionnelle . . . . .	41
3.1.1	L'esquisse du projet . . . . .	42
3.1.2	Le prototype . . . . .	42
3.1.3	L'expérimentation . . . . .	44
3.2	Présentation et validation . . . . .	45
3.3	Le groupe projet . . . . .	46
3.4	Stratégie d'un déploiement : co-construire le changement requis . . . . .	47
3.4.1	Aller à la rencontre des équipes : constater le travail réel . . . . .	48
3.4.2	Une journée thématique sur les représentations soignantes de l'utilisation de la télémédecine en psychiatrie . . . . .	49
3.4.3	Co-construction du projet avec élaboration du processus et des procédures liées à celui-ci . . . . .	49

3.4.4	La formation . . . . .	50
3.4.5	La phase « test » . . . . .	51
3.5	Freins et leviers repérés . . . . .	52
3.5.1	Les freins . . . . .	52
3.5.2	Les leviers . . . . .	53
3.6	Les indicateurs d'opérationnalité ou comment mesurer si cela a fonctionné? . . .	54
3.6.1	Le point de vue des infirmiers . . . . .	54
3.6.2	Le point de vue des psychiatres . . . . .	54
3.6.3	Le point de vue des usagers . . . . .	55
3.6.4	Mesurer l'impact du dispositif . . . . .	56
3.7	Une pratique externalisable . . . . .	56
3.8	Bilan réflexif . . . . .	57
<b>4</b>	<b>CONCLUSION</b>	<b>59</b>
	<b>ANNEXES</b>	<b>63</b>

## Liste des abréviations

- ANAP** : Agence nationale d'appui à la performance
- ARS** : agence régionale de santé
- CATTP** : centre d'activité thérapeutique à temps partiel
- CDS** : cadre de santé
- CDU** : commission des usagers
- CHC** : centre hospitalier de Castelluccio
- CME** : comission médicale d'établissement
- CMP** : centre médico-psychologique
- Cnil** : Commission nationale informatique et liberté
- CPT** : communauté psychiatrique de territoire
- Csapa** : centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie
- CSIRMT** : commission de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques
- DHOS** : direction de l'hospitalisation et de l'offre de santé
- DPI** : dossier patient informatisé
- Ehpad** : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
- Elsa** : équipe de liaison en soins en addictologie
- EPP** : évaluation des pratiques professionnelles
- Etapas** : expérimentations de télémédecine pour l'amélioration des parcours en santé
- ETP** : équivalent temps plein
- FAM** : foyer d'accueil médicalisé
- FIR** : fonds d'intervention régionale
- GCS** : groupement de coopération sanitaire
- GHT** : groupements hospitaliers de territoire
- GIP** : groupement d'intérêt public
- HAS** : Haute autorité de santé
- HDJ** : hôpital de jour
- Ifsi** : institut de formation en soins infirmiers
- IDE** : infirmier/ère diplômé(e) d'État
- Insee** : Institut national de la statistique et des études économiques
- LFSS** : loi de financement de la sécurité sociale
- MAS** : maison d'accueil spécialisée

**PLFSS** : projet de loi de financement de la sécurité sociale

**PRS** : plan régional de santé

**PTSM** : projet territorial de santé mentale

**RCP** : réunion de concertation pluridisciplinaire

**RSI** : responsable des systèmes d'information

**SI** : systèmes d'informations

**SNACs** : service numérique d'appui à la coordination

**Sros** : schéma régional d'organisation des soins

**TIC** : technologies de l'information et de la communication

**UMD** : unité pour malades difficiles

**Uper** : unité pédagogique d'enseignement et de recherche

# INTRODUCTION

À l'heure où l'amélioration de l'accès à des soins de qualité est une priorité, l'organisation de l'offre de soins doit se faire en fonction des niveaux de recours à ceux-ci. Innover dans nos organisations soignantes est aussi un axe prioritaire de notre politique de santé et il s'agit bien de repérer en quoi l'innovation peut contribuer à l'amélioration du système de soin qui est le nôtre. Il s'agit d'améliorer le recours aux soins grâce à une plus large palette d'outils.

C'est dans cet esprit que ce projet a vu le jour. Dans le cadre d'une réflexion organisée par l'agence régionale de santé de Corse (ARS) pour la construction du prochain schéma régional d'organisation des soins (SROS), il a été donné la possibilité à notre établissement de porter le projet de déploiement de la télémédecine en psychiatrie. Ce projet est le fruit d'observations menées auprès des équipes soignantes intervenant au sein de centres médico-psychologiques (CMP) éloignés géographiquement de l'hôpital et donc isolés, mais aussi des demandes d'avis experts de la part de nos partenaires de soin tels que les services d'urgences ou médecins généralistes qui sont matériellement et humainement difficiles à satisfaire.

À l'heure de l'aire des technologies de l'information et de la communication (TIC), il paraît incontournable d'engager concrètement notre établissement vers ce processus innovant dans un contexte de politique de santé extrêmement favorable à cette démarche.

Le projet managérial qui suit est pour moi l'occasion de contribuer à la déclinaison du projet médical d'établissement dans le cadre de mes missions transversales et ici, plus particulièrement en tant que membre du groupe projet « déploiement de la télémédecine en psychiatrie adulte ». Mon positionnement réside dans l'accompagnement des équipes soignantes à une nouvelle pratique de soins qui engage une réflexion et une élaboration communes pour aller vers un changement à la fois culturel et fonctionnel.

Au fil de ce travail, nous explorerons le contexte de ce projet en présentant le centre hospitalier de Castelluccio au sein de son territoire, puis nous dresserons un état des lieux des ressources actuelles de la psychiatrie adulte en Corse, et plus précisément en Corse-du-Sud pour, en fonction des besoins repérés, expliciter le projet de déploiement de la télémédecine, sa dynamique et ses enjeux.

Nous nous interrogerons particulièrement sur le processus de changement que va vivre un système de soin à travers ces différents acteurs, patients comme soignants. Nous expliciterons ensuite, à travers une vision managériale systémique, la stratégie envisagée et les outils employés pour permettre le déploiement de la télémédecine au sein de notre organisation dans un contexte de communauté psychiatrique de territoire (CPT).



# Chapitre 1

## APPROCHE CONTEXTUELLE

Cette première partie consiste à proposer une représentation du centre hospitalier de Castelluccio (CHC). Il s'agit ici de percevoir ce système à travers son territoire et son histoire qui contribuent à sa spécificité. La description des éléments constituant cette organisation soignante, ainsi que l'observation de leurs pratiques nous permettront d'envisager les besoins inhérents aux différents acteurs qui la composent et ce, dans un souci d'optimisation du système en place.

### 1.1 Un territoire et ses spécificités

La spécificité de la Corse est avant tout l'insularité mais cela ne se cantonne pas à cela. Les micro-régions qui la composent participent aussi à la spécificité du territoire corse mais elles en sont elles-mêmes empruntes.

La notion de territoire demande à être détaillée si l'on veut envisager les caractéristiques propres à celui-ci.

#### 1.1.1 Le territoire

Lorsqu'il parle de territoire, Yvon Pesqieux<sup>1</sup> parle « d'un flou conceptuel majeur » et « d'indéterminations : géographique, historique, éthologique, politique, anthropologique, économique et organisationnelle »<sup>2</sup>. Déterminer ce qui fait territoire est multiple et complexe.

Il nous dit aussi que le territoire est « le lieu de la « vraie » proximité » mais « aussi le lieu du « pays », du paysage familier et de l'authentique face à l'inconnu et au dépaysement du voyage ».

---

1. Professeur titulaire de la Chaire « Développement des systèmes d'organisation » - CNAM

2. Yvon Pesqueux. La notion de territoire. Colloque Propedia – Observatoire économique des banlieues, Déc 2009, Paris, France. < hal-00479794 >

Ici, nous y voyons la notion de connaissance, reconnaissance d'un environnement pour celui qui fait partie de ce territoire.

Ce qui fait territoire ne peut alors se résoudre à des frontières qui délimitent des zones géographiques, même si celles-ci contribuent à la notion de territoire, mais bien à la combinaison de plusieurs facteurs. Les frontières géographiques de la Corse sont de fait associées à l'insularité. Cette insularité est une spécificité incontournable pour le territoire qui nous préoccupe. L'histoire de l'île a une empreinte forte sur le sentiment d'appartenance à un territoire spécifique. « Souvent conquise, jamais soumise » est une expression souvent reprise en Corse.

Comme nous l'explique Michel Verge Franceschi, « *fait de sa position stratégique en Méditerranée, la Corse a toujours intéressé les grandes puissances du moment. Elle a été occupée par les Phocéens, les Étrusques, les Carthaginois, les Syracusains, les Romains, par les Goths et les Ostrogoths, par les Byzantins, les Sarrasins puis par les Pisans, les Génois, les Français et les Anglais. Dans les années 1770, la Russie de Catherine II a, à son tour, convoité l'île comme base de combat contre l'empire Ottoman. (...) L'histoire de Corse est par conséquent indissociable de l'histoire de la Méditerranée d'une part et de l'histoire des grandes puissances navales, méditerranéennes et européennes d'autre part* »<sup>3</sup>.

L'insularité, l'aspect montagneux mais aussi la langue corse sont des éléments incontournables pour pouvoir appréhender ce territoire et ses habitants. Nous ne circulons pas sur la côte occidentale comme en plaine orientale, les distances à parcourir ne sont pas à évaluer en kilomètres mais en temps de trajet. Ces trajets peuvent s'avérer compliqués avec des routes sinueuses, déformées, des routes de montagnes. Les transports en commun y sont très peu développés. La Corse se parcourt en voiture, en car, en mini-bus et en train, avec trois lignes possibles dont une centrale entre Ajaccio et Bastia en comptant un peu plus de 3h30 de trajet pour 157 km (annexe A). Se déplacer n'est donc pas si aisé. Une saison ne fait pas l'autre, du point de vue météorologique avec la neige qui peut empêcher la circulation, mais aussi du point de vue touristique, une des particularités de cette région, où la faible taille de la population subit une inflation spectaculaire l'été sous l'effet des flux touristiques, particulièrement au niveau de villes comme Porto-Vecchio qui passe de 11 000 habitants l'hiver à près de 90 000 pendant l'été, ou encore la région de Porto. Selon l'Insee<sup>4</sup>, le pic touristique 2016 affichait le chiffre de 413 000 personnes supplémentaires présentes sur l'île pour une population estimée au 1er janvier 2016 à 330 354 habitants. La population insulaire est alors plus que multipliée par deux.

Ces variations fortes de population créent par ailleurs des difficultés de prise en charge à moyens constants, d'autant que la demande augmente en ambulatoire, pour exemple les demandes de soins des saisonniers.

Le 27 septembre 2016 lors de l'examen à l'Assemblée nationale de l'acte II de la loi montagne, le député de Corse-du-Sud Camille de Rocca Serra a défendu le concept d'île montagne pour la Corse. Ce concept avait été introduit dans l'article 3 du projet de loi de modernisation, de développement et de protection des territoires de montagne. La reconnaissance de la Corse comme île montagne doit permettre la prise en compte, tant sur le plan financier que des services publics, des contraintes naturelles que l'île cumule. Cette spécificité est inscrite à l'article 5 de la loi n° 2016-1888 du 28 décembre 2016 de modernisation, de développement et de protection des

---

3. <http://www.lemonde.fr/voyage/article/2007/06/12/histoire-de-la-corse-pays-de-la-grandeur>

4. <http://www.insee.fr/fr/statistiques/28554071> – consulté le 25 mars 2018

territoires de montagne<sup>5</sup>. L'article 1<sup>er</sup> de cette loi précise l'action de l'État. Il faut notamment retenir la prise « *en compte des disparités démographiques et de la diversité des territoires* », mais aussi la réévaluation du « *niveau des services publics et des services au public en montagne et d'en assurer la pérennité, la qualité, l'accessibilité et la proximité, en tenant compte, (...), d'offre de soins et de transports, des temps de parcours et des spécificités géographiques, démographiques et saisonnières des territoires de montagne* », « *d'encourager les innovations techniques, économiques, institutionnelles, sociales et sociétales* » et « *de soutenir la transition numérique et le développement de services numériques adaptés aux usages et contraintes des populations de montagne* ».

L'entretien mené auprès du responsable des systèmes d'informations de l'ARS nous apprend que si la spécificité d'île montagne est inscrite dans la loi, il n'y a pour le moment pas encore d'effets concrets sur les budgets alloués. L'impact est donc escompté mais ne peut pas encore être évalué par manque de lisibilité.

### **1.1.2 Le centre hospitalier de Castelluccio au sein du territoire**

Le CHC est un établissement de santé se situant à Ajaccio en Corse-du-Sud. Il participe au service public hospitalier.

L'établissement a ouvert ses portes en 1974 et est installé dans un parc de 54 hectares, à 5 kilomètres du centre ville, surplombant la baie d'Ajaccio. Il doit son nom à un petit château édifié au moyen âge. Il a longtemps abrité des établissements à vocation agricole. Il fut la colonie horticole de Saint Antoine en 1855, premier bain pour enfants de France. Colonie correctionnelle pour jeunes délinquants de 8 à 20 ans, elle accueillait près de 1200 enfants venus de toute la France jusqu'en 1866, date de sa fermeture. Cent soixante d'entre eux y périrent, victimes des conditions sanitaires déplorables, et du paludisme. En 1907, une école d'agriculture y sera installée qui ne maintiendra son activité que très peu de temps.

Il est l'établissement psychiatrique le plus important de Corse. En effet, la Haute-Corse dispose de 35 lits d'hospitalisation complète dans le secteur public contre 215 en Corse-du-Sud. Cette organisation s'explique par le fait qu'avant 1978, la Corse était un seul et même département et ne comptait donc qu'un seul hôpital psychiatrique départemental. La scission de la région en deux départements a conduit à cette particularité et a eu pour conséquence l'ouverture en Haute-Corse de la clinique San Ornello qui dispose actuellement de 153 lits et est autorisée à assurer la mission de service public (figure 1.1).

En constante évolution, le CHC a su faire face à la diversification de l'offre de soin pour la Corse-du-Sud. Il est aujourd'hui un lieu de soins spécialisé en psychiatrie, en cancérologie (depuis

---

5. ELI : [https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2016/12/28/ARCX1621141L/jo/article\\_5](https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2016/12/28/ARCX1621141L/jo/article_5) Après l'article 8 de la loi n° 85-30 du 9 janvier 1985 précitée, il est inséré un article 8 bis ainsi rédigé : « Art. 8 bis.- Sans préjudice de la présente loi, et pour l'application et l'interprétation de celle-ci notamment, la spécificité de la Corse, territoire montagneux et insulaire présentant le caractère d' « île-montagne », par suite soumise à un cumul de contraintes, est prise en considération conformément à l'article 174 du traité sur le fonctionnement de l'Union européenne ». Site visité le 12 mars 2018. « L'État et la collectivité territoriale de Corse, en concertation avec les collectivités territoriales et établissements publics de l'île, veillent conjointement à la mise en œuvre en Corse de l'article 8 de la présente loi. »

1977), en radiothérapie et en soins de suite et de réadaptation. À cela, s'ajoute un service de scintigraphie (médecine nucléaire) dans le cadre d'un GIP (groupement d'intérêt public) avec le centre hospitalier général d'Ajaccio.

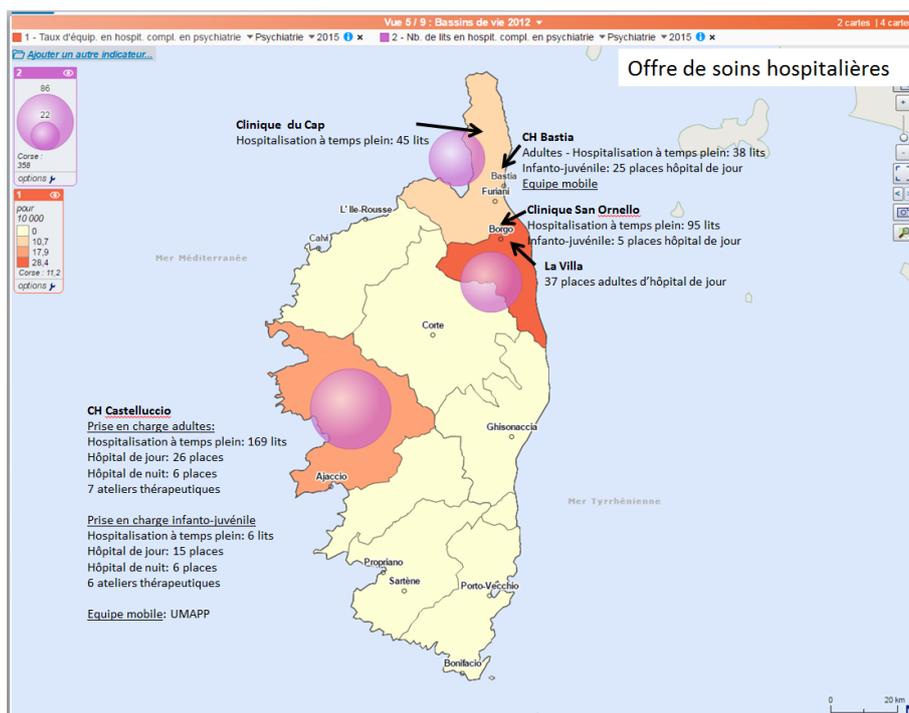


Figure 1.1 – Offre de soins hospitalière

La psychiatrie a une offre de soins qui répond aux besoins de la population adulte (intra et extra hospitalière), enfant (extra hospitalière), adolescente (intra et extra hospitalière) et enfin personne âgée (intra et extra hospitalière).

Le pôle<sup>6</sup> de psychiatrie adulte du CH de Castelluccio, qui nous intéresse plus particulièrement ici, correspond aux secteurs<sup>7</sup> nord et sud de psychiatrie générale et a été créé en 2009. Il doit répondre aux besoins de santé mentale de la population de Corse-du-Sud, soit 150 000 habitants en 2013, et participe à la prise en charge des patients en situation de précarité et des patients hors secteurs<sup>8</sup>.

Pour remplir ses missions, le pôle de psychiatrie adulte dispose de structures extra-hospitalières composées de 6 CMP et centre d'activités thérapeutiques à temps partiel (CATTP) implantés sur Ajaccio, Sagone, Propriano, Sartène, Porto-Vecchio, ainsi qu'une antenne de consultation sur l'hôpital de Bonifacio (figure 1.2).

Notre participation actuelle aux divers conseils locaux en santé mentale doit nous permettre de mieux cerner les problématiques, et d'affiner nos approches avec nos partenaires. Notre politique de réseau, à partir de l'activité des CMP, doit nous amener à plus de mobilité et de synergie avec les acteurs de terrain locaux. C'est tout l'enjeu du travail mené au sein de la communauté psychiatrique de territoire en contribuant à la définition du projet territorial de santé mentale

6. Ordonnance du 2 mai 2005 - volet "gouvernance" du plan hôpital 2007

7. circulaire du 15 mars 1960

8. Source : Sirsè Corse et SAE psy 2015

(PTSM).

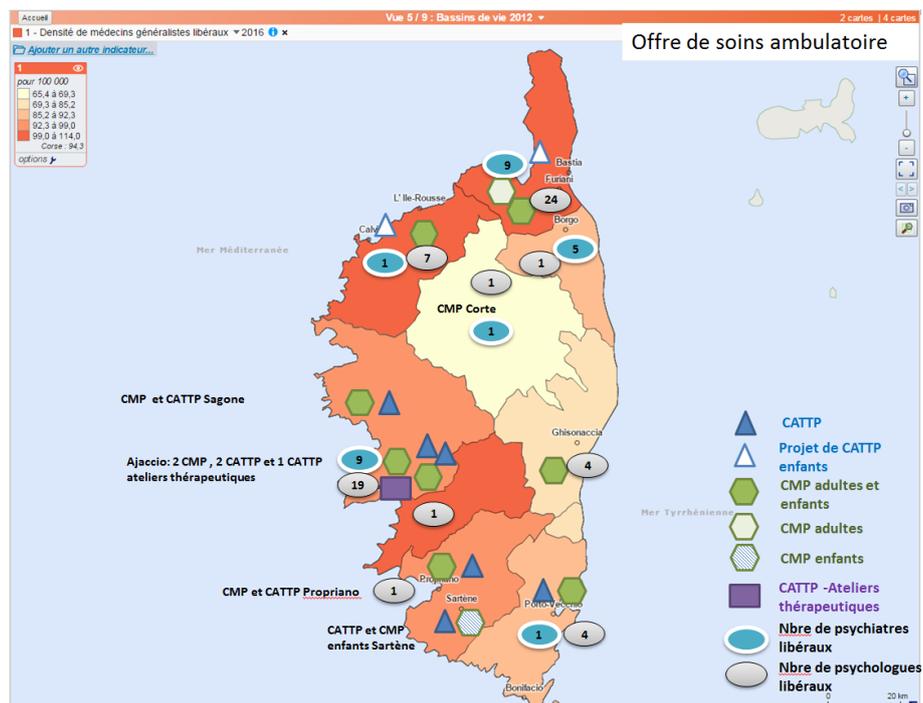


Figure 1.2 – Offre de soins ambulatoire

Le CH de Castelluccio est le siège de la communauté psychiatrique de territoire (CPT) de Corse. Elle s’articule avec le CH de Bastia et les autres établissements publics non autorisés en psychiatrie (CH Ajaccio, Sartène, Bonifacio, Calvi) en tant que membres associés.

La spécificité du territoire dans le domaine de la psychiatrie a eu pour conséquence l’autorisation de dérogation au groupement hospitalier de territoire (GHT). Cette autorisation à déroger au GHT « en cas de nécessité et sur demande de son représentant légal » et accordée par le directeur général de l’ARS « en raison de ses caractéristiques liées à sa taille, sa situation géographique ou la nature de son activité au sein de l’offre territoriale de soins »<sup>9</sup>, appelle à une réflexion forte autour de l’offre de soins en psychiatrie sur le territoire. La Corse bénéficie d’une CPT unique.

Pour rappel, le décret n° 2016-1445 du 26 octobre 2016 relatif aux CPT précise : « art. D. 6136-1. La communauté psychiatrique de territoire fédère les acteurs de la psychiatrie et de la santé mentale qui la composent pour offrir aux patients des parcours de prévention, de soins, de réadaptation et de réinsertion sociale coordonnés et sans rupture. Elle contribue à la définition du projet territorial de santé mentale. Elle s’assure de la déclinaison, au sein du projet médical d’établissement de chacun des membres, des actions qui les concernent prévues par le projet territorial de santé mentale. Elle concourt à la mise en œuvre opérationnelle des actions prévues par le projet territorial de santé mentale, au suivi et à l’évaluation de sa mise en œuvre ».

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

Des travaux de réflexion ont donc été coordonnés par l'ARS de Corse autour de quatre axes :

- accès aux soins somatiques urgents et non urgents ;
- prévention et gestion des situations de crises ;
- accès aux diagnostics et aux soins précoces ;
- accès aux accompagnements sociaux et médico-sociaux.

Au sortir des échanges menés, il apparaît clairement qu'un des enjeux de la politique de santé mentale va être de conserver une offre de soins au sein de toutes les microrégions, qui sont donc souvent difficiles d'accès et, pour cela, de développer une stratégie de soin innovante.

Un des outils de ces nouvelles pratiques devra être le développement de la télémédecine (notamment dans les domaines de la téléconsultation et de la télé expertise), permettant une expertise en temps réel, même à distance, et la possibilité d'un accompagnement grâce au soutien des équipes soignantes locales (CMP), ou des partenaires locaux (urgences, maisons de retraites, les associations d'aide à domicile, assistantes sociales, mairies, *etc.*). Cela répondrait notamment aux points deux et trois des axes précités. Une transformation des organisations existantes par le biais du numérique permettrait un recours aux soins facilité dans des situations régulées par les équipes soignantes sur site et qui nécessitent une consultation urgente en l'absence physique d'un psychiatre. L'accès au diagnostic et aux soins précoces serait envisageable par une mise en lien de professionnels de santé en quête d'un avis éclairé sur la situation d'un patient. Les maisons de santé et les services d'urgences, tout comme les établissements médico-sociaux et établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad), sont des partenaires auprès de qui développer nos liens est indispensable. Une réflexion au cas par cas autour des besoins et spécificités de ceux-ci sera à envisager dans un second temps.

### **1.1.3 L'organisation sectorielle**

La circulaire du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales est le socle fondateur du découpage géographique permettant au patient de se soigner au plus près de son milieu naturel, d'éviter la désinsertion familiale, sociale et professionnelle. Le secteur psychiatrique a acquis un statut juridique par la loi du 25 juillet 1985, complétée par la loi n° 85-1468 du 31 décembre 1985 relative à la sectorisation psychiatrique qui intègre les secteurs dans la carte sanitaire générale (art. 1 et 2). Les dimensions intra et extra-hospitalières sont alors reconnues comme l'organisation juridique de la psychiatrie publique permettant d'assurer la continuité des actions de prévention de diagnostic et de soins en faveur d'une population résidant dans une aire géographique donnée et ce, dans le respect du libre choix du malade.

La création de structures extra-hospitalières telles que les CMP, les hôpitaux de jour (HDJ) et les CATTP, constituent le maillage de l'offre de soin sur un secteur donné et permet la continuité des soins. La population donnée pour un secteur est d'environ 70 000 habitants.

L'arrivée des pôles dans l'organisation hospitalière, et par là-même en psychiatrie, a engendré une réorganisation des services d'hospitalisation en psychiatrie adulte au CHC en 2014 et a conduit à la suppression des services différenciés Sud et Nord pour conserver des unités d'hospitalisation intersectorielles. L'organisation extra-hospitalière, elle, n'a pas été impactée. La population de la

Corse du Sud<sup>10</sup> se concentre à 60 % dans le centre urbain d'Ajaccio et son agglomération. Le reste de la population est réparti sur le territoire, en région montagneuse, souvent difficile d'accès. Tout l'enjeu de la politique de santé mentale va être de conserver une offre de soins au sein de toutes les micro-régions, qui sont donc souvent difficiles d'accès.

## 1.2 L'accès aux soins dans ce contexte

Cadre de santé responsable de structures extra-hospitalières qui organisent des consultations avancées au sein des micros régions de notre secteur, il m'est rapidement apparu la difficulté d'être à distance des uns et des autres.

Un des deux CMP est situé à Sagone qui est à une distance de 38 km d'Ajaccio ce qui représente à peine 1 heure de délai de route. Cette heure de route est le temps normal pour s'y rendre, mais il faut compter sur la saisonnalité qui est un paramètre incontournable à prendre en compte. En été, cette route est très fréquentée par les touristes; en hiver, les conditions météorologiques peuvent vous retarder ou tout simplement vous empêcher de vous y rendre (neige, verglas). Cette observation vaut pour Sagone mais aussi pour les autres CMP hors Ajaccio. Propriano est situé à 65 kilomètres d'Ajaccio pour 1h40 de route, Sartène 81 kilomètres pour 1h50 de route, Porto-Vecchio 141 kilomètres pour 2h50 de route. Ces structures permettent l'accès aux soins sur le territoire et elles se sont adaptées à ces contraintes liées au contexte territorial.

Nous ne pouvons pas raisonner classiquement en terme de trajet, il existe une réelle déconnexion entre l'espace et le temps qui amène à penser les déplacements et à parfois devoir reconsidérer les projets prévus, les rendez-vous pris, jusqu'à en faire l'économie et même lorsqu'il s'agit de la santé.

Le CMP, qui est le pivot de toute prise en charge psychiatrique, propose des activités d'accueil, d'évaluation et d'orientation. Ces missions sont réalisées dans chacun d'entre eux mais si une observation plus fine est effectuée alors, il apparaît que les soignants adaptent leurs pratiques aux ressources et contraintes existantes. Les contraintes territoriales n'ont pas le même impact sur chacun d'entre eux, et ils s'avèrent que les ressources octroyées sont aussi spécifiques à chacune des structures.

L'utilisateur a donc un accès aux soins mais la teneur de celui-ci sera différent selon qu'il se trouve à Ajaccio, Sagone, Propriano, Sartène ou encore Porto-Vecchio.

---

10. Caractéristiques de la population (site, la Corse en bref 2015)

## 1.3 Évaluation de l'offre de soins et des besoins des territoires à travers les CMP de la Corse du Sud

### 1.3.1 Organisation de leur activité de soins

#### Disparités des ressources.

Comme nous l'avons vu précédemment, les CMP sont impactés par leur situation géographique. Ici, nous allons voir qu'ils ne possèdent pas non plus les mêmes conditions de ressources, qu'elles soient médicales, paramédicales ou encore sociales. Faisons un focus sur chaque structure.

Le CMP de Sagone est doté d'un psychiatre qui intervient 2 journées de consultation par mois. Un psychologue est présent hebdomadairement le lundi sur la journée. L'assistante sociale intervient à distance et se déplace sur demande de l'équipe infirmière. Celle-ci est composée de 2 équivalents temps pleins (ETP). Une des deux est en fin de carrière, spécialisée en art-thérapie et nouvellement diplômée en réflexothérapie. La seconde est jeune diplômée, elle a exercée dès sa sortie de l'institut de formation en soins infirmiers (Ifsi) en août 2016 et a été recrutée pour sa connaissance de la micro-région et, fait notable, pour accepter ce poste qui n'avait aucun prétendant à l'époque, situation qui menaçait directement la pérennité de la structure. Ici, nous avons des ressources limitées qui s'expliquent par la proximité de ce CMP avec Ajaccio. Hors, son périmètre d'action rend tout à fait nécessaire son existence et son action. Les visites à domicile seraient extrêmement complexes à organiser depuis Ajaccio vers cette micro-région et sa population serait lésée. Ces ressources impactent le travail de ces infirmières qui n'ont pas les mêmes conditions que d'autres structures mieux dotées. Elles travaillent souvent seules, sont régulièrement face à la gestion de l'urgence sans possibilité d'avoir un avis sapiteur sur site.

Les CMP adultes du Sartenais Valinco sont les CMP de Propriano et de Sartène. Leurs moyens sont communs au niveau médical : 0,40 ETP réparti sur les deux structures, c'est-à-dire 0,20 % de temps sur Sartène et 0,20 % de temps sur Propriano et 1 journée de consultation par mois par un psychiatre qui se détache du CHC pour ce faire. Une psychologue à 80 % répartit son temps comme suit : lundi/jeudi sur Propriano et mardi sur Sartène. Aucune assistante sociale n'intervient sur les structures, ce qui pose de réelles difficultés d'accompagnement social, même si un travail, informel, s'effectue avec les assistantes sociales de secteur. Au niveau infirmier, il y a 3 ETP sur la structure de Sartène, 3 ETP sur la structure de Propriano. Le délai d'attente actuel pour une consultation psychiatre pour un nouveau patient est d'environ 3 semaines. Pour les patients connus, le délai entre deux consultations est d'environ deux mois. Concrètement, la présence médicale est effective sur le CMP de Propriano 1 fois par semaine, et 1 fois tous les 15 jours sur le CMP de Sartène.

Le CMP de Porto-Vecchio est en charge du grand sud de la Collectivité de Corse. La présence médicale est couverte sur la semaine par deux psychiatres. La psychiatrie est l'activité principale. L'addictologie est prise en charge par un infirmier plus particulièrement spécialisé en alcoologie. Il y a une carence pour l'accompagnement des autres addictions. Il retourne de cette situation de la difficulté pour l'infirmier de travailler autour de cette spécificité sans étayage médical. Pour l'alcoologie, il est en lien téléphonique avec l'alcoologue qui reçoit les patients en hospitalisation. Il évoque la difficulté de rassurer les patients qui seront hospitalisés en alcoologie du fait du seul contact téléphonique. L'équipe du CMP de Porto-Vecchio ne ressentent pas de difficultés particulières liées à la présence médicale puisqu'elle est effective. Par contre, lors des entretiens,

il est souligné la difficulté de gérer les patients présentant une addiction de par l'absence d'un addictologue sur site, ainsi que dans le privé.

La répartition des ETP de psychiatres suivant les différents CMP est présentée dans la figure n° 1.3.

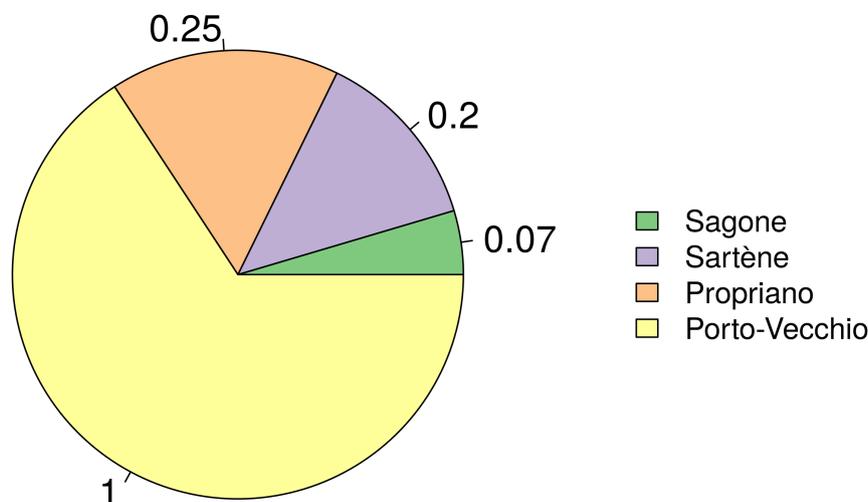


Figure 1.3 – Répartition des ETP psychiatres

À travers ce recensement des ressources, il apparaît une inégale répartition des professionnels de santé, et notamment médicale, sur le territoire de Corse-du-Sud. Les ressources globales médicales (psychiatres : 12 ETP pour le pôle de psychiatrie adulte, voir annexe B) sont bonnes, mais l'organisation des soins soumise aux conditions géographiques génère cette disparité de répartition. La répartition des IDE est aussi disparate (voir figure 1.4). Celle-ci est pensée en fonction du territoire, des bassins de population et de l'éloignement des structures vis-à-vis de l'hôpital. Le CMP de Sagone rencontre une situation spécifique. Il est doté de deux infirmières et le psychiatre assure une consultation bi-mensuelle. Cela répond aux besoins courants mais cela répond moins à la continuité des soins et donc aux soins non programmés. Si Sagone est à un peu moins d'une heure d'Ajaccio, la zone que recouvre ce CMP est étendue et reculée vis-à-vis d'Ajaccio. Nous nous retrouvons ici dans une configuration du type à la fois « trop près de » mais aussi « trop loin de » ce qui explique que c'est cette équipe qui exprime, lors du recensement des besoins, le plus la sensation d'isolement et le besoin d'expertise lors de situations spécifiques.

### Soins non programmés : possibilité de réponses actuelles

Les réponses possibles aux soins non programmés en CMP sont disparates et en lien avec les ressources médicales présentes au sein du CMP concerné. Des entretiens, menés auprès des IDE et du cadre de santé, ont mis en évidence que le CMP de Porto-Vecchio dispose d'une réponse possible en direct avec la présence quotidienne d'un psychiatre. Si d'aventure celui-ci est absent, l'urgence sera traitée avec un avis médical à distance via le téléphone. Si l'urgence s'avère ingérable sur site, le patient est orienté sur les urgences de la clinique locale. Cette gestion est assez similaire à celle des CMP ajacciens.

Plus la ressource médicale diminue, plus la gestion des soins non programmés se complexifie avec une charge en responsabilité plus élevée pour l'infirmier qui gère la situation. Les infirmiers insistent sur le fait que leur rôle propre est évidemment d'évaluer la situation et qu'en cela ils ne

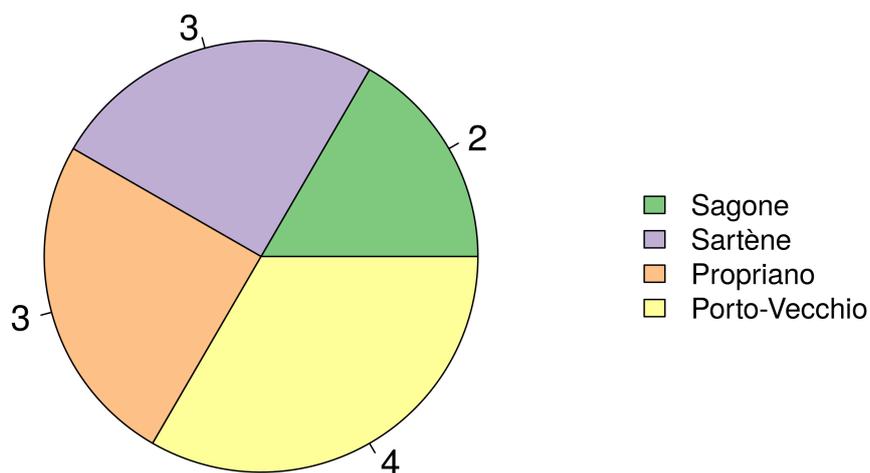


Figure 1.4 – Répartition des ETP d'IDE

sortent pas du cadre légal. Ils précisent néanmoins, d'une part, que le contact avec un psychiatre en cas de nécessité est aisé, mais, d'autre part, que la gestion à distance et donc téléphonique est moins satisfaisante que le présentiel et demande que l'alliance avec le patient soit forte. Les réadaptations de traitement sont aussi délicates puisque le dossier patient informatisé n'est pas encore déployé (il le sera fin 2018) et que, par conséquent, il faut gérer la situation avec le médecin traitant ou différer l'action, ce qui augmente les chances de décompensation, et donc revient à une perte de chance pour le patient.

### 1.3.2 Recensement des besoins

#### La parole des usagers

Le point de vue des usagers est essentiel. Cela fait 8 ans que j'exerce en tant que cadre de santé au sein du pôle de psychiatrie adulte et il m'a été donné à plusieurs reprises la possibilité d'entendre les besoins des usagers et de leurs familles par le biais notamment des associations des usagers lors de différentes rencontres.

La première fois en 2011, lors d'un travail mené avec l'ARS autour d'une réflexion autour de l'urgence psychiatrique à domicile, il m'a été donné la possibilité de constater, à travers les récits des usagers et des associations telles que Médecins du Monde, la difficulté d'accès à une réponse psychiatrique lors d'une situation de crise à domicile.

Le travail mené par l'ARS depuis le printemps 2017 afin de définir le prochain projet régional de santé (PRS) a permis, encore une fois, de réunir les différents acteurs de santé mentale autour de la réponse psychiatrique en situation d'urgence. La complexité de l'éloignement, du manque de réponse rapide en terme d'orientation, de méconnaissance de notre organisation de soin ont été soulignés. Le maillage existant est insuffisant pour pouvoir travailler de concert avec nos partenaires au sein du territoire. Les infra structures sont existantes sur le territoire qui nous concerne, elles sont connues des professionnels et des usagers et ne sont pas remises en cause dans leur fonctionnement et leurs actions de terrain.

Néanmoins, la réponse à un besoin de consultation urgente est mise en avant. Les difficultés rencontrées par les usagers et leur famille/entourage sont de pallier à l'absence de consultation dans un délai court, soit en contenant le proche en crise, soit en parvenant à l'emmener à Ajaccio pour une consultation en urgence, soit d'avoir recours aux services d'urgences qui auront éventuellement recours à une hospitalisation sur Ajaccio en psychiatrie adulte.

Ce n'est pas satisfaisant pour l'usager et son entourage qui se trouvent face à une inégalité de traitement de la crise du fait de la distance et de la ressource allouée aux structures qui sont à leur proximité. La loi de modernisation du système de santé est au cœur de ces préoccupations et c'est en cela qu'elle prône, dans le chapitre II, « l'amélioration de l'accès à des soins de qualité ». C'est dans ce même titre que l'article 52 donne sa place à la télémédecine comme outils à privilégier pour l'amélioration de cet accès aux soins.

### **Le point de vue des professionnels de santé**

Le recueil du point de vue des soignants exerçant en CMP est une étape importante dans le processus de ce projet et fait partie intégrante de la stratégie d'accompagnement au changement que je propose, mais j'y reviendrai plus tard. Il s'est effectué via des entretiens semi-directifs (annexe C et D). Quatre équipes ont été rencontrées, 13 infirmiers(ères) et deux cadres de santé. Ces entretiens ont permis notamment de mieux connaître le travail réel de ces équipes dans chaque lieu d'exercice et une clarification des besoins ressentis.

### **La description du travail réel**

Les entretiens ont été l'occasion de faire le point sur le travail quotidien des infirmiers en CMP. Les missions attendues en CMP sont bien identifiées et sont effectivement effectuées dans les tâches quotidiennes, à savoir, des entretiens d'accueil, d'évaluation et d'orientation auprès des patients qui se présentent spontanément au CMP ou qui sont dirigés par un tiers (médecin traitant, assistante sociale, urgences, etc.).

Au fur et à mesure des entretiens, il est apparu des éléments qui complètent ces missions, par exemple, le travail de régulation qui s'effectue auprès des partenaires extérieurs et/ou des familles, de l'entourage.

Une des missions régulières est de coordonner des renouvellements d'ordonnance à distance en mettant à contribution le psychiatre référent du patient ou éventuellement le médecin traitant pour permettre d'attendre la prochaine consultation.

Un rôle important, que j'appellerais de « contenance », apparaît très nettement dans les dires des soignants. J'entends par « contenance » ce rôle de régulation que mène l'infirmier auprès du patient en l'absence de médecin. Il s'agit d'être à l'écoute (ce qui est certes une de ces missions principales), d'apaiser, de guider, d'apporter un cadre à un moment où le patient est en situation de doute, de détresse, de crise. À ces moments là, le professionnel fait le lien entre le contexte, le patient et le médecin qui, rappelons-le, n'est pas présent. Certes, il coordonne, et c'est bien son rôle, mais il ne fait pas qu'articuler des informations et des décisions, il porte la situation en faisant en sorte de rendre le plus authentique possible le ressenti du patient, de transmettre une

évaluation la plus fiable possible de l'état clinique du patient au psychiatre, tout en rassurant le patient non seulement de la démarche mais de l'absence de ce médecin.

Les infirmiers, lors des entretiens, expriment que ces situations de crise sont régulées par téléphone avec le psychiatre et qu'ils ont une réponse plutôt rapide et se sentent donc ainsi épaulés. Mais ils soulignent aussi que le patient est plus difficilement « rassurable ». En effet, même s'il est présent pendant la conversation téléphonique, il va demander à ce que les choses soient ré-explicitées, plus détaillées, reformulées. Le patient demande quand il lui sera possible de voir le médecin, voire il demande à lui parler au téléphone pour que les propos de l'infirmier qui gère cette situation soient confirmés par le psychiatre. Ici, le rôle contenant et rassurant du psychiatre est mis en lumière. Le médecin est celui qui détient le savoir, il est l'expert.

Cela nous renvoie à la question « qu'est-ce qu'une consultation ? ». Jacques Cinqualbre précise dans son approche de la télémédecine<sup>11</sup> que la consultation « *c'est la gestion d'une angoisse ou d'un symptôme ressenti ou observé par un requérant, le patient, qui s'adresse à un sachant, ou supposé tel, le médecin* ». L'alliance thérapeutique est le socle de la relation entre le patient et l'infirmier et celle-ci est indispensable. Elle peut pour autant, dans certains cas, ne pas être suffisante pour représenter l'expertise médicale. Les infirmiers interrogés ont soulevé cette problématique lors des entretiens. La télémédecine est alors, dans ce contexte, une source possible d'expertise.

### **Un besoin d'expertise**

Ce besoin d'expertise repéré, cela soulève le besoin de présence médicale, présence qui a du sens et qui donne du sens. De plus, il a été exprimé par l'équipe infirmière et le cadre de santé de Porto-Vecchio le manque de spécialités proposées aux patients (thérapie familiale, EMDR, addictologie, etc.).

### **Rompre l'isolement, un lien**

Les équipes des divers CMP ont clairement exprimé un sentiment d'isolement vis-à-vis de la « maison mère » qu'est le CHC mais aussi des autres CMP. En effet, les formations ne sont pas toujours accessibles (temps de trajet qui est un frein notamment pour Porto-Vecchio). Par ailleurs, les réunions ne peuvent pas toujours être honorées et donc un sentiment de décalage avec l'institution existe.

Les infirmiers rencontrés regrettent le manque de lien lors de l'hospitalisation au CHC des patients connus et suivis au CMP, ainsi que la disparités des informations transmises en fin d'hospitalisation. Ils émettent le souhait de rencontres formalisées type réunions de concertation pluri professionnelle (RCP) afin de garantir le partage d'informations et donc la continuité des soins.

---

11. TELEMEDECINE – La vraie médecine de proximité – Jacques Cinqualbre - 1ère édition – Éditions du Signe – Chapitre 6 – Qu'est-ce qu'une consultation médicale ? – p 29

## La communauté médicale

À ce jour, le médecin chef de pôle n'a pas encore recensé formellement l'avis de ses confrères sur le sujet. Elle est engagée dans un processus d'utilisation de l'outil et a effectivement inscrit ce point au projet médical. Aussi, le projet de déploiement de la télémédecine en psychiatrie adulte a été présenté en CME en octobre dernier, en ma présence, et aucune objection n'a été formulée par ces confrères présents. À la suite de cela, ce projet a été présenté à l'ARS qui a décidé de l'inscrire au PRS 2018 et a demandé un projet médical plus détaillé pour le valider et lancer le processus d'accompagnement. Les difficultés exprimées par le chef de pôle sont d'ordre organisationnelles. La réflexion est que la ressource médicale est éparpillée et donc non optimisée. Le sentiment ressenti est à la fois une insatisfaction et aussi une usure consécutives à cet éparpillement lié aux tâches diverses et à la multiplicité des lieux.

### 1.4 La télémédecine : une réponse possible ?

Il est essentiel de mener une réflexion autour de l'accompagnement des CMP implantés dans les micros régions au vue notamment de l'augmentation constante de l'activité. En effet, ceux-ci, de par leur éloignement géographique, disposent de moins de réponses médicales rapides sur des besoins spécifiques et « *en réduisant le temps de réponse dans le cas d'une situation d'urgence, la télémédecine permet une plus grande égalité des chances* »<sup>12</sup>.

En psychiatrie, la situation de la Corse-du-Sud impose une réflexion permettant de pallier à des difficultés locales inhérentes au nombre restreint de psychiatres présents sur certains bassins de vie, mais aussi des autres acteurs qui font l'accompagnement des patients comme les médecins libéraux, les IDE, les assistants sociaux, éducateurs, etc. À travers le recensement des ressources que nous avons effectué auprès des CMP, il apparaît une inégale répartition des professionnels de santé, et notamment médicale, sur le territoire de Corse-du-Sud. Ce point d'inégalité, clairement explicité dans le document de l'Agence nationale d'appui à la performance (Anap)<sup>13</sup>, légitime clairement la volonté de mise en place de l'outil télémédecine au sein de notre organisation soignante. Le développement de la téléconsultation est le point numéro 7 du projet médical de psychiatrie adulte réalisé et en cours de validation : « *Une activité de télé psychiatrie doit être mise en place dans les différentes structures du pôle, notamment au niveau des différents CMP. Un dispositif au moins au sein du CHC est requis pour ces échanges avec les unités périphériques, voire les institutions partenaires. Il n'exclut pas un dispositif de vidéo conférence, notamment sur le centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (Csapa) Loretto, le CMP de Porto-Vecchio vu l'éloignement des structures névralgiques* ».

La mosaïque d'ETP qui compose notre système de soin extra-hospitalier permet de garantir des consultations de façons régulières sur un territoire complexe à parcourir. Celle-ci, pour autant, demande à être repensée afin d'envisager une meilleure efficacité du recours à la continuité des soins sur l'ensemble de ce territoire. En cela, des moyens technologiques, comme la télémédecine, sont un outil contribuant à potentialiser les ressources existantes, en rendant possible une disponibilité à distance et donc, à repenser l'organisation des soins actuellement définie. Il est à noter qu'à ce jour sur l'établissement, le pôle de médecine bénéficie déjà de cette possibilité de

---

12. Programme régional de télémédecine – ARS Martinique – 2012/2016

13. La télémédecine en action : 25 projets passés à la loupe – Anap - 2012

télémédecine pour les patients suivis en oncologie dans le cadre des RCP organisées avec le centre de référence Paoli Calmette situé à Marseille. Le système en place est un système de visioconférence permettant aux équipes pluridisciplinaires et aux experts de se réunir dans un but de téléexpertise. Cette expérience au sein de l'établissement permettra de s'appuyer, notamment d'un point de vue technique, sur cet acquis.

Au regard des conditions géographiques de l'île, nous pouvons nous étonner de l'arrivée tardive de la question de la télémédecine pour une efficience de l'organisation des soins. La Martinique, territoire insulaire d'Outre-Mer, s'est vue inscrite dès 2014 dans le programme d'expérimentations de télémédecine pour l'amélioration des parcours en santé (Étapes). Quelle distinction pouvons-nous faire entre la Martinique et la Corse ?

La distance bien sûr entre le continent et ces îles. La Corse est comme dans le cas de figure, vécu *in situ*, de Sagone, cité un peu plus haut, vis-à-vis du continent : « trop près de... mais trop loin... ». En effet, seules 40 minutes suffisent pour rejoindre le continent en avion et l'organisation sanitaire s'est construite avec cette possibilité. Les corses ont recours très naturellement à des avis experts et donc à des consultations sur Marseille ou Nice.

Cependant, cela pose question d'un point de vue financier car le coût est élevé pour ces consultations et d'un point de vue de l'urgence lors d'un besoin d'un avis expert pour un diagnostic tel que l'AVC.

Un projet de la télémédecine en télé AVC (annexe E est en cours : la prise en charge régionale dans le cadre des AVC avec un maillage complet de la région. Ce projet, initialement, a été déployé sur le centre hospitalier de Bastia qui ne possède pas d'unité neurovasculaire. Aux urgences, dès qu'un patient présente un risque d'AVC, une expertise entre le CHU de Nice et le centre hospitalier de Bastia est requise et suivant l'expertise mise en place par le CHU de Nice, il y a thrombolyse ou non du patient concerné. La deuxième étape de ce projet, sera la mise en lien du centre hospitalier d'Ajaccio et de la polyclinique du sud de la Corse. Le centre hospitalier d'Ajaccio, qui a une unité neurovasculaire, deviendrait centre expert pour la polyclinique du sud de la Corse. Avec cet exemple, le gain de temps dans la démarche diagnostique et donc thérapeutique est mis en lumière. Le patient n'est pas forcément transféré sur Nice et il y a donc aussi un gain au niveau du coût de prise en charge. Une montée en efficience est assurément recherchée avec cette nouvelle organisation.

La télé-psychiatrie doit poursuivre cet objectif : améliorer les dispositifs déjà en place, afin que le recours aux soins soit plus aisé pour les patients éloignés, et que les soins déjà dispensés puissent être étoffés par des pratiques expertes déjà existantes en d'autres lieux.

## Chapitre 2

# LA TÉLÉPSYCHIATRIE, OBJET DU CHANGEMENT

Cette partie se veut être la phase préparatoire à l'élaboration du projet. Accompagner un processus de changement nécessite de se pencher sur l'objet de celui-ci avec comme objectif de le connaître pour mieux le transmettre en usant d'une rhétorique appropriée. Au-delà de cela, il s'agit aussi de cerner l'impact de cet objet télémédecine sur les pratiques soignantes et sur le fonctionnement des systèmes composants l'organisation en elle-même pour envisager une stratégie de changement d'un point de vue systémique.

### 2.1 Santé et télémédecine

Les innovations<sup>1</sup> sont au service des stratégies nationales de santé. Il en existe deux types, les innovations techniques et organisationnelles. La télémédecine est l'une des composantes des innovations techniques, cette technologie permet de s'affranchir du contact direct et donc d'avoir un contact lointain. Cela permet d'abolir la question de la distance. Ces techniques permettent de conserver une offre de soin sur un territoire en ayant des experts à distance qui effectuent des consultations pour un patient avec des lieux différents.

#### Un peu d'histoire

Comme l'explique le professeur Louis Lareng dans une interview donnée en décembre 2012 à « Infirmier.com », « *la télémédecine est issue de deux axes de progrès : la volonté de donner une médecine de qualité à tous les patients en tout point du territoire mais aussi de leur permettre un accès aux soins plus facile* »<sup>2</sup>. Ce pionnier européen de la télémédecine, directeur de l'Institut européen de télémédecine créé en 1989 à Toulouse, définit la télémédecine comme « *l'utilisation*

---

1. Cours de Dominique Letourneau – Les innovations - master MOS 2017/2018

2. Télémédecine la santé pour tous avec tous et en tout point-  
<https://www.infirmiers.com/actualites/actualites/telemedecine-la-sante-pour-tous-avec-tous-et-en-tout-point-du-territoire.html> – consulté le 08/01/2018

*de tout moyen technique et de toute méthode permettant à distance la pratique médicale. Elle a pour finalité l'amélioration de la qualité des soins par l'utilisation optimale des moyens techniques et des compétences médicales »*<sup>3</sup>.

L'expérience de l'Occitanie a permis une diminution significative des transferts de patients entre établissements (40 %), des bénéfices pour les patients en terme de fatigue ou de stress sont notés et tout ceci est possible grâce à « *la mutualisation de moyens et à la complémentarité des compétences* » des professionnels de santé. La télémédecine permet d'améliorer l'accès aux soins des populations et de corriger les inégalités d'accès géographiques en réduisant les pertes de chance qui y sont liées.

Pour autant, si des initiatives de ce genre ont vu le jour ces dernières années, elles restent encore peu nombreuses. Le caractère expérimental peut être une explication. La télémédecine est assurément à un tournant de son histoire avec une vraie reconnaissance législative en son inscription au projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) le 30 décembre 2017. Il reste néanmoins à construire cette activité d'un point de vue législatif comme borner la tarification de cet acte ; des pistes de travail sont en cours. L'histoire de la télémédecine ne peut toutefois pas se faire sans les principaux acteurs de ce changement les usagers, les professionnels de santé et notamment les médecins. La frilosité des médecins repose non pas sur « *l'insuffisance de son niveau technologique mais plutôt celui, organisationnel, qui consiste à en surmonter l'importance* »<sup>4</sup>. L'inscription dans le droit commun des actes de téléconsultation et de télé-expertise est une des attentes fortes des médecins ainsi que la pratique de la télémédecine « *sur l'ensemble du territoire et au profit de tous les patients* »<sup>5</sup>.

## 2.1.1 Ce que dit la loi

### Les textes relatifs à cette pratique

La télémédecine demande une attention toute particulière du point de vue juridique. Le cadre réglementaire de celle-ci jalonne les modalités d'utilisation, d'application de cet outil au service du soin. Le consentement du patient et la sécurisation de ses données doivent être au centre des préoccupations des concepteurs techniques et des soignants ; de là, découleront des procédures spécifiques qui permettront d'encadrer cette activité de soin.

La télémédecine acquiert un cadre juridique avec la loi HPST (hôpital patient santé territoire) du 21 juillet 2009 et la définit comme étant une « *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,*

---

3. *Ibid*

4. <http://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2006-10-page-801.htm> Gérard Massé et al., « Plaidoyer pour la naissance d'une télépsychiatrie française », L'information psychiatrique 2006/10 (volume 82), p. 801-810. DOI 10.3917/inpsy.8210.0801

5. Géraldine Tribault - L'avenant à la convention sur la télémédecine ne satisfait pas les syndicats sur la rémunération – [hospimedia.fr/articles/20180413-e-sante-](http://hospimedia.fr/articles/20180413-e-sante-) Publié le 13/04/18 - 14h48 - HOSPI MEDIA

*de prescrire des produits, de prescrire ou de réaliser des prestations ou des actes, ou d'effectuer une surveillance de l'état des patients ».*

Il fait état de quatre axes possibles dans le cadre de la télé médecine : la téléconsultation et la télé expertise (que nous développerons ultérieurement), la télé surveillance médicale (il s'agit d'interpréter à distance les données nécessaires au suivi médical d'un patient et, éventuellement, une orientation/décision permettant la prise en charge du patient concerné) et la télé assistance médicale (ici, il s'agit pour un professionnel médical d'assister à distance un autre professionnel de santé au cours de la réalisation d'un acte).

La téléconsultation et la télé expertise nous intéressent plus particulièrement pour l'objet de notre étude.

La téléconsultation (figure 2.1) offre la possibilité d'effectuer une consultation à distance auprès d'un patient qui sera accompagné d'un soignant. Les psychologues mentionnés à l'article 44 de la loi n° 85-772 du 25 juillet 1985 portant diverses dispositions d'ordre social peuvent également être présents auprès du patient.

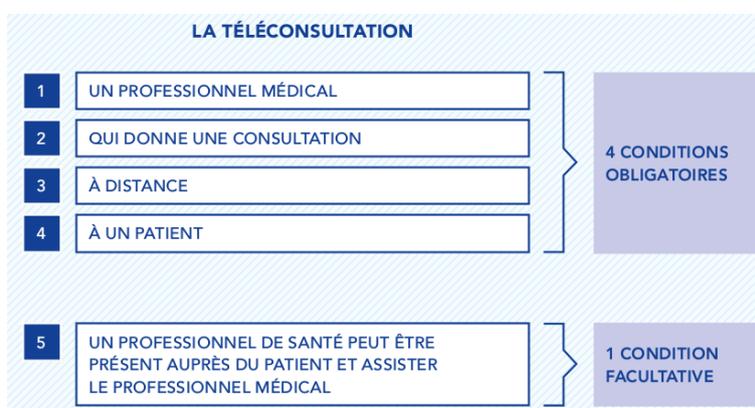


Figure 2.1 – Cadre réglementaire de la téléconsultation - sources : fiches pédagogiques d'aide à la qualification d'un projet de télé médecine

Pour la télé expertise (figure 2.2), il s'agit pour un professionnel médical de solliciter à distance l'avis expert d'un ou de plusieurs professionnels médicaux en raison de leurs formations ou de leurs compétences particulières, sur la base des données médicales liées à la prise en charge d'un patient désigné.

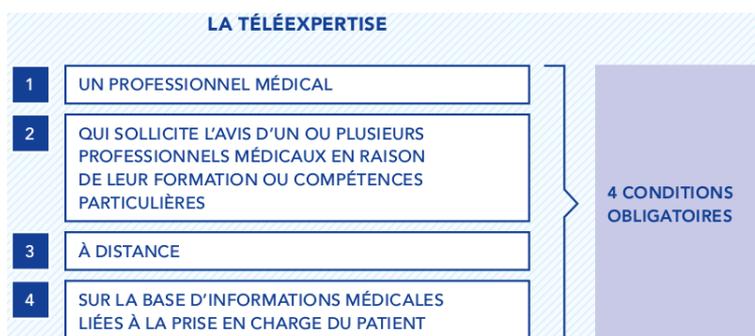


Figure 2.2 – Cadre réglementaire de la télé-expertise - sources : fiches pédagogiques d'aide à la qualification d'un projet de télé médecine

## 2.1.2 Organisation de la télémédecine

Le décret n° 2010-1229 du 19 octobre 2010 précise que l'activité de télémédecine et son organisation découlent : d'un programme national défini par arrêté des ministres chargés de la santé, des personnes âgées, des personnes handicapées et de l'assurance maladie ou d'une inscription dans l'un des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens ou l'un des contrats ayant pour objet d'améliorer la qualité et la coordination des soins ou encore d'un contrat particulier signé par le directeur général de l'agence régionale de santé et le professionnel de santé libéral ou, le cas échéant, tout organisme concourant à cette activité. « *La contractualisation en matière de télémédecine dépasse (...) la seule fixation d'objectifs stratégiques. Elle a également été conçue comme un dispositif de mise en conformité de l'activité de télémédecine avec les prescriptions fixées dans le décret du 19 octobre 2010* »<sup>6</sup>.



Figure 2.3 – Contrat

Il est précisé que les organismes et les professionnels de santé qui organisent une activité de télémédecine (à l'exception de la réponse médicale donnée dans le cadre de la régulation médicale) doivent conclure des conventions qui organisent leurs relations et les conditions de mise en œuvre. La CNIL recommande que les engagements et responsabilités de chacun soient rappelés. Ici, il s'agit de l'ARS qui régit et est garante de l'activité et aussi de nos partenaires potentiels tels que les maisons de santé (les médecins libéraux y exerçant), les centres hospitaliers et cliniques ayant recours à la psychiatrie dans le cadre des urgences ou de la liaison, des Ehpad, ou encore des foyers d'accueil médicalisé (FAM) ou des maisons d'accueil spécialisée (MAS) de la Collectivité de Corse. De plus, il serait envisageable à plus long terme d'étendre ce partenariat à d'autres régions en vue d'un partage d'expertise médicale sur une problématique donnée pour un patient. Le programme Étapes (voir annexe G) a été initié par la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) 2014, dans son article 36. « *L'objectif de ces expérimentations est de développer les activités de télémédecine, de définir un cadre juridique dans lesquelles elles peuvent évoluer et de fixer une tarification préfiguratrice des actes permettant aux professionnels de santé de développer des projets cohérents et pertinents, en réponse aux besoins de santé et à l'offre de soins régionale* »<sup>7</sup>.

La LFSS 2017 a permis, via son article 91, une évolution du cadre expérimental en « *prolongeant des expérimentations pour une année supplémentaire, dans l'objectif de disposer d'un nombre suffisant de données et du temps nécessaire à leur exploitation* »<sup>8</sup>, en généralisant Étapes à la totalité du territoire national et en ouvrant l'expérimentation aux établissements de santé.

6. DGOS - Guide méthodologique pour l'élaboration des contrats et des conventions en télémédecine

7. Étapes : expérimentations de télémédecine pour l'amélioration des parcours en santé - <http://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/telemedecine/article/etapes-experimentations-de-telemedecine-pour-l-amelioration-des-parcours-en>

8. Rapport au parlement sur les expérimentations en télémédecine – DGOS – Décembre 2017 - 18 pages

Cette évolution appuie la volonté de développer cette pratique et nous pouvons effectivement constater qu'il n'y a pas de rupture politique dans cet objectif en matière de santé.

L'actualité renforce ce projet puisque le gouvernement actuel a fait de la télémédecine un des axes forts du système de santé à venir. La loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018 (partie IV, titre IV, chapitre II : promouvoir l'innovation en santé, voir annexe H) met en avant la nécessité de transformer les organisations de santé existantes par le biais du numérique.

Pour atteindre cet objectif, trois mesures sont mises en avant : les innovations du système de santé, le déploiement de la télémédecine et l'accélération de l'inscription des nouveaux actes au remboursement. La dimension expérimentale de la télémédecine est abandonnée pour la généralisation de cette pratique.

La tarification de la pratique doit être établie et réglementée. Elle vise la téléconsultation et la télé-expertise (annexe H). L'objectif est de mettre un terme à la marginalisation de la pratique et donc un essor de celle-ci.

Un point d'intention est la rémunération liée à cet acte. Des enjeux économiques et politiques importants sous-tendent la question de la rémunération de l'acte. En effet, si pouvoir rétribuer cet acte fait sens, la question de qui doit-on rétribuer et comment, pose débat. Il y a le requérant, le requis et les statuts de chacun. Cette question est d'autant plus délicate dans le secteur libéral ou privé. L'article 54 du PLFSS 2018 prévoit notamment l'entrée des actes de téléconsultation et de télé-expertise dans le droit commun du remboursement par l'assurance-maladie. En effet, si leur mise en place dans le cadre du programme Étapes, via les fonds d'intervention régionale (FIR), a permis une avancée expérimentale sur la question de la télémédecine, il est nécessaire pour rendre la pratique attractive de la valoriser de façon pérenne financièrement. Les discussions sont en cours et devraient aboutir dans le courant de l'année. Le programme Étapes est maintenu pour les téléconsultations et les télé-expertises jusqu'à l'entrée en vigueur des tarifs conventionnels et cela est annoncé au plus tard le 1<sup>er</sup> juillet 2019.

## 2.2 Psychiatrie et télémédecine

### 2.2.1 La télé-psychiatrie : spécificités d'une discipline

Pour l'American Psychiatric Association (APA), « *la télé psychiatrie est une technologie qui vise, au départ, à renforcer l'accès aux soins pour les personnes difficiles à atteindre géographiquement ou dans un contexte de pénurie de l'offre spécialisée locale. Il existe une présomption croissante que sa forte augmentation actuelle, alliant le développement du numérique et la logique économique, s'amplifie encore et la fasse devenir un outil ordinaire de prestations, quel que soit le contexte* »<sup>9</sup>. La télé-psychiatrie en France accuse étonnamment un retard dans son développement/application. Alors qu'un des pionniers européens de la télémédecine n'est autre que le

---

9. Gérard Massé et al., « Plaidoyer pour la naissance d'une télé-psychiatrie française », L'information psychiatrique 2006/10 (volume 82), p. 801-810. DOI 10.3917/inpsy.8210.0801

professeur Louis Larang (voir 2.1, p. 21). Plusieurs pistes peuvent être évoquées pour expliquer ce retard. La pratique autour de la psychiatrie est singulière<sup>10</sup>. Le psychiatre requiert un contact où les sens, presque plus (oserais-je dire) qu'une autre spécialité, sont en éveil pour une observation clinique fine, précise mais aussi pour « connecter » le praticien au patient et engager ainsi le travail permettant la construction de l'alliance thérapeutique nécessaire à la thérapie. Cette singularité est un socle qui pour autant n'empêche pas le recours à la télémédecine. En effet, c'est le bon tempo, la bonne indication qui feront de cet outil un atout pour le suivi du patient à distance permettant le lien là où il pourrait être discontinu et donc fragilisé.

## 2.2.2 Question éthique et déontologique

La communication virtuelle amène à se poser des questions éthiques et ce, en amont de tout projet de mise en œuvre de pratiques de télémédecine et, *a fortiori*, de télé psychiatre.

Le postulat de base est celui que « *la télémédecine ne trouve sa place que lorsque le service médical conventionnel, en situation présente, ne peut s'exercer par impossibilité de mettre en relation franche les deux protagonistes* »<sup>11</sup>. Il convient clairement de souligner ce socle de départ car en aucun cas la téléconsultation ne doit être l'outil qui éloigne mais bel et bien celui qui permet la relation quand celle-ci est rendue impossible par des contraintes de distances.

Cette pratique doit restée palliative et non détournée de son but premier en devenant une pratique dénuée de sens qui priverait l'utilisateur d'une relation réelle. Un des critères fondamentaux rappelés par Gérard Massé et al est que « *l'utilisation de la télémédecine doit être dictée par l'état de santé du patient et ne doit pas être une fin en soi* »<sup>12</sup>.

La confidentialité et la sécurité des données collectées sont des axes majeurs de questionnement. En effet, comment ces données vont-elles être collectées, par qui et pour qui. Le cadre posé doit garantir l'intégrité du patient. En cela, le respect du principe de consentement éclairé du patient et de ses droits, déjà problématique en présence d'un patient bénéficiant d'un programme de soins sous contraintes, est un élément sensible qui nécessite une réflexion collégiale notamment avec les représentants des usagers.

Les dispositifs de télémédecine relèvent de l'article 8 II 6° de la loi informatique et libertés<sup>13</sup>. La Commission nationale informatique et liberté (Cnil) rappelle que « *la sécurité des données est essentielle. Des mesures, en particulier d'authentification, de gestion des habilitations, des traces et des incidents, doivent être prises par le responsable de traitement* »<sup>14</sup>. Les professionnels ayant recours à la télémédecine se doivent d'assurer un haut niveau de protection des données personnelles. Afin de s'adapter aux nouvelles réalités numériques, un nouveau règlement européen sur la protection des données personnelles (annexe I) est paru au journal officiel de l'Union européenne. Celui-ci entrera en application le 25 mai 2018. La Cnil précise que « *cette réforme de la protection*

---

10. Gérard Massé et al parlent « du dialogue singulier en psychiatrie » (p. 802)

11. TELEMEDECINE – La vraie médecine de proximité – Jacques Cinqualbre - 1ère édition – Éditions du Signe – De la télémédecine en général - Éthique – p 261

12. Gérard Massé et al - p. 805

13. Télémédecine : comment protéger les données des patients? - Article du 23 janvier 2018 - <https://www.cnil.fr/fr/telemdecine-comment-protoger-les-donnees-des-patients> – consulté le 12 05 2018

14. *Ibid*

des données poursuit trois objectifs :

- renforcer les droits des personnes, notamment par la création d'un droit à la portabilité des données personnelles et de dispositions propres aux personnes mineures ;
- responsabiliser les acteurs traitant des données (responsables de traitement et sous-traitants) ;
- crédibiliser la régulation grâce à une coopération renforcée entre les autorités de protection des données, qui pourront notamment adopter des décisions communes lorsque les traitements de données seront transnationaux et des sanctions renforcées »<sup>15</sup>.

L'impact de ces technologies sur la relation entre patient et professionnels de santé est aussi une question fondamentale. La psychiatrie est une discipline de relation et elle repose sur un échange verbal et non verbal. Ce qui se dit ne peut être dissocié de ce qui se voit, se ressent. Dématérialiser cette relation nécessite de concevoir un cadre étayant et rassurant pour le patient et pour le thérapeute. C'est ainsi que la présence d'un tiers auprès du patient est une des conditions majeures de sécurisation de ce processus en donnant du sens à l'acte, en l'humanisant. Le risque de déshumanisation est ce contre quoi il faut lutter, et c'est ici que l'infirmier/infirmière a toute sa place en accompagnant le patient dans ce nouvel acte et en garantissant la plus-value du dispositif de téléconsultation.

Il convient de ne pas contraindre le patient à cette pratique. Si effectivement, il y a une obligation de moyens pour que ce patient puisse bénéficier d'une offre de soin de qualité, il n'en reste pas moins que les conditions humaines et techniques doivent être réunies pour qu'ait lieu la téléconsultation. Par exemple, d'un point de vue technique, si la qualité de réception est médiocre alors le praticien a le choix de différer la téléconsultation, de programmer une consultation en présentiel à une date ultérieure, ou même de diriger le patient vers les urgences si la situation demande à être évaluée plus finement par un confrère. La technique ne doit pas être une pratique « à tout prix » mais bien une option de qualité dans le parcours de soin du patient.

Nous pourrions résumer cette question éthique avec le rapport établi pour la direction de l'hospitalisation et de l'offre de santé (DHOS) en 2008. « La place de la télémédecine dans l'organisation des soins » qui précise que « *la meilleure façon de gagner la confiance des patients, notamment dans la culture française, c'est d'assurer le strict respect du droit à la confidentialité et à la protection des données sensibles. L'obligation qui est faite au médecin de recueillir systématiquement le consentement du patient et de pouvoir démontrer que l'acte de télémédecine correspond réellement à un besoin au bénéfice du patient (et non au confort du professionnel) est l'occasion de progresser dans cette appropriation* »<sup>16</sup>.

---

15. Règlement européen sur la protection des données : ce qui change pour les professionnels - 15 juin 2016– <https://www.cnil.fr/fr/reglement-europeen-sur-la-protection-des-donnees-ce-qui-change-pour-les-professionnels> - consulté le 12 05 2018

16. Ministère de la Santé et des Sports - direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins – rapport « La place de la télémédecine dans l'organisation des soins » Établi par : Pierre Simon et Dominique Acker, conseillers généraux des établissements de santé – novembre 2008 – p. 78

## 2.3 Quelles utilisations envisageables dans notre établissement ?

### 2.3.1 Contexte et origine du projet

Comme tout projet, celui-ci s'inscrit dans un contexte de politiques de santé, des orientations régionales de santé, une politique de soins d'établissement, un projet médical de pôle, et tout ceci au sein d'un contexte territorial spécifique.

La genèse de ce projet se situe dans une réflexion commune autour de l'offre de soins psychiatrique menée pour la construction de la CPT et la définition du prochain PRS. La télémédecine, et ici, plus précisément, la télé-psychiatrie, est une attente forte de l'ARS qui émane des observations recueillies auprès des divers acteurs médico-sociaux du territoire corse. Cette attente est renforcée par un besoin de changement organisationnel qui s'exprime de plus en plus clairement au sein de notre établissement par la voix des médecins, qui ne disposent pas de temps suffisant pour pouvoir être multi-sites régulièrement, et la voix des soignants et notamment des infirmiers exerçant dans les CMP extra-ajaccien et ceux assurant les urgences psychiatriques du centre hospitalier de la Miséricorde d'Ajaccio.

Dans ce contexte, le CHC s'engage dans le développement d'une nouvelle pratique de soin : la téléconsultation et la télé-expertise en psychiatrie adulte. Le pré-projet a été présenté en octobre 2017 à l'ARS (après présentation à la commission médicale d'établissement-CME), à la suite de quoi il a été décidé que celui-ci serait inscrit au PRS 2018.

Les aspects stratégiques sont en conformité avec les besoins exprimés par les acteurs sanitaires et sociaux et l'activité proposée contribuerait à l'évolution de l'offre de soins territoriale. La qualité de la démarche sera suivie *via* la description des conditions de réalisation de l'activité.

Une démarche de *benchmark* a été initiée auprès de l'équipe de liaison et soins en addictologie (Elsa) du centre hospitalier de Vauclaire. Cette équipe a présenté son projet en septembre 2016 aux journées nationales des Elsa. Celui-ci a retenu mon attention car cette structure rencontre des difficultés de déplacements sur leur territoire assez similaires aux nôtres et la solution de téléconsultation m'était alors inconnue en addictologie et/ou en santé mentale. Je me suis donc mise en contact avec le cadre supérieur de cette unité afin de recueillir son avis et son accord pour lui faire parvenir un questionnaire (voir annexe D). Leur retour d'expérience à un an me semble intéressant pour confirmer non seulement l'utilité du dispositif, sa faisabilité mais aussi l'accueil possible de celui-ci auprès des patients, des soignants et les éventuels écueils. L'entretien téléphonique m'a permis un retour assez global à plus d'un an de pratique. Le dispositif est utilisé mais *a priori* pas encore de façon optimale. Les freins existants sont d'ordre technique. Le réseau numérique n'est pas stable et cela ne permet pas toujours d'effectuer une téléconsultation. L'accueil de l'outil par l'équipe soignante est positif, ainsi que celui des patients pouvant en bénéficier. Le retour du questionnaire de la part du cadre supérieur et des infirmiers diplômés d'État (IDE) utilisant le dispositif, confirme ces éléments.

#### **Qui pourrait bénéficier du dispositif ?**

La télémédecine s'adresse à tous. Par son intermédiaire, les patients, et avec eux leur famille, peuvent bénéficier d'une consultation avec un médecin psychiatre ou un addictologue sans pour

autant devoir se déplacer sur de longues distances. La démarche de *benchmark* évoquée ci-dessus a mis en évidence le fait que ce dispositif était une réelle plus-value pour les jeunes générations qui sont plus à l'aise avec l'outil numérique. L'équipe décrit de jeunes patients qui ont tout compte fait eu moins de réticence à ces consultations à distance, qui leur font penser à des dispositifs type « Skype », qu'à des consultations en présentiel.

Les patients potentiellement concernés par la télémédecine sont les patients du CHC, de la psychiatrie adulte, de l'addictologie mais aussi de la pédo-psychiatrie (ce public, comme nous venons de le souligner, sera d'autant plus en phase avec l'outil). Ici nous abordons le public que notre hôpital accompagne mais la télé-psychiatrie aura vocation à interagir avec les autres partenaires du parcours de soins du patient connu ou inconnu de notre établissement : les services d'urgences, les maisons de santé, les médecins généralistes, les sages-femmes, les services pénitenciers, etc..

En psychiatrie, une consultation à distance ne pourrait être envisagée qu'à partir de critères bien spécifiques. Les patients devront être connus et donc une primo-consultation ne saurait être envisagée. En ce qui concerne la télé-expertise, une mise en relation avec un psychiatre et l'équipe infirmière est envisageable en appui pour évaluer la situation spécifique d'un patient qui serait primo-arrivant ou dont l'état ne serait pas compatible avec une téléconsultation. Les réunions cliniques concernant un patient spécifique pourraient être envisagées plus facilement et donc avoir lieu plus fréquemment en abolissant la distance des différents professionnels de santé. La télé-expertise est un outil de coopération fort puisqu'il permet à un praticien de mettre à disposition son expertise auprès d'autres praticiens (médecins généralistes, urgentistes, gériatres, pédiatres, sage-femmes, etc.).

### **2.3.2 Des bénéfices aux risques : les impacts possibles**

#### **Les bénéfices attendus**

Le déploiement de la télémédecine permettra une optimisation de l'organisation existante grâce à la valeur ajoutée de la télémédecine qui permettra de sécuriser la pratique soignante tout en valorisant les compétences existantes.

L'acceptation et l'appropriation de la pratique de télémédecine en psychiatrie par les infirmières mettra en lumière un travail actuellement peu visible qu'elles effectuent quasiment au quotidien. Le changement de posture lors de la gestion de situations de crise ou d'urgences non programmées rendra possible une coopération en présence (psychiatre/IDE/patient/famille-entourage).

Les patients et leurs familles/entourages bénéficieront alors d'une expertise médicale dans des délais plus rapides (dans les heures qui suivent la demande dans le cas d'une téléconsultation en urgence ou dans les 48h pour une urgence relative). Il y aura un gain de temps, un moindre coût dans les déplacements du patient et de sa famille/entourage. Pour le patient, le gain sera aussi dans un accompagnement plus optimal en évitant une éventuelle hospitalisation liée à une consultation trop tardive ou impossible à organiser qui conduit parfois à majorer ses troubles. La famille/entourage bénéficierait aussi de ce dispositif puisque la gestion de la crise les impacterait moins grâce à une réponse médicale plus rapide, rassurante et contenante.

L'écart de traitement d'une même situation clinique à Ajaccio ou à Propriano serait moindre

et, en conséquent, le patient serait moins dans une situation de « perte de chance » selon son lieu de vie.

Une plus-value sera possible sur l'accessibilité à des pratiques de soins spécialisées qui actuellement sont dispensées le plus souvent sur Ajaccio et éventuellement le CMP extra-ajaccien où le praticien consulte. Ainsi, l'addictologie ou encore la pratique de la thérapie familiale pourrait être envisageable à Porto-Vecchio, Sartène ou encore Propriano. Certaines familles de ces villes ont recours à ses spécialités lorsqu'elles ont la possibilité de se déplacer, mais l'assiduité aux consultations est difficile compte tenu de la distance à parcourir. L'éducation thérapeutique qui s'organise actuellement au sein de notre établissement pourrait être envisagée en multi sites et donc profiter à un nombre plus conséquent de patients.

Les outils en place pour la télémédecine profiteront à la téléformation, aux partages de pratiques et aux supervisions pour les soignants les plus éloignés qui, actuellement, disposent moins de ces possibilités. Cela diminuerait les disparités de pratiques et donc une certaine inéquité. Enfin, comme nous l'avons déjà évoqué, le bénéfice sera à terme hors les murs avec la possibilité de recourir à la télé-psychiatrie dans le cadre de l'urgence mais aussi de la psychiatrie de liaison auprès des personnes âgées dans les Ehpad, les personnes handicapées dans les foyers d'accueil médicalisés, les maisons d'accueil spécialisées ou encore, auprès des détenus en milieu carcéral, etc.. Dans le cadre du suivi des patients transférés en unité pour malades difficiles (UMD), des réunions cliniques inter établissements en présence du patient (si son état le permet) seraient envisageables et permettraient de ne pas rompre le lien et de préparer le retour du patient vers notre établissement.

### **Les risques à envisager**

Le risque majeur qui est repéré est le mésusage de la téléconsultation. Une attention particulière doit être portée sur le cadre exact d'utilisation de l'outil. En effet, comme cela a été abordé antérieurement, la téléconsultation doit être une plus-value à l'organisation existante, elle ne doit en aucun cas se substituer à la présence médicale actuelle. Si, d'un point de vue déontologique, ce ne serait pas acceptable, comme nous l'avons évoqué précédemment, cela aurait aussi des répercussions importantes sur les équipes soignantes qui ont souligné ce point lors des entretiens. Une diminution des consultations en présentiel des psychiatres pourraient être vécue comme un abandon et le sentiment d'isolement serait d'autant plus fort avec, à la clé, une perte de confiance en l'organisation.

Un accompagnement du patient mal préparé, un soignant qui ne trouverait pas sa place dans cette consultation à distance amènerait, l'effet inverse du résultat escompté ; de la qualité, nous irions vers une dégradation du soin.

Les risques sont à envisager en amont de la mise en place et doivent être repérés avec les différents acteurs qui participeront à ces téléconsultations. La formation et l'accompagnement des professionnels devront être préventifs à ces risques et la direction de l'établissement doit garantir le bon usage de la téléconsultation par une politique éclairée de ce processus avec des axes clairs et prédéterminés.

Les risques liés à la confidentialité sont d'une importance majeure. Les données personnelles (confidentialité de l'entretien vidéo) des patients doivent être sécurisées et un système d'alerte

informatique doit être opérant avant tout déploiement d'un tel dispositif.

**Focus sur la question économique du projet** La question économique doit être abordée. Un tel projet engendre une attente humaine avec pour objectif l'optimisation du dispositif de soins proposé aux patients mais aussi une attente économique avec l'idée que le coût horaire d'un psychiatre est bien moins optimisé sur la route (parcours pour se rendre dans les différents CMP) que lorsqu'il est auprès des patients au cœur de sa pratique, en consultation.

Hors la sécurisation des réseaux est un des points les plus sensibles avec la question cruciale de garantir la confidentialité et le secret professionnel. Actuellement, le réseau fibré n'est pas encore déployé sur les différents CMP des microrégions concernées et cela demandera donc des solutions d'interconnexion transitoires et donc coûteuse. Les équipements informatiques des différentes structures devront être revus et complétés (bien que le déploiement actuel du DPI permette d'ores et déjà ce renouvellement progressif des équipements). Enfin, le coût du projet est un élément essentiel malgré la contribution de l'ARS et de la Collectivité de Corse envisagée. En effet, le chiffrage devra prendre en compte tout l'aspect technique du projet mais aussi l'accompagnement des équipes lors du déploiement.

À ce jour, le chiffrage n'est pas finalisé et les échanges à ce sujet avec l'ARS ne permettent pas de définir quels fonds seront alloués pour ce projet de déploiement de la télémédecine au sein de notre établissement.

La question financière n'est donc pas aisée et ne le sera pas forcément plus une fois qu'elle sera chiffrée par la direction financière. Cette idée est appuyée par l'article « Intérêt de la télé-psychiatrie pour la prise en charge des patients : enjeux et questions d'une pratique nouvelle »<sup>17</sup> paru en mars 2013. Ici, les auteurs avancent dans la partie « Revues et méta-analyses » qu'« *il est difficile de conduire des études qui puissent tenir compte de tous les facteurs, que ce soient les économies de temps de déplacement dans les zones rurales (. . . )* » et « *qu'il est fort probable que cette pratique ne constitue pas une économie réelle en soi, mais qu'elle réponde à des besoins médicaux non satisfaits* ».

La question du changement à opérer consiste bien à répondre à ces besoins.

---

17. Bernard Astruc, Chantal Henry, Marc Masson – Intérêt de la télé-psychiatrie pour la prise en charge des patients : enjeux et questions d'une pratique nouvelle - Annales médico-psychologiques – volume 171 – numéro 2 – Mars 2013 - pages 61-64

## 2.4 La question du changement au cœur de la pratique soignante

Questionnement autour du changement de paradigme : posture du soignant dans une nouvelle pratique de soin.

### 2.4.1 De quel changement parlons-nous ?

Le déploiement de la télémédecine en psychiatrie adulte, dans un contexte géographique particulier d'« île montagne », questionne sur le changement représenté par le passage (appropriation et acceptation) d'une pratique soignante en face à face avec une relation physique à une pratique à distance avec une interface technique de téléconsultation. Ce changement prescrit répond à un besoin mis en relief par l'activité réelle des soignants qui se sont adaptés à la gestion de situations particulières en l'absence de présence médicale. Malgré tout, cela engage des modifications à venir dans les pratiques soignantes. Comment accompagner le soignant vers cette aide numérique en termes d'acceptabilité, d'ergonomie, de travail sur soi ?

### 2.4.2 Le modèle systémique pour accompagner le changement

Le changement envisagé concerne différents acteurs réunis dans différents lieux qui ont eux même des fonctionnements distincts selon leurs besoins et ressources. C'est en cela que nous ne pouvons pas envisager ce changement de manière individuelle, et donc segmentée, mais plutôt de façon circulaire, permettant à ces différents acteurs de participer au mouvement qui accompagne cette mutation.

Les soignants, qui composent les différents CMP qui vont opérer le changement tout en étant éloignés géographiquement les uns des autres, sont malgré tout liés les uns aux autres : ils font partie intégrante d'un système, l'hôpital, et même d'un sous-système, le pôle de psychiatrie adulte. Les CMP sont eux mêmes des sous-systèmes du pôle de psychiatrie adulte. Comme tout individu, l'infirmier attend de son système une certaine homéostasie. Le projet de déploiement de la télémédecine au sein du pôle apporte *a priori*, comme tout changement, un déséquilibre possible du système en place et des sous-systèmes qui le composent.

Si l'objectif même de la télémédecine est de créer du lien et de permettre aux CMP d'abolir en quelque sorte les frontières géographiques qui les éloignent, il est pourtant crucial d'envisager que cette technologie, qui a pour but de décroquer, amène une certaine insécurité auprès de ces différents acteurs qui voient leurs habitudes et repères modifiés. Ces micro-systèmes en devenant plus accessibles peuvent craindre de perdre de leur autonomie. L'innovation ne doit pas alors être vécue comme une intrusion, sous peine de freiner l'adhésion au projet, voire d'engendrer une résistance importante au changement.

Pour conduire le changement au sein de ce système et auprès de ses sous-systèmes (les CMP), il me semble pertinent d'utiliser une stratégie managériale systémique qui porte l'idée que « *tout projet, quelle que soit l'importance technique, porte en lui même des modifications plus ou moins profondes des interactions* » et de pouvoir mettre en avant l'« enrichissement relationnel

qu'il apporte » pour permettre une adhésion des acteurs concernés au projet.

Selon Senge, l'individu appréhende son environnement de façon fractionnée et non holistique, c'est la résultante de systèmes éducatifs qui « *apprennent aux individus à aborder la complexité de la réalité en fractionnant celle-ci* ». Il s'agit alors ici de créer un mouvement commun avec des actions qui fédèrent les acteurs des différents systèmes avec un objectif commun pour aller vers une vision systémique qui consiste à déployer la pensée systémique pour faire face aux freins à l'apprentissage et favoriser l'évolution de nos modes de pensée. Cela « *consiste à voir les phénomènes dans leur intégralité. Elle permet d'étudier des interrelations plutôt que des éléments individuels, d'observer des processus de changements* » (Senge et Gauthier)<sup>18</sup> L'idée est de leur permettre de co-construire le nouveau processus dans un « *contexte englobant les contextes jusque là contrôlés* ». Au contraire, il entend « *l'organisation comme un tout* » qui permette d'envisager les impacts qu'ont différentes parties entre elles.

Dominique Beriot, consultant, spécialisé dans la conduite de changements dans des entreprises privées et publiques, propose la définition suivante : « *L'approche systémique du changement consiste à répondre à une demande en s'appuyant sur les composants fondamentaux du système afin d'élaborer et mettre en œuvre une stratégie destinée à mobiliser le ou les acteurs concernés dans une direction précisée avec le demandeur. Elle nécessite la mise en place d'ajustements successifs pour réguler les résistances spontanées ou organisées des acteurs et pour s'adapter aux pressions et/ou aux évolutions de son environnement* »<sup>19</sup>.

Il ne s'agit pas avec cette démarche d'aller vers l'hypothétique problème que pourrait engendrer le changement, comme ici l'introduction d'un outil numérique comme vecteur de soin, mais au contraire d'éclaircir la situation en mettant en relief la plus-value que ce changement apporte au système concerné. Le gain repéré permet alors de dégager des leviers contribuant au processus de changement. De l'analyse du système et de l'émergence de ses ressources et besoins naît la stratégie à engager. La mise à contribution, et donc en action précoce des acteurs, ici des soignants mais aussi des usagers, a pour conséquence une dynamique qui les projette dans l'avenir ; ils ne subissent pas, ils agissent, ils inter-agissent pour une co-construction.

Plusieurs étapes (figure 2.4) jalonnent ce processus managérial. Il s'agit de « cadrer la demande », « représenter l'impact des acteurs », « élaborer une démarche stratégique » pour « engager une dynamique de changement » et bien sûr « réguler ».

La régulation est une démarche continue qui demande une implication importante de la part du porteur de cette dynamique managériale. Elle consiste à être vigilant aux points de crispations possibles, aux éventuelles résistances qui se mettent en place pour préserver le système soumis au changement mais qui a pour effet de le destabiliser. La régulation doit donc permettre de désamorcer ces moments de difficulté, par une clarification, une communication, parfois même des réajustements stratégiques *via* une négociation, avec pour objectif de préserver l'équilibre du système et la poursuite du projet.

---

18. David Autissier, Isabelle Vandangeon-Derumez, Alain Vas - Conduite de changement : concepts clés – 50 ans issues des travaux des auteurs fondateurs – 2ème édition – DUNOD – Chapitre 8 : Peter Senge : Le changement par l'apprentissage – p. 65 à 70

19. Dominique Beriot – Manager par l'approche systémique – Partie 2- chapitre 4 « Petite synthèse »- Groupe Eyrolles – Editions d'organisation- 2006 – p.60 à 72

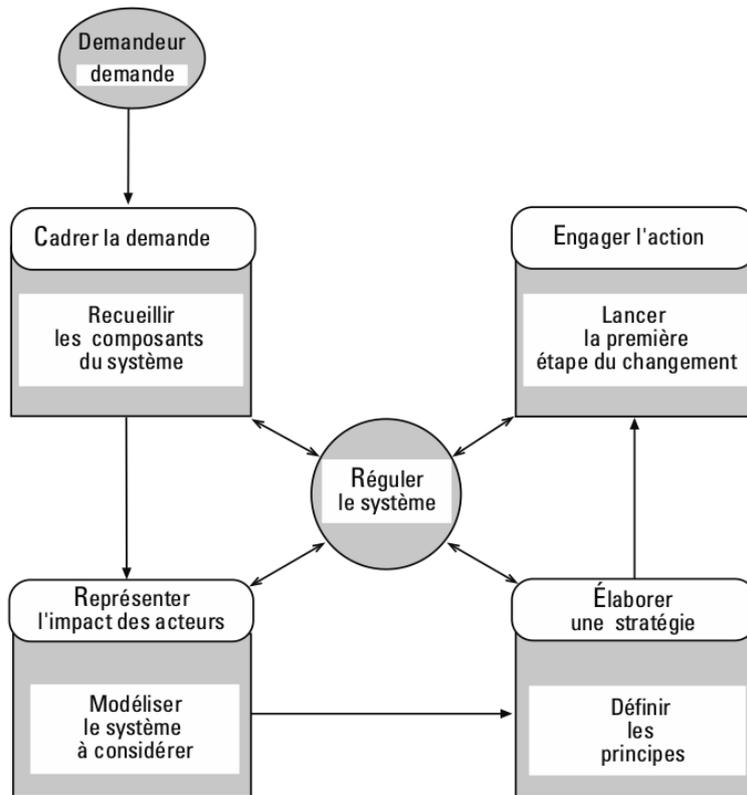


Figure 2.4 – représentation simplifiée des étapes de l'approche systémique

C'est à partir de cette représentation managériale que se décline ma stratégie.

### 2.4.3 Appréhender le système pour mieux le comprendre

La question culturelle est centrale dans l'observation du système qui doit être effectuée. Et deux axes retiennent particulièrement mon attention pour la suite à donner.

La télémédecine engendre un changement de pratique. G. Massé, A. Frappier et S. Kannas soulignent que les obstacles rencontrés par la télé-psychiatrie et sa « rareté d'utilisation (...) repose sur des obstacles de plus en plus faiblement techniques ou matériels et de coût. Ils sont principalement culturels, déontologiques, juridiques, cliniques et idéologiques »<sup>20</sup>. Il est fait référence ici « au caractère spécifique et déterminant du dialogue singulier en psychiatrie »<sup>21</sup> qui « laisse peu de place à l'hypothèse de la présence non physique d'un praticien consultant »<sup>22</sup>. Ce caractère spécifique de la pratique de la psychiatrie renvoie à la notion de paradigme.

En effet, cette pratique en face à face est pratiquée je dirais quasiment de manière empirique dans cette discipline. Les différents courants de pensée, de soins en psychiatrie se rejoignent sur cette présence (analytique, cognitiviste et comportementale, hypnose, systémique, etc.) ce qui fait

20. Gérard Massé et al - p. 802

21. *Ibid*

22. *Ibid*

d'elle un incontournable dans la posture de soins à adopter. Pour Edgar Morin, cité par C. Marsan, « *il s'agit non de la tâche individuelle d'un penseur mais de l'œuvre historique d'une convergence de pensées* »<sup>23</sup>. Au cœur de la pratique du soin en psychiatrie, il existe une dimension relationnelle importante, un contact humain permettant d'instaurer un climat de confiance, une alliance thérapeutique. Il ne s'agit pas d'ébranler une pratique en la changeant radicalement mais plutôt de l'enrichir et de la sécuriser en permettant une réponse à distance ciblée (indications spécifiques) et bornée (une procédure qui encadre l'acte et qui ne permet ni le flou ni les débordements en rendant accessibles les psychiatres à tout moment).

Actuellement, la gestion du soin non programmé (urgence/crise aiguë) à distance s'effectue par contact téléphonique avec le psychiatre référent ou de continuité. L'organisation d'une consultation en urgences sur Ajaccio engage un délai de route conséquent pour le patient et/ou sa famille/entourage avec une pénibilité liée à la situation de détresse psychique. L'hospitalisation est parfois inévitable lorsque la consultation n'est pas organisable dans un délai permettant de désamorcer la crise ou mal évaluable compte tenu de l'absence d'échange concret avec le patient (ici hospitalisation pour évaluation, par précaution). La pratique actuelle de tous les CMP du pôle de psychiatrie adulte utilise la régulation téléphonique. Le psychiatre, référent du patient ou de continuité des soins, est contacté, la situation est exposée et la décision est prise. C'est à partir de ce cas de figure qu'il faut partir pour travailler sur la transformation de leurs conceptions des soins. En travaillant sur le changement culturel engendré par la téléconsultation, le travail autour du changement fonctionnel est engagé<sup>24</sup>.

La place au sein du territoire, et donc au sein du pôle, n'est pas à négliger. Ce système qu'est le pôle, comme nous l'avons vu précédemment, est ancré dans une identité culturelle forte avec des spécificités liées à l'histoire de ces micro-régions. Les CMP sont situés de manière à être au plus proche de la population et répartis pour le plus d'équité d'offre de soins possible. Mais ils sont aussi le reflet d'une appartenance à des micro-régions qui historiquement ont une identité propre et forte. Peu d'interactions ont lieu entre ces CMP, le travail autour de la télémédecine et du décloisonnement possible avec cette solution est un travail commun qui va mettre en relation ces systèmes très autonomes. Il ne s'agit pas alors de les mettre en concurrence ou de les envisager comme identiques mais bien d'avoir la précaution de les rencontrer pour les connaître et faire émerger un besoin commun qui ne l'aurait pas forcément été *a priori*.

Si la commande est institutionnelle et n'émerge pas de ces acteurs, alors le risque de résistance est important avec des enjeux identitaires forts avec, pour conséquence, un repli sur soi pour conserver cette autonomie et ce pouvoir local important.

La question de l'autorité est essentielle dans ce cas. En tant que cadre porteur de ce projet, ma posture doit prendre en compte la spécificité de ces différents CMP. Les IDE ne me connaissent pas et ne peuvent me reconnaître comme ayant une réelle autorité envers eux. Je ne suis pas en situation de cadre de garde, où je suis effectivement l'autorité décisionnelle, mais le cadre porteur d'une innovation qui pourrait contribuer à un changement dans leur pratique, une amélioration. En cela, la notion d'« *autorité négociée* »<sup>25</sup> proposée par J. Ardoino (cité par C. Marsan) me semble appropriée dans le sens où « *la reconnaissance constitue l'élément essentiel de processus de*

---

23. Réussir le changement. Comment sortir des blocages individuels et collectifs – Partie 1 Comprendre les enjeux du changement aujourd'hui - De Boeck - Marsan, C. - 2008, p. 44

24. Dumond, JP. - Master MOS 17/18 – 24/01/2018

25. Réussir le changement. Comment sortir des blocages individuels et collectifs – Partie 1 Comprendre les enjeux du changement aujourd'hui - De Boeck - Marsan, C. - 2008, p. 85

*légitimation de l'autorité* »<sup>26</sup>. Ici, c'est « *la réciprocité du processus de légitimation de l'autorité : mutuelle et négociée* »<sup>27</sup>. La stratégie que je propose dans mon plan d'action prend en compte cet élément et explique l'aspect fondamental des rencontres effectuées avec les équipes des CMP.

Le changement s'effectue dans le temps, il ne peut être demandé dans l'immédiateté, telle une injonction, sous peine d'être ressenti comme une menace qui engendrera une résistance. Ce temps va permettre différentes étapes comme la maturation du projet, sa construction, son évolution, son adaptation avec une éventuelle négociation, son adoption, sa mise en œuvre et son évaluation pour le faire évoluer.

#### **2.4.4 Les acteurs du changement**

Les différentes personnes concernées par le changement sont les patients, leurs familles/entourage, les infirmiers, les psychiatres.

Les acteurs qui seront concernés dans la réflexion autour de la mise en œuvre sont la direction générale et la direction plans et travaux, systèmes d'information de l'hôpital, les associations des usagers, le chef de pôle, le cadre de pôle, le président de la CME, les cadres de santé exerçant en CMP, les représentants du comité éthique, le responsable des SI, chargé de mission des SI de santé de l'ARS de Corse, le responsable des SI de l'hôpital, la direction qualité. Fédérer des acteurs différents autour d'un même changement innovant et valorisant est un enjeu majeur pour la transformation de l'organisation et la réussite de celle-ci.

La dimension politique<sup>28</sup> est à prendre en compte dans ce projet et il faut prendre le temps de se poser quelques questions. Quels impacts politiques peut produire la mise en place de la télémédecine au sein du CHC ? Et en quoi cette dimension pourrait être bloquante ?

Le groupe projet est constitué des différents acteurs nécessaires à la réalisation de ce projet : direction technique des systèmes d'informations, médecins, cadres de santé, ingénieur qualité. Le chef de projet, désigné par le médecin chef de pôle, est le responsable des systèmes d'informations, maillon incontournable de ce projet qui, même avec un travail important de réflexion autour de cette innovation, ne pourra jamais voir le jour sans une mise en place technique fiable et sécurisée.

Les cadres de santé concernés par le changement ne sont *a priori* pas hostiles à la mise en place de l'outil télémédecine. Leur avis a été recensé lors de mes déplacements dans les divers CMP où je n'étais pas missionnée officiellement pour le projet à venir, mais tout de même annoncée par le médecin chef de pôle qui a officiellement annoncé que mon projet managérial était un engagement vers un déploiement futur de la télémédecine dans les CMP de la Corse-du-Sud. L'alliance avec mes collègues a une importance puisque, sans leur concours, le déploiement sur site serait plus que difficile. Il ne faut pas perdre de vue que si l'accompagnement des équipes sur le terrain est ma mission, c'est bien le cadre de proximité qui fera vivre ce déploiement au quotidien. Une démarche de coopération pour ce projet est initiée auprès de mes collègues et, tout comme pour les infirmiers, j'ai opté pour une démarche impliquante en menant des entretiens

---

26. *Ibid*

27. *Ibid*

28. Dumond, JP. - Master MOS 17/18

auprès d'elles afin d'être au plus près de leurs besoins et attentes vis-à-vis de la télémédecine. Afin de porter le projet au sein de leurs unités, les cadres concernés échangeront sur les ressentis de leurs équipes, recueilleront les attendus des soignants, effectueront des points d'étapes lors des différentes actions et notamment lors des phases d'installation et test. La stratégie de déploiement compte une phase de test qui s'effectuera sur deux CMP ; l'un des deux sera le CMP d'un cadre de santé qui est clairement exprimé son intérêt à être impliquée dans cette dynamique de projet et, en conséquent, a intégré le groupe projet.

En ce qui concerne les IDE, le changement proposé tend à sécuriser et valoriser leur pratique. Cela répond à des besoins concrets qu'elles évoquent lors des entretiens et, sur les 13 rencontrés, seuls 3 ont montré une réticence à ce changement possible mais n'étaient pas pour autant hostiles à l'échange et à la possibilité d'une autre rencontre. En allant à leur rencontre, un des objectifs visés étaient d'instaurer un climat de confiance pour pouvoir entamer un travail constructif par la suite. Cette étape est fondamentale puisqu'il ne faut pas oublier que chacun de ces CMP est un système propre, avec son organisation, son mode de fonctionnement, de relation et que la solution proposée de téléconsultation non seulement n'est pas de leur initiative, mais va engendrer une modification des pratiques avec une ouverture à l'autre. Ici, cela touche leur autonomie, et une certaine forme de pouvoir de ces systèmes. L'échange est donc là pour les rassurer, les impliquer et donc leur donner aussi une autre forme de pouvoir. Le message important qui devait passer dès le début est que je ne venais pas dans leur « organisation pour imposer (mon) point de vue, mais pour construire avec les autres »<sup>29</sup>.

L'alliance avec la communauté médicale est plus difficile à estimer. Le médecin chef de pôle qui est porteur de ce projet envisage cette pratique depuis 2009. Si le projet a bien été soumis à l'avis de la CME, il n'a pas encore été concrètement abordé en réunion de pôle (qui réunit les psychiatres du pôle de psychiatrie adulte chaque semaine). Sur cette question, le médecin chef de pôle n'a pas encore de réponses concrètes. Il réside ici une faille qui doit être traitée assez rapidement. Il est notamment incontournable qu'au moins un psychiatre (hors le chef de pôle) intègre le groupe projet. Si ceux-ci ne se sentent pas impliqués au plus tôt dans le processus d'élaboration, par une présentation du projet de télémédecine lors d'une de leurs rencontres hebdomadaires pour engager un débat, le risque de défiance vis-à-vis de ce projet est important. La télé-psychiatrie doit être perçue comme une plus-value à leur pratique et non comme une charge supplémentaire. Pour la communauté médicale, il est important de valoriser le fait que ce projet de télémédecine a vocation à optimiser leur pratique, à la sécuriser et à tendre vers un gain de temps dans leur organisation. La question de l'acceptation de la pratique de télémédecine par les psychiatres risque d'avoir un impact sur la temporalité du projet, sorte de distorsion du temps entre l'engagement des infirmiers et celui des médecins.

Sur le territoire, il s'agit d'être force de proposition auprès de l'ARS avec un projet qui permette un maillage optimisé en interne et avec nos partenaires médico-sociaux, les urgences, maisons de santé, etc.. Ce projet sera transposable pour la psychiatrie de Haute-Corse dans le cadre de la CPT.

Actuellement, l'ARS de Corse est dans une phase d'audit avec le concours d'un prestataire extérieur. Cette opération a pour but de faire un état des lieux des besoins et ressources existants sur la région Corse en matière d'outils numériques en santé en constituant une cartographie

---

29. David Autissier, Isabelle Vandangeon-Derumez, Alain Vas - Conduite de changement : concepts clés – 50 ans issues des travaux des auteurs fondateurs – 2ème édition – DUNOD – Chapitre 8 : Peter Senge : Le changement par l'apprentissage – p. 65 à 70, p69.

numérique de la Corse. Chaque région doit se doter de services « socles » pour organiser et faire vivre les parcours de soins. Le parcours étant envisagé comme la modélisation du système de santé de façon systémique afin d'éviter une approche dite en « silo », il est le sujet d'innovations. La e-santé est un élément fédérateur que l'ARS veut optimiser pour ce qui existe déjà et développer pour les solutions telles que les services numériques d'appui à la coordination (Snacs) ou encore la télémédecine. Ce sont des outils de coopération avec un objectif de décloisonnement des pratiques ville/hôpital/médico-social<sup>30</sup>. La première brique des Snacs est la messagerie sécurisée qui permet les échanges entre l'hôpital et la ville. Elle servira, par exemple, à envoyer en instantané la lettre de liaison (un appel à projet est en cours) et permettra une activité de la télémédecine hôpital/ville sécurisée. Actuellement, le déploiement de la télémédecine est envisageable au sein du système hospitalier via le logiciel Génois® qui gère la partie médicament du CHC. L'objectif de déploiement de la messagerie sécurisée sur la Corse est septembre 2018 avec un budget de 500 000 euros.

#### **2.4.5 L'accompagnement des équipes pour une acceptabilité du changement**

Pour accompagner les équipes, il faut communiquer. Comprendre le système est une chose mais réduire le changement à sa compréhension est insuffisant. Il faut le comprendre pour pouvoir entrer en communication avec ses acteurs. La richesse de l'approche systémique est la combinatoire système/communication : « *l'un n'a aucun sens et aucune utilité sans la prise en compte de l'autre* »<sup>31</sup>. Ma stratégie repose sur cette conception, c'est en cela que des déplacements vers les différentes équipes sont incontournables, à la fois pour connaître les organisations qui seront impactées par le changement, et aussi pour être en relation directe avec les soignants qui sont au cœur du processus, et qui, pour la plupart, ne me connaissent pas, et par là même ne me reconnaissent pas (légitimité).

##### **La communication**

Le changement proposé est numérique, technologique. L'outil en lui-même, d'autant plus en psychiatrie, risque d'engendrer des résistances et en cela, il me paraît essentiel d'humaniser la relation lors de la présentation du projet et de la construction du processus lié à la mise en place de la téléconsultation, et ne pas faire l'économie de déplacements vers ces différentes équipes. Aller à la rencontre de ces équipes, c'est aussi une quête de sens. Les échanges dans les différents CMP ont pour objectif de recenser les ressources, les besoins existants, et aussi de permettre un travail, tout d'abord de sensibilisation, pour aller vers un travail de représentation autour de la question de la télémédecine en psychiatrie adulte. Entrer en contact avec les équipes, en leur permettant de libérer la parole autour de leurs représentations, instaure un dialogue, une médiation qui peut éviter un sentiment de flou, de trouble lié à une mauvaise communication (« *les gens résistent parce qu'ils sentent un mensonge, ou en tous cas, lorsqu'il y a des non-dits* »)<sup>32</sup>.

La stratégie que j'ai adopté pour l'accompagnement des équipes se résume bien dans les propos de C. Marsan : « *lorsque le changement est suffisamment bien expliqué, que les acteurs concernés sont impliqués au plus tôt dans le processus d'élaboration du changement ou de mise en œuvre,*

---

30. Réunion ARS – 04/04/2018

31. Systémique et entreprise – Mettre en œuvre une stratégie de changement – 3ème édition – PEARSON – Chapitre 1 : Les bases conceptuelles – p 18

32. Réussir le changement. Comment sortir des blocages individuels et collectifs – Partie 1 Comprendre les enjeux du changement aujourd'hui - De Boeck - Marsan, C. - 2008, p. 19

*alors les résistances diminuent. Il s'agit d'user de bon sens et de pédagogie pour parvenir à mobiliser des populations hétérogènes et à trouver les ressorts individuels et collectifs de l'adhésion »<sup>33</sup>. J'ai au plus tôt été à leur rencontre pour communiquer autour de la télémédecine, recueillir leurs besoins, leurs ressentis, leurs questionnements. J'ai souhaité les impliquer au plus tôt dans cette réflexion tout en étant force de proposition afin que les soignants rencontrés ne se sentent pas sans repère et dans un flou peu propice à les rassurer. Les actions contribuant au déploiement de la téléconsultation – télé-expertise en psychiatrie adulte auprès des équipes soignantes (qui sont déclinées ci-après), découlent de cette démarche collaborative.*

---

33. Réussir le changement. Comment sortir des blocages individuels et collectifs – Partie 1 Comprendre les enjeux du changement aujourd'hui - De Boeck - Marsan, C. - 2008, p. 108



## Chapitre 3

# LE PROJET EN ACTION

Cette partie formalise le projet en proposant concrètement la stratégie adoptée. « Aller des pratiques vers les conceptions » est l'élément moteur de ce projet. La stratégie proposée se veut impliquante pour les acteurs concernés, de par les outils de travail et de conception proposés.

Nous découvrirons comment l'évolution fonctionnelle souhaitée est construite pour aller concrètement vers les acteurs de terrain et un déploiement qui se veut tout à la fois source de créativité et de sens et aussi, sécurisant. Je ferai enfin une analyse de l'évolution engagée et de mon positionnement managérial au sein de celle-ci.

### 3.1 L'évolution fonctionnelle

Le but affiché est d'optimiser la qualité et la sécurité du soin dans les structures extrahospitalières en permettant une réponse médicale (consultation ou expertise) à distance. L'amélioration de l'accès aux soins est la priorité.

L'objectif pour l'infirmier sera d'accompagner le patient dans sa consultation médicale à distance et cela engage donc un changement de posture soignante.

L'évolution qui est à engager réside, dans le passage (appropriation et acceptation) d'une pratique soignante en face à face avec une relation physique, à une pratique à distance avec une interface technique de téléconsultation.

Afin de travailler autour de cette question, un processus élémentaire sera présenté aux équipes médicales et soignantes dans le but de le travailler ensemble. Ce processus « basique » est le socle du travail, une base nécessaire à la construction du processus à venir. Le processus de soin actuel va être transformé, tout comme la posture du soignant. Le soignant, en amont effectuera une évaluation de l'indication et de la faisabilité de la téléconsultation et organisera celle-ci ; pendant, il assistera le patient lors de la consultation ; après, il mènera un entretien infirmier qui permettra de clore la consultation (reformulation, finalisation d'une éventuelle orientation ou prescription, etc.). Il faudra pour cela rendre l'utilisation aisée de l'outil de téléconsultation pour une meilleure

intégration de celui-ci et donc acceptation.

### 3.1.1 L'esquisse du projet

Ici, nous vous proposons de découvrir l'aspect technique du projet, son ossature, qui permet de comprendre les choix opérés en terme de stratégie de changement et de déploiement. Il existe des incontournables aux *scenarii* proposés. En effet, avant toute chose, la sécurisation des systèmes d'informations de l'hôpital et des partenaires concernés doit être effective. La dimension technique du projet est une variable déterminante à tout déploiement. En ce sens, un travail de coopération avec le responsable des systèmes d'informations, chargé de mission des systèmes d'informations (SI) de santé de l'ARS est déjà engagé.

Deux *scenarii* ont été abordés dans l'optique du déploiement de la télé psychiatrie. Première option, un déploiement de grande ampleur a été évoqué avec le médecin chef de pôle. Il s'agissait ici de déployer le dispositif non seulement au sein même de notre organisation (et donc d'équiper les CMP de l'hôpital) mais aussi auprès de certains de nos partenaires comme les services d'urgences de l'hôpital d'Ajaccio et de la clinique de Porto-Vecchio.

La deuxième option étudiée est un déploiement au sein de notre hôpital engageant l'intra-hospitalier et les structures extra-hospitalières (CMP). Il s'agit ici de se concentrer sur nos organisations propres et donc d'éprouver le nouveau dispositif de soin sur un terrain connu permettant des réajustements avec des points d'étapes grâce aux retours d'expérience de nos soignants impliqués dans cette phase test de déploiement.

Cette dernière option a été retenue après avoir rencontré le chargé de mission de l'ARS qui, interpellé sur ce sujet stratégique au vue de son expérience de déploiements de télémédecine sur le territoire corse (par exemple en dermatologie), a vivement recommandé cette solution. Ensuite, le sujet a été soumis à la chefferie de pôle qui valide cette orientation. Ce scénario reste à être approuvé par l'ensemble du groupe projet et en directoire.

### 3.1.2 Le prototype

Il s'agit de définir précisément les modalités de recours et d'utilisation de la télé-psychiatrie (téléconsultation et télé-expertise). Pour ce faire, un groupe de travail sera constitué. Il est indispensable que les différents acteurs hospitaliers concernés par cette future pratique soient impliqués à l'élaboration de cette maquette : médecins, cadres de santé, infirmières, mais aussi l'équipe qualité qui est une ressource précieuse lors de ces étapes d'élaboration. Les différents processus selon les situations cliniques rencontrées seront envisagés avec les professionnels. Une description précise de l'organisation soignante, des types de recours, de l'accompagnement du patient et des étapes réglementaires sera déclinée.

Les besoins en formation seront répertoriés pour les différents professionnels techniques, médicaux et soignants. Un cahier des charges sera confié à l'unité pédagogique d'enseignement et de recherches (Uper) de notre établissement et au service formation. Lors de la présentation du pré-projet à l'ARS en octobre 2017, la question de la formation et du coût engendré a été soulevée

et une contribution financière spécifique pour ce volet a donc été abordée auprès du responsable de la mission « expertises et projets de santé » de l'ARS.

L'élaboration d'une procédure envisageant les deux types d'utilisation de la télémédecine sera déclinée. Pour l'acte de téléconsultation, il sera défini de façon précise les options possibles pour le patient, l'inclusion ou non de celui-ci. Une présentation sera réalisée aux médecins psychiatres lors d'une réunion dédiée, aux soignants via une présentation à la commission de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT). Ces présentations formaliseront ce nouvel outil.

Le processus de réalisation de l'acte de télé-psychiatrie est présenté en figure 3.1.

ACTE	PROCESSUS	ACTEURS	LIEUX
DEMANDE	<p><b>Détection</b> Identification du besoin de prise en charge à distance</p> <p>Information du patient Recueil de son consentement</p> <p><b>Décision d'acte de télémédecine</b> Choix d'une prise en charge à distance</p>	<p>IDE Psychologue Psychiatre</p> <p>IDE Psychiatre Patient</p> <p>Psychiatre</p>	<p>CMP CH Castelluccio</p> <p>CMP</p> <p>CMP CH Castelluccio</p>
	<p><b>Recueil des données nécessaires</b> Données administratives Données médicales</p> <p><b>Planification</b> Planification (temps, lieu, matériel, acteurs) Information de la planification</p>	<p>Patient Secrétaire IDE Psychiatre</p>	<p>CMP CH Castelluccio</p>
REALISATION	<p><b>Préparation de l'environnement et/ou du patient</b> Préparation du patient (si nécessaire) Préparation du dispositif TLM (si nécessaire) Mise à disposition des données</p> <p><b>Consultation médicale</b> Observation du patient (avec l'aide de l'IDE) Consultation des données du dossier/observation IDE Réalisation de la consultation</p>	<p>Secrétaire IDE</p> <p>IDE Psychiatre Patient</p>	<p>CMP</p>
CONCLUSION	<p><b>Rédaction d'un compte rendu</b> Rédaction des observations Mise à jour du dossier du patient</p> <p><b>Diffusion du compte rendu</b> Envoi du CR aux PS impliqués dans la prise en charge</p>	<p>IDE Psychiatre Secrétaire</p> <p>Médecin généraliste</p>	<p>DPI CMP CH Castelluccio</p> <p>DPI CMP</p>

Figure 3.1 – Processus de réalisation de l'acte de télé-psychiatrie : élaboré à partir de l'outil proposé par l'Anap

Chaque processus demande à être décliné en sous processus afin d'homogénéiser et de sécuriser les pratiques.

Pour exemple, la figure 3.2 présente la proposition de déclinaison de la phase de demande proposée par l'Anap<sup>1</sup> et tout à fait transposable en télé-psychiatrie.

1. La télémédecine en action – Construire un projet de télémédecine – Anap – février 2016 - <https://www.occitanie.ars.sante.fr/system/files/2017>

Activités	Tâches	Acteur	TLC	TLE
<b>Détection</b>	Identification du besoin de prise en charge à distance d'un patient	Professionnel de santé	x	x
	<i>Cas de sortie : non éligibilité à la TLM (refus du patient, pas de dispositif de TLM déployé pour dispositif de TLM existant mais temporairement indisponible...).</i>			
<b>Information du patient Recueil de son consentement</b>	Information du patient au sens de l'article L. 1111-2 du code de la santé publique	Tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences	x	x
	Recueil du consentement libre et éclairé de la personne (sauf urgence ou impossibilité). Ce consentement recouvre différentes notions : • acte médical; • acte à distance; • hébergement externalisé des données de santé.	Médecin requérant	x	x
	<i>Cas de sortie : refus du patient.</i>			
<b>Décision d'acte de TLM</b>	Formulation de la demande de prise en charge par télémedecine	Médecin requérant	x	x
	<i>Cas de sortie : contre-indication</i>			
	Acceptation de la demande qui peut être réalisée : • pour chaque demande • de façon implicite selon une règle organisationnelle (ex. : disponibilité dans une plage dédiée).	Médecin requis	x	x

TLC : téléconsultation  
TLE : télé-expertise

Figure 3.2 – proposition de déclinaison de la phase de demande

### 3.1.3 L'expérimentation

Cette phase concernera deux CMP pilotes. Pour qu'elle puisse voir le jour, le dispositif technique devra être déployé sur ces 2 sites mais aussi en intra-hospitalier et sur les 2 CMP ajacciens où l'activité des psychiatres est importante. Cette phase se fera sur 6 mois. Le nombre de recours aux actes de téléconsultation et de télé-expertise seront des indicateurs à suivre, mais aussi le respect des délais dans le processus de prise en charge ou encore l'usage des outils techniques. Les éventuels événements indésirables permettront de modifier l'organisation, de faire évoluer le processus. En permettant aux acteurs concernés par cette expérimentation d'être moteur dans le développement du projet par leurs remarques et contributions, nous les impliquons dans le processus de projet et dans le changement. Ils seront une ressource pour la généralisation du déploiement notamment en partageant leurs expériences.

## 3.2 Présentation et validation

### Les équipes soignantes concernées

Durant la réunion d'équipe mensuelle<sup>2</sup>, j'ai présenté le projet de déploiement de la télémédecine au sein du pôle de psychiatrie adulte à l'équipe infirmière du CMP de Sagone. Dans un premier temps, je leur ai exposé les observations que j'ai pu effectuer à partir de leurs pratiques quotidiennes sur une période de 18 mois : isolement, manque de réponses lors de situations spécifiques qui nécessiterait une expertise médicale, absence de consultations possibles sur site en urgence avec des patients connus. Ces observations sont confirmées par l'équipe, leur ressenti est identique.

À la question « que pourrait vous apporter un dispositif tel que la télé consultation et/ou la télé expertise ? », l'équipe évoque « *l'amélioration du travail de réseau* » et le « *décloisonnement* ». Cette perspective de travail les «  *rassure* », tout en précisant que cela «  *permettrait de répondre à un sentiment d'inefficacité* ».

Cette première approche de la thématique auprès des infirmiers est engageante. Elle permet d'envisager cet outil de soin non seulement comme un palliatif pour la communauté médicale, qui dispose de peu de temps et qui est multi-sites, mais aussi comme un dispositif support pour ces équipes de soins, isolées géographiquement et habituées à travailler avec un réseau de professionnels eux aussi en demande de lien, d'expertise dans leurs pratiques quotidiennes auprès des patients.

### La position médicale

Le médecin chef de pôle est partie prenante de ce projet. La télémédecine a été une de ses pistes de travail dès 2008/2009. En 2017, l'élaboration du projet médical a été l'occasion de réaffirmer cette nécessité de disposer d'un tel outil dans le contexte territorial qui est le nôtre. L'activité de télé psychiatrie est donc inscrite comme un des points forts de l'orientation médicale au sein du pôle de psychiatrie adulte. Outre le projet de pôle, ce projet de déploiement se veut être un projet inter pôles mais aussi de CPT. C'est en ce sens que le médecin chef de pôle a porté ce projet auprès de l'ARS, en octobre 2017, en présence des acteurs de la psychiatrie de Haute-Corse.

### La commission des usagers (CDU)

La CDU du 3 avril a été l'occasion de présenter aux représentants des usagers la thématique de mon projet managérial. Ma démarche était de recueillir leurs avis sur le sujet et d'avoir un échange sur la possibilité d'utilisation d'un tel outil en psychiatrie. Sur les trois représentants présents, l'un était dubitatif et a affiché une méfiance envers les nouveaux outils numériques de santé en précisant que rien ne peut remplacer le contact humain. Les deux autres représentants expriment quelques réticences mais les arguments que je leur apporte permet une réelle ouverture. Ils conviennent que la télémédecine peut effectivement apporter un plus à l'accompagnement des patients dans ces situations complexes qui ont lieu dans des zones géographiques éloignées d'Ajaccio. Ils soulignent leur crainte du mésusage de l'outil, avec une utilisation systématique qui

---

2. Entretien avec l'IDE de Sagone du 06/11/2017

priverait les patients de consultations médicales classiques (en présentiel). Cette crainte, nous le verrons plus tard, est partagée par le corps infirmier et un élément crucial à prendre en compte dans le processus qui sera proposé. L'échange permet de poser le sujet et de recueillir leurs premières réactions, tout en sachant que les usagers seront informés et concertés régulièrement lors de la construction et mise en œuvre du projet.

### 3.3 Le groupe projet

Le groupe projet a été constitué par le médecin chef de pôle. Il a été construit en fonction des domaines d'activité de chacun, permettant une complémentarité, et n'est pas, *a priori*, finalisé dans sa composition de manière définitive.

Le chef de projet est le responsable des systèmes informatiques (RSI). La télémédecine est une question qui le préoccupe depuis 2009 et qui n'avait pas encore été portée officiellement par l'établissement. Son positionnement régional est aussi un paramètre important puisqu'il est à l'origine de la mise en place du groupement de coopération sanitaire systèmes d'information régionale de santé de Corse (GCS SIRSCO). Il a, à son actif, plusieurs déploiements dont le logiciel pharmacie « Génois® » et le dossier patient informatisé (DPI) qui est effectif pour le pôle de médecine et le pôle de pédo-psychiatrie et à venir pour le pôle de psychiatrie adulte. La dimension technique de ce déploiement le concerne tout particulièrement à la fois pour opérationnaliser l'outil télémédecine dans les lieux concernés en coopération avec les soignants concernés, et pour l'étape de formation qui doit permettre une prise en main la plus aisée possible pour que l'outil soit non pas obstacle mais facilitant. La stabilité de la solution, les zones couvertes ou non, la sécurisation des lignes et de l'hébergement des données sont de sa responsabilité. Il est le garant de la question de la confidentialité même si cette préoccupation doit être celle de tous les membres du groupe projet dans un souci d'« éthique technique ».

Le médecin chef de pôle fait partie du groupe. Il est sensibilisé à cette question depuis 2009, tout comme le RSI. Le projet médical de pôle a été la première pierre de ce projet puisqu'il y apparaît clairement comme une piste d'amélioration essentielle à la pratique médicale, à une meilleure prise en charge des patients à distance tant en direct *via* la téléconsultation, qu'en support auprès d'autres professionnels de santé *via* la télé-expertise. Son positionnement, mais aussi (et surtout) sa croyance en ce changement, sont essentiels pour l'adhésion des autres praticiens à ce projet. En effet, le pouvoir de persuasion et d'adhésion au projet est un paramètre fort pour son développement. L'esprit de ce processus est que « *nous privilégions dans les informations que nous percevons et que nous émettons celles qui nous confortent dans nos croyances* ». En cela, « *une anticipation a tendance à se réaliser à la mesure de la force de l'adhésion de celui qui la porte* ». C'est ce que Robert Merton a nommé la « *prophétie auto-réalisatrice* »<sup>3</sup>. Si le chef de pôle est emprunt de ce projet et persuadé de son utilité, alors, le porter auprès de ses confrères sera plus naturel, plus évident.

Une cadre supérieure de santé, qui est en responsabilité des deux CMP qui se trouvent à Propriano et à Sartène, a intégré le groupe projet. Ceci est un atout puisque ces deux CMP sont concernés directement par ce projet. De plus, elle a l'expérience du déploiement du DPI sur le

---

3. Systémique et entreprise – Mettre en œuvre une stratégie de changement – 3ème édition – Pearson – Chapitre 1 : Les bases conceptuelles – p 34

pôle de médecine, cette mission transversale lui ayant été confiée ainsi qu'à une cadre de santé et une secrétaire administrative.

Un ingénieur qualité participe à ce projet mettant à disposition ses compétences à construire le processus (et les procédures qui en découleront) élaboré par le groupe de travail. Il nous amènera un éclairage supplémentaire, notamment réglementaire.

Il me semble essentiel qu'un médecin psychiatre intègre ce groupe de travail afin de penser l'organisation télémédecine au sein du CHC. Sans l'adoption de la solution numérique par la communauté médicale, et donc son appropriation, le projet ne pourra pas être un succès.

De plus, la participation d'un membre de la CDU contribuerait à une réflexion intégrant la réalité des patients et à ouvrir le débat hors les murs de l'hôpital.

### **3.4 Stratégie d'un déploiement : co-construire le changement requis**

Dans une logique de co-construction, la connaissance du système, des inter-relations existantes au sein de celui-ci est essentielle car « il n'est plus possible désormais de dissocier l'individu de ses relations, ni des interactions du « système » entreprise dans lequel il évolue »<sup>4</sup>.

La stratégie de changement envisagée est de partir des pratiques actuelles avec organisation d'une rencontre, sur leurs terrains, des équipes concernées par la distance géographique et d'une présence médicale non quotidienne (voire bi-mensuelle). Cette rencontre s'effectuera sur la base de la présentation du présent projet managérial, qui est le déploiement de télémédecine en psychiatrie adulte et donc qui les concerne. Lors de la rencontre, des entretiens avec les infirmières présentes seront organisés permettant d'étayer mon sujet et de confirmer les besoins repérés en amont. L'objectif visé est d'impliquer les infirmières par le biais du questionnement autour de leurs pratiques et de leur contribution à cette réflexion. Proposition leur sera faite d'une rencontre ultérieure réunissant les équipes soignantes des CMP concernés autour d'un travail de groupe sur les représentations des soignants sur la pratique de la télé-psychiatrie. L'objectif visé est de permettre une cohésion autour d'une nouvelle pratique en travaillant sur les conceptions du soin en psychiatrie. La démarche proposée vise à la construction du changement fonctionnel en se projetant dans l'utilisation de la télé-psychiatrie. Ces expériences de travail en commun, de rencontres, de discussion ont pour but de construire des expériences où les professionnels s'engagent dans ce projet et ces moments sont décisifs pour la réussite du changement à venir.

Plusieurs étapes sont à suivre, elles se succéderont pour certaines (accompagnement des soignants vers un nouvel outil de soin et nouvelle procédure), et parfois se chevaucheront (étapes techniques et de validation qui se superposeront aux étapes d'accompagnement).

---

4. Réussir le changement. Comment sortir des blocages individuels et collectifs – Partie 1 Comprendre les enjeux du changement aujourd'hui - De Boeck - Marsan, C. - 2008, p. 18

### 3.4.1 Aller à la rencontre des équipes : constater le travail réel

La stratégie de changement engagée est de partir des pratiques actuelles, des différents CMP du pôle de psychiatrie adulte hors Ajaccio, avec l'organisation d'une rencontre, sur leurs terrains, des équipes concernées par la distance géographique et/ou d'une présence médicale non quotidienne (voire bi mensuelle). Cette rencontre s'effectuera dans le cadre de mon projet managérial et donc de la présentation du projet de déploiement de télé-médecine. Lors de celle-ci, des entretiens avec les infirmier(ères) présents(es) sont organisés permettant d'étayer mon sujet et de confirmer les besoins repérés en amont. L'objectif visé est d'impliquer les infirmier(ères) par le biais du questionnement autour de leurs pratiques et de leur contribution à cette réflexion. Ici, il s'agit de préparer et d'élaborer, avec les soignants concernés, le changement à venir, les impliquer rapidement en s'appuyant sur leurs compétences, la reconnaissance<sup>5</sup> de celles-ci étant fondamentales pour construire le changement. Cette étape, qui a déjà eu lieu, a été cruciale. Elle est le socle du projet et une mauvaise approche de ces différents soignants auraient été ce que je pourrais qualifier de « faux départ ». Elle a eu lieu de mars à avril 2018 et s'est déroulée en deux temps, un temps informel de rencontre avec ces équipes, car nous ne nous connaissions pas<sup>6</sup>, et un temps formel durant lequel s'est effectué l'entretien (annexe C), en tête à tête, avec chacun d'entre eux. Elle m'a permis d'évoquer le travail réel des infirmiers travaillant dans ces différents CMP et qui se rejoignent dans leurs pratiques. Cela a été l'occasion d'un premier échange autour de la question de la télé-médecine et d'approfondir leurs ressentis et leur positionnement. J'ai pu recueillir, pour quelques infirmiers, quelques doutes concernant l'utilisation de la télé-médecine en psychiatrie mais surtout un vif intérêt à cette possibilité. Les entretiens terminés, les soignants ont fait preuve de curiosité pour le projet possiblement déployable et je n'ai rencontré aucune réaction qui pourrait laisser envisager une difficulté majeure à ce déploiement.

Les infirmiers ont non seulement montré de l'intérêt pour cet outil mais aussi contribué à envisager son utilisation avec des exemples bien précis se rattachant à leurs pratiques quotidiennes. Pour exemple, le CMP de Porto-Vecchio, qui ne connaît pas de difficulté de ressource médicale, aurait pu ne pas avoir d'attrait pour l'outil. L'échange a permis de faire émerger un besoin au niveau de l'addictologie. Certes, la ressource médicale est présente, mais l'expertise pour la question de l'addictologie manque. Ce sont les infirmiers eux-mêmes (4 sur 7) qui ont fait émerger cette possibilité (lors des entretiens individuels) d'utilisation et l'amélioration que cela engendrerait pour la prise en soin du patient.

J'ai aussi rencontré mes deux collègues cadres en responsabilité des CMP de Propriano/Sartène et de Porto-Vecchio. Les entretiens (annexe D) ont porté à la fois sur le fonctionnement de leurs structures, les ressources allouées et les besoins possibles mais aussi sur leurs perceptions de la télé-psychiatrie, la faisabilité d'introduire cette pratique aussi bien d'un point de vue technique que d'un point de vue humain. Ces cadres connaissent leurs équipes et ont déjà une connaissance du niveau de résistance au changement possible. Les échanges qui ont eu lieu ont permis d'envisager la pratique de la télé-médecine dans leurs structures. La cadre de Propriano/Sartène a émis le souhait d'être un des sites pilotes dans le futur processus de déploiement.

La conclusion de mes visites auprès des différents CMP a été la même pour tous : pouvoir se rencontrer de nouveau sur ce sujet avec l'espoir qu'il voit le jour.

---

5. Systémique et entreprise – Mettre en œuvre une stratégie de changement – 3ème édition – Pearson – Chapitre 6 : Les outils d'intervention – p 163

6. Hormis les deux infirmières du CMP de Sagone, un des CMP dont j'ai la responsabilité

L'accueil qui a été fait au sujet de ce projet est un levier pour la suite à donner.

### **3.4.2 Une journée thématique sur les représentations soignantes de l'utilisation de la télémédecine en psychiatrie**

À la suite de cette première étape, il sera fait la proposition d'une rencontre ultérieure réunissant les équipes soignantes des CMP concernés autour d'un travail de groupe sur les représentations des soignants concernant la pratique de la télé-psychiatrie. La participation des médecins psychiatres serait souhaitable. Le diagramme d'affinités type « KJ » sera l'outil utilisé<sup>7</sup>. Son utilisation permet en un temps limité pour un groupe de créer une vision partagée d'une situation. L'objectif visé est de permettre une cohésion autour d'une nouvelle pratique en travaillant sur les conceptions du soin en psychiatrie. La démarche proposée vise à impliquer les acteurs qui seront concernés par le changement fonctionnel en procédant à la déclinaison des représentations actuelles de l'activité, pour ensuite se projeter dans l'utilisation de la télé-psychiatrie. Le travail sur les représentations doit servir à lever les éventuels obstacles cognitifs existants chez les soignants pour aller vers de nouvelles pratiques. Cette étape de déconstruction est essentielle pour co-construire le projet.

### **3.4.3 Co-construction du projet avec élaboration du processus et des procédures liées à celui-ci**

L'objectif est de permettre aux soignants de mieux supporter le changement en ayant un espace permettant des discussions implicantes. Celui-ci peut-être vu comme un « *espace de délibération* » qui « *est (donc) un espace où les gens formulent des opinions. Quand l'activité de délibération sur le travail fonctionne, il est possible d'aboutir à la production d'un consensus, sous la forme d'accords entre les gens, sur ce qui est efficace ou non pour réaliser un travail de qualité* »<sup>8</sup>. Pour ce faire, un groupe de travail sera constitué avec les soignants déjà concernés/impliqués dans la réflexion et des membres du groupe projet (médecin chef de pôle, ingénieur qualité, cadre de pôle, cadres des sites concernés).

Un des membres du groupe projet devra animer ces rencontres. Il aura pour missions l'organisation de celles-ci mais aussi il aura un rôle d'animateur, de médiateur, de régulateur, possiblement de négociateur, mais aussi il devra faire preuve d'arbitrage et d'autorité en cas de divergences de points de vue.

---

7. Daniel Crepin, « L'approche systémique : pour manager plus efficacement, un nouvel outil de lecture des organisations » - Recherche en soins infirmiers 2007/4 (N 91), p. 97-105.

8. Christophe Dejours, Isabelle Gernet « Travail, subjectivité et confiance », Nouvelle revue de psychosociologie 2012/1 (n 13), p. 75-91 – consultable sur : <https://www.cairn.info/revue-nouvelle-revue-de-psychosociologie-2012-1-page-75.htm>

La première réunion s'effectuera sur Ajaccio afin d'avoir un premier contact en direct. Les réunions suivantes se feront en visio-conférence avec un double objectif :

- permettre une régularité dans les rencontres (puisque les différents acteurs concernés sont sur des lieux distants géographiquement et cela ne permet pas de mobiliser chacun d'entre eux hebdomadairement) ;
- mettre en situation les acteurs avec le nouvel outil pour à la fois permettre une appropriation et un travail d'adhésion.

Une rencontre à mi-parcours et une finale rassembleront le groupe de travail pour validation du processus et des procédures adjointes.

### 3.4.4 La formation

L'introduction de la télémédecine ne se résume pas à une nouveauté technique. La formation qui sera proposée doit aller au-delà de cet aspect, qui certes est incontournable mais, qui est réducteur du processus innovant. Il y a, à la fois, l'acte technique qui doit être pris en compte et aussi l'impact de cet acte sur l'organisation et de surcroît sur la posture du soignant. La décision d'utilisation, les critères d'inclusion, l'optimisation de la séance malgré l'interface technique, les aléas techniques ou humains lors de celle-ci sont autant de facteurs à prendre en compte dans le dispositif de formation qui sera proposé. Monique Linard parle de « *dispositif* » qui « *agit comme un révélateur qui met en évidence toutes les conditions humaines non strictement rationnelles de l'action efficace : en particulier les tensions entre intention et réalisation, objectif et stratégie, pratique et théorie, contraintes sociales et autonomie individuelle* »<sup>9</sup>.

La formation est déjà engagée.

Les actions préliminaires effectuées auprès des soignants lors des rencontres au sein des CMP sont, en soi, une première approche de celle-ci. Amener à réfléchir sur le sujet, se questionner est une amorce de la formation. La seconde phase qui amènera les soignants à se regrouper pour travailler sur leur représentations, pour aller ensuite vers la construction de leurs attentes de la télé-psychiatrie, représente aussi une étape de formation. Ce travail, qui est plus subjectif, prépare à des phases plus théoriques et conceptuelles, mais aussi à la phase de déploiement où le processus de formation sera réellement en action. En effet, à ce moment précis la relation à l'objet sera concrète avec les interactions que cela suscite entre l'environnement, les acteurs concernés (patient/famille/entourage/psychiatre à distance) et donc le contexte<sup>10</sup>. Bien sûr, il y a aussi l'aspect objectif qui concerne plus la connaissance du processus à engager et des procédures à mobiliser pour effectuer l'acte qui nécessitera plus ici des apports « *qui correspondent davantage à un faire qu'à un savoir-faire* »<sup>11</sup>.

Le cadre responsable de l'Uper et le service formation seront mobilisés pour l'élaboration du

---

9. Monique Linard. Conception de dispositifs et changement de paradigme en formation. Éducation permanente, Paris : Documentation française, 2002, Regards multiples sur les nouveaux dispositifs de formation, pp.143-155.

10. *Ibid* « Ni purement objectives, ni purement subjectives, l'activité et la connaissance humaines sont d'abord un mode de relation entre des sujets, des objets et des situations. C'est cette relation de plus en plus transformée par les TIC qu'il s'agit désormais de repenser et d'accompagner dans les dispositifs de formation ».

11. Systémique et entreprise – Mettre en œuvre une stratégie de changement – 3ème édition – Pearson – Chapitre 6 : Les outils d'intervention – p 189

plan de formation. Dans cette étape, un des supports possibles sera la fiche technique n° 4 du document Anap « La télémédecine en action : construire un projet de télémédecine »<sup>12</sup>.

L'action de formation est donc envisagée en deux temps :

- le premier temps réunit les soignants concernés par le changement. Ce temps est organisé sur 3 journées de formation. Les aspects réglementaires, éthiques, techniques et soignants (intégrer la téléconsultation / télé-expertise dans le parcours de soin du patient : rôle et posture de l'infirmier) seront développés ;
- dans un second temps, sur site, un accompagnement des soignants sur l'aspect technique avec prise en main de l'outil en situation de travail réelle sera mis en place. L'ergonomie sera à ce moment travaillée avec les personnels techniques pour une meilleure appropriation de l'outil. Les soignants ont connaissance de leur environnement de travail et donc s'impliqueront d'autant mieux dans l'installation de l'outil. Un questionnement opératoire sera alors possible et l'adaptation de l'utilisation de l'outil au contexte envisageable. Ce temps plus technique sera complété par la phase dite « test » qui est le prolongement de l'action de formation.

### 3.4.5 La phase « test »

Il s'agit ici de contextualiser avec une mise en situation réelle. Cette phase « test » va permettre d'être au contact de la nouvelle pratique afin de s'y confronter pour mieux l'interroger, l'éprouver et donc construire son utilisation au sein même de son lieu d'exercice.

Il s'agit de créer du sens autour de cette pratique pour les futurs utilisateurs comme la théorie de Weick, le *sensemaking*, avance que « *le sens n'est pas construit avant l'action mais pendant l'action* »<sup>13</sup>. L'accompagnement s'effectue alors dans l'activité même, au plus près des soignants qui sont « *des vecteurs de construction et de diffusion du sens* »<sup>14</sup>, avec l'idée que « *le changement se construit sur le terrain dans les interactions entre les individus en fonction de leur perception d'écart et de leur capacité à interagir* »<sup>15</sup>. La stratégie reposera donc sur une mise en situation sur site et de façon graduelle.

D'abord, avec la mise en œuvre de réunions de concertations pluriprofessionnelles en visio-conférence qui permettront d'aller vers de la télé-expertise (mise en place de la procédure travaillée en amont) lors de situations complexes. Cela permettra d'acquérir une meilleure appropriation technique voire relationnelle avec le dispositif. De plus, cela permettra d'éprouver l'outil et de s'assurer de son opérationnalité avant d'engager un patient dans le processus.

Ensuite, il sera possible d'organiser une téléconsultation avec un « patient test » qui aura été sélectionné par le psychiatre référent qui s'assurera de la stabilité de sa pathologie, de l'adhésion

---

12. La télémédecine en action – Construire un projet de télémédecine – Anap – février 2016

13. David Autissier, Isabelle Vandangeon-Derumez, Alain Vas - Conduite de changement : concepts clés – 50 ans issues des travaux des auteurs fondateurs – 2ème édition – DUNOD – Chapitre 9 : Karl E. Weick : Créer du sens pour accompagner le changement et renforcer la résilience de l'organisation – p. 71 à 78, p71.

14. textitlbid - p. 72

15. textitlbid - p.72

possible à cette phase test sans que celle-ci ait une répercussion sur son état clinique et de recueillir son accord.

Il s'agit de mobiliser les savoirs existants en situation pour générer de la compétence.

## **3.5 Freins et leviers repérés**

### **3.5.1 Les freins**

D'un point de vue contextuel, les freins actuels résident dans un changement de direction qui perdure depuis juin 2017. Les directeurs par intérim se succèdent et le prochain directeur est annoncé pour mai 2018. Cela a engendré un flottement institutionnel dans les différents projets engagés et donc par ricochet sur le projet télémédecine, ce qui entraîne un flottement auprès des équipes, un sentiment que leurs pratiques ne va pas changer prochainement, un déficit de croyance.

D'un point de vue matériel, la télémédecine demande à ce que la solution technique soit fiable, d'autant plus avec une téléconsultation en psychiatrie où l'entretien est un moment thérapeutique fort. En effet, il ne peut être envisagé un support technique non performant qui parasiterait la consultation. La consultation à distance ne peut avoir lieu sans que l'outil n'ait été vérifié avec une opérationnalité garantissant la qualité de l'échange entre le praticien et son patient. Actuellement, le réseau informatique n'est pas stable et est en cours d'optimisation. Ce point est essentiel et a été souligné par la majorité des soignants rencontrés lors des entretiens. L'adhésion des professionnels de santé et des usagers ne sera possible que s'il existe une sérénité technique permettant même d'oublier l'outil pour ne penser qu'à l'échange qui a lieu entre le praticien et l'utilisateur.

Il est alors impératif de prévoir une procédure dégradée en cas de panne du réseau ou de coupure pour quelque motif que ce soit. Un des points importants de cette procédure sera un relais téléphonique entre le praticien, le patient et l'IDE présent(e) afin de conclure la téléconsultation via une conférence téléphonique. Si le réseau téléphonique est hors-service, il reviendra à l'IDE de poursuivre *via* un entretien infirmier et de programmer une nouvelle consultation. Un frein réside dans le fait que l'instabilité du réseau informatique impacte sur la confiance des agents dans le système et donc sur leur croyance en la solution. Cela a un impact à la fois organisationnel et sur les ressources humaines.

Au niveau organisationnel, les freins attendus sont de l'ordre de l'utilisation envisagée de l'outil. Les médecins n'ont pas encore débattu autour de l'organisation à mettre en place. Les niveaux d'attente des médecins de l'utilisation de l'outil sont très disparates. Le contexte procédural est à construire et son élaboration peut ne pas être aisée selon les niveaux d'attente de chacun, cela freine le processus.

Au niveau des ressources humaines, l'utilisation de l'outil pose déjà question aux soignants consultés sur le sujet. La crainte est que, d'une valeur ajoutée attendue de l'outil, nous arrivions à un effet antagoniste avec une dérive de l'utilisation de la téléconsultation.

En effet, la crainte exprimée est que les médecins utilisent l'outil mais ne se déplacent plus, ou moins, or si « *la télépsychiatrie ne constitue pas une solution de remplacement à la mise en place d'infrastructures (...) pour répondre aux besoins de la population en matière de services psychiatriques* »<sup>16</sup>, elle ne doit pas non plus remplacer la présence médicale actuellement existante mais bien pallier à des besoins actuels.

Enfin, il existe un décalage temporel entre l'action menée auprès des IDE et l'action menée auprès des psychiatres. Ce décalage est à prendre en compte et doit pouvoir rapidement s'estomper pour ne pas affecter la dynamique engendrée par les IDE.

### 3.5.2 Les leviers

Les leviers sont de plusieurs ordres :

- Le contexte de politique nationale qui monte en puissance avec notamment des allocations de ressources prévues pour financer les projets de télémédecine. Si la question financière s'éclaircit, nous avons un levier économique non négligeable pour l'institution. Le contexte régional est propice avec la volonté d'optimiser les parcours patients ;
- L'accueil favorable de la part des IDE rencontrés/ées sur la question de l'utilisation de la télémédecine et la possibilité de déploiement dans leurs unités respectives. La majorité d'entre eux sont déjà dans la prospective de déploiement vers nos partenaires extérieurs, nous pouvons donc déjà parler de début d'adhésion<sup>17</sup> ;
- Le déploiement du DPI est prévu dernier trimestre 2018 pour la psychiatrie adulte. Cela permettra une complémentarité avec l'outil télémédecine puisque les prescriptions pourront se faire à distance avec la signature électronique. Le déploiement du DPI s'effectuera en amont de la télémédecine et aura permis une appropriation de l'outil informatique pour les agents qui éprouvent des difficultés avec celui-ci ;
- Pour que les médecins puissent s'approprier l'outil et s'engagent dans le processus, il serait intéressant de leur proposer des RCP en visio-conférence, qui n'est certes pas un acte de télémédecine, mais qui permettrait à la fois une appropriation de l'outil technique et une aisance (moins de défiance) pour aller vers la téléconsultation, et/ou la télé-expertise, par la suite. L'objectif est de faire évoluer leurs représentations en les faisant pratiquer.

---

16. Gérard Massé et al citent L'Agence québécoise (p. 808)

17. Dumond, JP. - Master MOS 17/18

## 3.6 Les indicateurs d'opérationnalité ou comment mesurer si cela a fonctionné ?

Les différents indicateurs permettront d'accompagner et d'objectiver la montée en charge du déploiement. Nous pourrions évaluer les effets constructifs de cette nouvelle organisation en explorant les points de vue des différents acteurs.

### 3.6.1 Le point de vue des infirmiers

Les retours des infirmiers seront recueillis lors d'une réunion post « action test », puis une réunion à 3 mois post-déploiement et à 6 mois, mais aussi lors de réunions de pôle avec retour des cadres des sites concernés.

Ces retours permettront de constater des effets constructifs si les soignants expriment un enrichissement à la fois relationnel lié au changement et un sentiment de retour sur investissement<sup>18</sup> de leur part (ils ont donné pour contribuer au changement en attendant une plus-value, la reconnaissance du don/contre-don).

Les avis exprimés, les ressentis, les éventuelles résistances au changement engagé devront être remobilisés. Concernant la résistance éventuellement exprimée, il s'agira de « *l'entendre, de l'écouter, de la comprendre pour extraire du sens et pouvoir ensuite agir collectivement pour trouver des solutions* »<sup>19</sup>. Il ne s'agira pas d'être uniquement en mode « écoute » mais de poursuivre le mouvement engagé initialement avec ces acteurs en permettant des révisions du processus co-construit.

Cette étape est cruciale pour que les soignants ne se sentent pas dépossédés une fois l'outil installé. Ils doivent toujours se sentir impliqués et en action autour de la question de l'utilisation la plus optimale de l'outil de télémédecine.

### 3.6.2 Le point de vue des psychiatres

Le taux de recours à la télé-expertise et téléconsultation devra être quantifié. Chaque rapport d'activité des CMP concernés devra mentionner le nombre de recours par an. Cela nous donnera une indication de l'adhésion des psychiatres au dispositif et aussi leur profil afin d'analyser les éventuelles réticences au recours à la télémédecine. Une différence devra être faite entre téléconsultation et télé-expertise car un médecin peut recourir à l'un et pas à l'autre des solutions proposées.

---

18. Systémique et entreprise – Mettre en œuvre une stratégie de changement – 3ème édition – PEARSON – Chapitre 7 : Construire une stratégie – p 219/220

19. Réussir le changement. Comment sortir des blocages individuels et collectifs – Partie 2 Gérer les changements individuels et collectifs - De Boeck - MARSAN, C. - 2008, p. 161

Une évaluation des pratiques professionnelles (EPP) sera programmée afin d'évaluer les conditions de recours à la télé médecine (téléconsultation et télé-expertise). La démarche d'EPP<sup>20</sup> s'inscrit dans la démarche qualité de l'établissement. Elle permettra d'analyser l'activité en lien avec les recommandations de la Haute autorité de santé (HAS) et contribuera notamment au processus « parcours du patient en psychiatrie adulte ».

Les critères à auditer seront d'ordre techniques (qualité de l'image, du son), organisationnels (fluidité de l'échange, accompagnement du patient à la consultation) et éthiques (recours qui ne se substitue pas à la consultation en présentiel mais qui est en plus, recueil du consentement). Les indications retenues par les médecins pour le recours à la téléconsultation seront répertoriées. Des questionnaires et entretiens semi-directifs seront utilisés. Cette EPP sera programmée un an après la mise en route du dispositif.

La satisfaction des médecins pourra être étudiée via les signalements d'événements indésirables ; ici, c'est plus l'aspect technique qui sera observé. Ceci vaut aussi bien pour les infirmiers. Le logiciel YES<sup>®</sup>, qui trace les événements indésirables, est bien assimilé et utilisé au sein de l'institution.

### **3.6.3 Le point de vue des usagers**

La satisfaction sera quotée *via* des questionnaires remis aux patients bénéficiant du dispositif. Ces questionnaires seront analysés à échéance plus brève lors de la phase « test » et correspondront aux réunions prévues à 3 et 6 mois avec les équipes concernées. Les cadres des CMP seront en charge de récolter ces questionnaires et de faire remonter les informations. L'équipe qualité sera un appui technique pour le dépouillement et l'analyse de ceux-ci. Ils reprendront les aspects cités dans le point ci-dessus et s'attacheront à la satisfaction en terme de suivi, de volonté de poursuivre ou non les téléconsultations et d'envisager de recommander cette pratique à un autre patient<sup>21</sup>.

Les retours des représentants des usagers lors de la CDU seront aussi une source permettant d'évaluer l'impact du dispositif sur les patients et leur famille/entourage. Pour ce faire, un des membres du groupe projet sera présent lors des CDU qui auront lieu dans les phases de déploiement. L'attention sera toujours présente post déploiement puisque le directeur qualité est membre de la CDU et qu'il répercute toute problématique évoquée auprès des personnes concernées.

---

20. Contexte législatif et réglementaire de l'EPP :

- décrets des 14 avril 2005 et 2 juin 2006 relatifs à l'évaluation des pratiques professionnelles ;
- la loi HPST du 21 juillet 2009 vient compléter le dispositif d'évaluation professionnelle avec l'article 59 concernant le développement professionnel continu (DPC).

21. Ces questions sont issues de La télé médecine en action : 25 projets passés à la loupe (ANAP) – Soins en structure médico-sociale et HAD - mai 2012 – p 171

### 3.6.4 Mesurer l'impact du dispositif

Le taux de ré-hospitalisation de patients connus sera un des indicateurs à mesurer. Ce taux pourra être possible via un échantillon de patients connus depuis un nombre d'années définir. Les critères d'inclusion seront décidés par le médecin chef de pôle, le cadre de pôle, les praticiens et les cadres de santé en charge des 4 unités d'hospitalisation ainsi que des CMP concernés. Le concours du bureau des entrées sera demandé avec l'accord de la direction. Cet échantillon devra être suivi sur une période de trois ans et la comparaison des taux s'effectuera sur les 3 années précédant le début de l'évaluation. Le taux de conversion (nombre de consultations en présentiel/le nombre de téléconsultations) sera aussi à observer.

Un tableau de bord reprenant les 6 principaux indicateurs (technique, organisationnel, éthique, satisfaction de l'utilisateur, taux de ré-hospitalisation, taux de conversion) permettra de piloter cette activité.

**Le meilleur indicateur serait que ce changement ne soit pas retentissant, pas d'un point de vue qualité mais par le fait que l'outil télémédecine s'intègre dans le processus de soin comme quelque-chose de naturel**<sup>22</sup>.

## 3.7 Une pratique externalisable

Le déploiement de la télémédecine, une fois évalué et maîtrisé, doit être un vecteur de soin permettant de garantir une amélioration de l'accès aux soins au sein de la CPT. Comme nous l'avons abordé auparavant, l'ARS élabore actuellement la cartographie numérique du territoire. Cet état des lieux est le socle du maillage territorial nécessaire à la mise en place des Snacs, permettant une coopération entre les différents professionnels de santé et garantissant une meilleure articulation des soins autour du patient. L'ARS, engagée dans ce processus d'audit, crée un cadre de travail, du lien et une dynamique de construction en regroupant les différents acteurs de santé. Il s'agit déjà de penser « *la manière dont les professionnels travaillent ensemble* », « *de se coordonner* » et, pour pouvoir travailler ensemble, « *de construire des accords* »<sup>23</sup>.

Des enjeux importants sont liés à un tel maillage de soins et, notamment, assurer l'harmonisation et la cohérence de celui-ci afin de répondre aux attentes des différents partenaires de soins concernés au sein du territoire. Pour cela, une réflexion doit être menée sur l'organisation à construire pour une coordination territoriale. Ce travail a « *pour objet de faire coopérer des acteurs qui n'ont pas l'habitude de se rencontrer* » et d'envisager comment différentes organisations vont intervenir dans le montage de ce futur réseau. L'ARS opère un état des besoins techniques et, de surcroît, de financement de ce réseau de santé numérique à venir indispensable à sa mise en œuvre. Cette démarche de coopération au sein du territoire est un projet qui nécessite un investissement de notre établissement et celui-ci est en cours de construction. Le déploiement

---

22. Dumond, JP. - Master MOS 17/18 - 24 01 2018 « Si on apprend quelque chose du projet, on change notre regard. Le meilleur indicateur de réussite de changement c'est bien lorsque l'individu à changer de regard, de lunettes ».

23. Régine Bercot, « La coopération au sein d'un réseau de santé. Négociations, territoires et dynamiques professionnelles », Négociations 2006/1 (n° 5), p. 35-49.- consultable sur : <https://www.cairn.info/revue-negociations-2006-1-page-35.htm>

de la télémédecine au sein de notre organisation est une des pierres de l'édifice et sera une des contributions au réseau de soins.

Le déploiement interne à l'hôpital doit nous permettre de partager cette expérience de soins de manière efficiente, en garantissant une sécurité de la pratique. La réussite de ce nouvel outil de soin contribuera à son utilisation en dehors des murs avec des objectifs tels que partager l'expertise en santé mentale auprès des médecins urgentistes ou généralistes, mais aussi d'optimiser des consultations au sein des Ehpad sur des modèles qui fonctionnent comme en Bretagne avec le projet de téléconsultation en psychiatrie du centre hospitalier Guillaume Régnier, basé à Rennes possible grâce à la plateforme de télémédecine Sterenn<sup>24</sup>.

Le CHC, en amenant un outil construit et éprouvé, pourra être une ressource pour le réseau de santé territorial à venir en matière de santé mentale tout en sachant que le « *réseau reste entité difficile à organiser s'il ne dispose pas des ressources d'une institution déjà existante* »<sup>25</sup>.

### 3.8 Bilan réflexif

Le parcours engagé dans l'élaboration de ce projet managérial a eu des incidences sur ma pratique, ma posture et mon identité professionnelle. Cette mission spécifique a mobilisé des compétences qui me sont déjà connues mais que j'ai dû revisiter au vue de mon positionnement.

En interne, celui-ci a nécessité que je communique autour du projet et de son contexte national (LFSS 2018), régional (dynamique de développement numérique) et institutionnel (projet de pôle) avec les cadres de santé concernés par le futur déploiement et leurs équipes. L'objectif était de convaincre les soignants de l'intérêt et de la valeur ajoutée de ce projet ainsi que leur nécessaire mobilisation future pour sa réussite. De plus, cela m'a permis d'entrer au sein de ces sous-systèmes pour, d'ores et déjà, construire le projet et le changement à venir.

En externe, le travail avec l'ARS est un travail de réflexion, de compréhension technique de l'outil télémédecine et de leurs attentes vis-à-vis de l'engagement de notre hôpital. C'est aussi un travail de négociation autour de la question financière avec une argumentation concernant les points techniques et matériels, sans oublier la dimension humaine avec la nécessité de financer des formations spécifiques qui ne sont pas prévues dans notre plan de formation. Ce travail est en cours et s'effectue au fur et à mesure des échanges menés.

L'ARS est dans une attente forte en ce qui concerne le projet médical. Notre hôpital est reconnu, via l'inscription de notre projet au PRS, comme étant le porteur du développement de la télé-psychiatrie en Corse-du-Sud pour pouvoir ensuite le porter auprès de nos partenaires en Haute-Corse. Cependant, le report du dossier de candidature auprès de l'ARS, contenant le projet médical dédié à la télé-psychiatrie, non seulement freine l'avancée du projet en lui-même mais aussi induit un déficit de confiance de notre tutelle. Ce point a évidemment des retombées sur

---

24. Sterenn, une dynamique de télémédecine en Bretagne - <https://youtu.be/9CdTmKVy3cs>

25. Régine Bercot, « La coopération au sein d'un réseau de santé. Négociations, territoires et dynamiques professionnelles », *Négociations* 2006/1 (n° 5), p. 35-49.- consultable sur : <https://www.cairn.info/revue-negociations-2006-1-page-35.htm>

l'action menée sur le terrain.

En effet, comme je l'ai déjà explicité, la clarification du projet médical est nécessaire pour pouvoir engager concrètement le processus de télémédecine. Le temps consacré à l'élaboration de ce projet managérial a permis un état des lieux et une évaluation auprès des équipes concernées de l'accueil possible de cette technologie. Cette étape est une amorce vers un changement possible et cela suscite une attente chez les équipes rencontrées.

Nous arrivons à une phase où l'action de terrain devrait pouvoir débuter afin de concrétiser la stratégie de changement. En l'état actuel, ce n'est pas envisageable, et l'attente institutionnelle concernant ce projet managérial est celle d'une stratégie de déploiement auprès des équipes soignantes « clé en main ». À ce jour, le groupe projet ne se réunit pas. Le chef de projet, qui est le RSI, accompagne le déploiement du DPI qui devrait se finaliser d'ici début 2019. Bien que missionnée par le médecin chef de pôle et le cadre de pôle sur ce projet, je ne peux engager concrètement d'autres actions sur le terrain tant que le tempo ne sera pas donné par le groupe projet. Mon positionnement ne me donne pas une légitimité à orchestrer d'autres actions avant que le groupe ne se réunisse.

Le médecin chef de pôle et le cadre de pôle ont été informés des avancées de mon travail régulièrement (minimum un retour par mois). Les documents collectés et permettant d'agrémenter le projet télémédecine de notre hôpital leur ont été transmis de la même manière. Pour l'heure, le bilan officiel de mon travail et la validation de la stratégie proposée n'a pas été possible, aucune réunion de pôle n'a eu lieu depuis le début de celui-ci (octobre 2017). Cependant, la direction et la chefferie de pôle continuent à m'assurer de leur confiance et me missionne auprès de l'ARS pour les diverses réunions concernant l'e-santé.

## Chapitre 4

# CONCLUSION

Malgré une tendance forte à la promotion de la télémédecine dans le système de santé français, le recours à la téléconsultation en psychiatrie interroge les professionnels de santé comme les usagers sur la place d'une telle technologie dans le soin relationnel et par là même, sur son efficacité thérapeutique.

Le centre hospitalier de Castelluccio, et ici plus précisément le pôle de psychiatrie adulte, a la volonté de développer des solutions concrètes afin d'améliorer l'accompagnement des patients. En ce sens, il s'inscrit dans une démarche innovante en intégrant la télémédecine, dans sa palette d'outils, comme recours possible dans l'optique d'une organisation des soins plus efficiente.

Pour cela, il convient d'envisager les options d'utilisation de l'outil, à le réfléchir, se l'approprier pour pouvoir l'adopter et l'utiliser à bon escient.

La démarche projet proposée vise à travailler les représentations des soignants, à destigmatiser la technique au profit d'un bénéfice réel pour le soin via un entretien à distance.

Manager la conduite de ce projet par l'approche systémique, et par là l'accompagnement des équipes, permet non seulement une analyse d'un terrain complexe constitué d'entités distinctes et spécifiques, mais aussi contribue, grâce à la connaissance acquise, à construire une conduite de changement à la fois circulaire et dynamique.

Ce choix de management découle d'une volonté à la fois d'impliquer les acteurs concernés par le changement et aussi d'avoir des modalités d'actions non figées qui évoluent au fil du projet, des rétro-actions, permettant une régulation continue de la démarche.

Le travail effectué, pour construire la stratégie d'accompagnement des équipes, a contribué non seulement à consolider mes connaissances sur le sujet en lui-même, ce qui m'a permis d'échanger plus sereinement avec les équipes grâce à des éléments étayés afin de convaincre mes interlocuteurs, mais aussi de prendre de la hauteur afin d'avoir un regard et une posture me permettant de naviguer dans ces différents systèmes.

En conclusion, l'intérêt de ce travail réside dans la possibilité de proposer une stratégie mana-

gériale contextualisée, afin d'accompagner les équipes de soins à ce changement tout en prenant en compte leurs questionnements, leurs éventuelles résistances face à cette technologie et leurs compétences.

Le mouvement engagé auprès des équipes est une esquisse de l'ouverture à l'innovation de notre organisation soignante pour aller vers une synergie nécessaire au parcours de soin du patient, hors de nos murs hospitaliers, pour intégrer le cœur de son propre système.

# Bibliographie

- [1] Insee. La Corse en bref - Insee dossier, 2017.
- [2] Christine Marsan. *Réussir le changement : Comment sortir des blocages individuels et collectifs ?* Manager RH. De Boeck, April 2008.
- [3] Arrêté du 28 avril 2016 portant cahier des charges des expérimentations relatives à la prise en charge par téléconsultation ou téléexpertise mises en œuvre sur le fondement de l'article 36 de la loi 2013-1203 de financement de la sécurité sociale pour 2014, May 2016.
- [4] Daniel Autissier, Isabelle Vandangeon, and Alain Vas. *Conduite du changement : concepts-clés - 2e éd. - 50 ans de pratiques : 50 ans de pratiques issues des travaux des auteurs fondateurs.* Stratégies et management. Dunod, 2e edition, February 2014.
- [5] DGOS. Guide méthodologique pour l'élaboration des contrats et des conventions en télémédecine, May 2012.
- [6] ÉTAPES : expérimentations de télémédecine pour l'amélioration des parcours en santé.
- [7] DGOS, HAS, ANSM, and ASIP. Fiches pédagogiques d'aide à la qualification d'un projet de télémédecine - Cadre réglementaire de la téléconsultation - Conseil stratégique des industries de santé (CSIS) – 26 pages, January 2015.
- [8] Géraldine Tribault. L'avenant à la convention sur la télémédecine ne satisfait pas les syndicats sur la rémunération. *13/04/2018*, April 2018.
- [9] Gérard Massé, Alain Frappier, and Serge Kannas. Plaidoyer pour la naissance d'une télépsychiatrie française. *L'information psychiatrique*, 82(10) :801–810, 2006.
- [10] Christophe Dejours and Isabelle Gernet. Travail, subjectivité et confiance. *Nouvelle revue de psychosociologie*, 13(1) :75–91, 2012.
- [11] Régine Bercot. La coopération au sein d'un réseau de santé. Négociations, territoires et dynamiques professionnelles. *Négociations*, 5(1) :35–49, 2006.
- [12] Daniel Crepin. L'approche systémique : pour manager plus efficacement, un nouvel outil de lecture des organisations. *Recherche en soins infirmiers*, 91(4) :97–105, 2007.
- [13] Jacques Cinqualbre. *Télémédecine, la vraie médecine de proximité.* Editions du Signe, 1re edition, June 2017.
- [14] Jacques-Antoine Malarewicz. *Systémique et entreprise - Mettre en œuvre une stratégie de changement.* Number 39 in Management Et Organisation. 3e edition, May 2017.
- [15] James Iacino. Télémédecine - « La santé pour tous, avec tous, et en tout point du territoire». January 2012.
- [16] La télémédecine en action : 25 projets passés à la loupe (tome 1 et 2). Technical report, ANAP, May 2012.
- [17] La Télémédecine en action Construire un projet de télémédecine. Technical report, ANAP, February 2016.
- [18] Loi 2016-1888 du 28 décembre 2016 de modernisation, de développement et de protection des territoires de montagne - art 8bis.

- [19] Décret 2016-524 du 27 avril 2016 relatif aux groupements hospitaliers de territoire.
- [20] Ordonnance 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé.
- [21] Magali Coldefy. La psychiatrie sectorisée. In *la prise en charge de la santé mentale - recueil d'études statistiques*, ÉTUDES ET STATISTIQUES, pages 23–46. La Documentation française., Paris, 2007.
- [22] Verge-Francischi. Histoire de la Corse pays de la grandeur. *Le Monde*.
- [23] Monique Linard. Conception de dispositifs et changement de paradigme en formation. *Éducation permanente*, pages 143–155, 2002.
- [24] ARS Martinique. Programme régional de télémédecine 2012-2016. Technical report, ARS Martinique.
- [25] DGOS. Rapport au parlement sur les expérimentations en télémédecine. Technical report, DGOS, December 2017.
- [26] ARS Bretagne. Sterenn, une dynamique de télémédecine en Bretagne.
- [27] Règlement européen sur la protection des données : ce qui change pour les professionnels - 15 juin 2016. June 2016.
- [28] Pierre Simon and Dominique Acker. La place de la télémédecine dans l'organisation des soins. apport Mission thématique 7/PS/DA, ministère de la santé et des sports - DHOS, November 2008.
- [29] Cnil. Télémédecine : comment protéger les données des patients? January 2018.
- [30] Yvon Pesqueux. La notion de territoire. In *Colloque Propedia - Observatoire économique des banlieues*, Paris, France, December 2009.
- [31] Dominique Bériot. *Manager par l'approche systémique*. Ed. d'Organisation, Paris, 2008. OCLC : 717610933.

# **ANNEXES**



# Table des annexes

<b>A</b>	<b>Carte de la Corse</b>	<b>III</b>
<b>B</b>	<b>Liste des psychiatres praticiens hospitaliers du CHC</b>	<b>IV</b>
<b>C</b>	<b>Entretiens IDE</b>	<b>V</b>
<b>D</b>	<b>Entretiens cadre de santé</b>	<b>VII</b>
<b>E</b>	<b>Entretien RSI – chargé de mission des SI de santé ARS Corse</b>	<b>IX</b>
<b>F</b>	<b>Fiches pédagogiques d'aide à la qualification d'un projet de télémédecine - cadre réglementaire de la téléconsultation - Conseil stratégique des industries de santé (CSIS) – 26 pages</b>	<b>X</b>
<b>G</b>	<b>Étapes</b>	<b>XI</b>
<b>H</b>	<b>Loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018 - article 54</b>	<b>XVI</b>
<b>I</b>	<b>Affiche Cnil sur la protection des données personnelles</b>	<b>XIX</b>
<b>J</b>	<b>questionnaire Google</b>	<b>XX</b>



# Annexe A

## Carte de la Corse



## Annexe B

### Liste des psychiatres praticiens hospitaliers du CHC

POLES	STATUT	ETP
Pôle Psychiatrie Adultes (701)	PH TPS PLEIN	1
Pôle Psychiatrie Adultes (701)	PH TPS PLEIN	1
Pôle Psychiatrie Adultes (701)	PH TPS PLEIN	1
Pôle Psychiatrie Adultes (701)	PH TPS PLEIN	1
Pôle Psychiatrie Adultes (701)	PH TPS PART	0,1
Pôle Psychiatrie Adultes (701)	PH TPS PLEIN	1
Pôle Psychiatrie Adultes (701)	PH TPS PART	0,6
Pôle Psychiatrie Adultes (701)	PH TPS PLEIN	1
Pôle Psychiatrie Adultes (701)	ATTACHE TPS PART	0,1
Pôle Psychiatrie Adultes (701)	PH TPS PART	0,6
Pôle Psychiatrie Adultes (701)	CONT TPS PLEIN	1
Pôle Psychiatrie Adultes (701)	PH TPS PARTIEL	0,6
Pôle Psychiatrie Adultes (701)	CONT TPS PLEIN	1
Pôle Psychiatrie Adultes (701)	ASSIST. SPE	1
Pôle Psychiatrie Adultes (701)	PH TPS PLEIN	1
<b>TOTAL</b>		<b>12</b>
Pôle Psychiatrie enfants (702)	PH TPS PLEIN	1
Pôle Psychiatrie enfants (702)	PH TPS PLEIN	1
Pôle Psychiatrie enfants (702)	PH TPS PLEIN	1
Pôle Psychiatrie enfants (702)	ATTACHE TPS PART	0,4
Pôle Psychiatrie enfants (702)	CONT TPS PLEIN	1
Pôle Psychiatrie enfants (702)	PH TPS PLEIN	1
Pôle Psychiatrie enfants (702)	INTERNE	1
Pôle Psychiatrie enfants (702)	ATTACHE TPS PART	0,08
<b>TOTAL</b>		<b>6,48</b>
<b>TOTAL</b>		<b>18,48</b>

# Annexe C

## Entretiens IDE

### Question 1

Vous êtes IDE en psychiatrie depuis moins de 2 ans, moins de 5 ans, plus de 10 ans ?

### Question 2

Vous êtes ISP ou IDE ?

### Question 3

Dans votre pratique quotidienne, vous diriez que la situation géographique de votre CMP est plutôt :

- un atout ?
- une difficulté ?

Pourquoi ?

### Question 4

La communication avec les autres structures au sein du CHC vous semble-t-elle aisée ?  
Pourquoi ?

### Question 5

Avez-vous facilement accès à un médecin en cas de nécessité ?

### Question 6

La télémédecine vous semble-t-elle applicable à la psychiatrie ?  
Merci de développer votre réponse.

### Question 7

Avez-vous connaissance d'expériences en télé-psychiatrie ? Si oui, lesquelles ?

### Question 8

Pensez-vous que ce soit un outil utile pour vous ? Et en quoi ?

### Question 9

Comment envisageriez-vous votre rôle/posture lors d'une téléconsultation ?

**Question 10**

Comment envisageriez-vous l'accompagnement à cette nouvelle pratique ?

# Annexe D

## Entretiens cadre de santé

### Question 1

Pourriez-vous me décrire votre/vos structures extra-hospitalières ?

- nombre de psychiatres : ETP et présence effective ;
- psychologues ;
- assistantes sociales ;
- IDE ;
- autres.

### Question 2

Quel est le délai d'attente actuel pour une consultation avec un psychiatre ?

### Question 3

Comment sont traitées les situations urgentes ?

### Question 4

Quels sont vos principaux interlocuteurs/partenaires extérieurs ?

### Question 5

Identifiez-vous des problématiques en lien avec votre position géographique ?

Si oui, lesquelles ?

### Question 6

Avez-vous connaissance d'expériences en télé-psychiatrie ?

### Question 7

Pour vous cadre de santé, en quoi cet outil serait un bénéfice :

- dans votre organisation soignante ?
- pour vos équipes infirmières ?
- pour le patient ?

### Question 8

Quelles activités/applications envisageriez-vous en télé-psychiatrie ?

**Question 9**

Quels freins repérez-vous au déploiement de la télémédecine en psychiatrie ?

## Annexe E

# Entretien RSI – chargé de mission des SI de santé ARS Corse

### Question 1

Quels sont les projets de télémédecine déployés sur le territoire corse ?

### Question 2

Pour le projet de télémédecine en dermatologie, quels éléments de difficultés avez-vous rencontré ? Comment les envisager différemment ?

### Le déploiement de la télé-psychiatrie :

#### Question 3

Quel accompagnement est envisageable de la part de l'ARS :

- techniquement ?
- financièrement ?

#### Question 4

Selon vous, quel calendrier serait réaliste ?

#### Question 5

Pensez-vous qu'un déploiement en interne soit plus judicieux avant tout déploiement vers les autres partenaires et pourquoi ?

# Annexe F

## Fiches pédagogiques d'aide à la qualification d'un projet de télémédecine - cadre réglementaire de la téléconsultation - Conseil stratégique des industries de santé (CSIS) – 26 pages

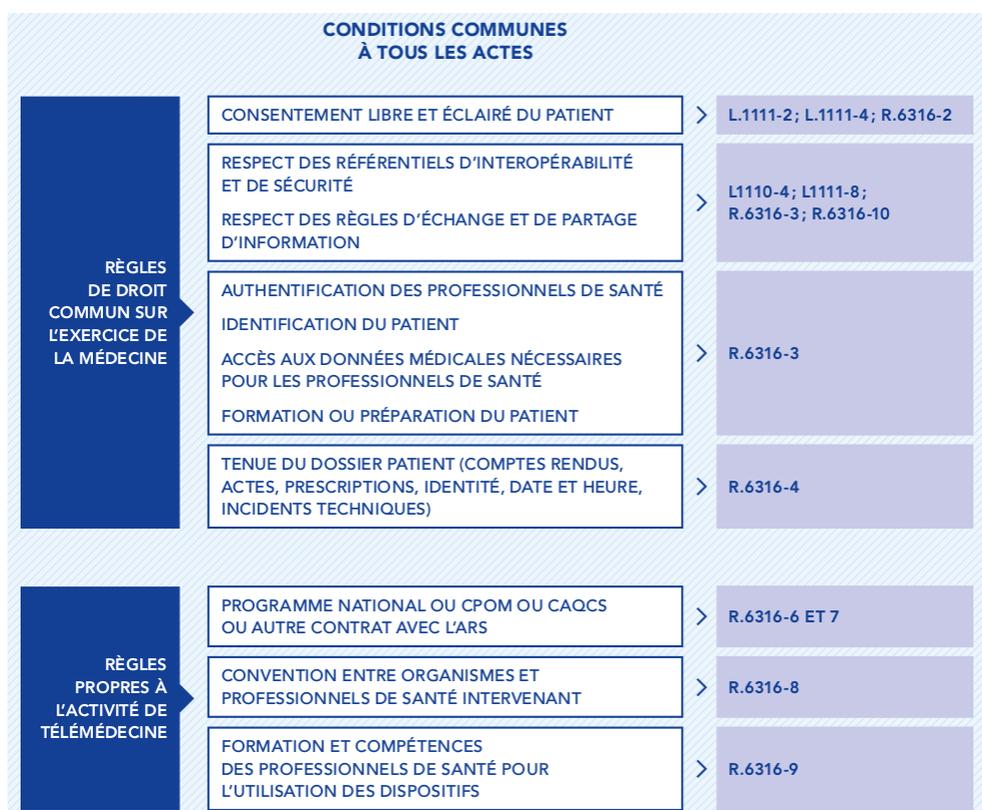


Figure F.1 – Cadre réglementaire des actes de télémédecine

## **Annexe G**

### **Étapes**



## Ministère des Solidarités et de la Santé

### ÉTAPES : expérimentations de télémédecine pour l'amélioration des parcours en santé

mise à jour : 18.05.18

#### Établissements de santé, sociaux et médico-sociaux | Organisation des soins

Le programme ETAPES - Expérimentations de télémédecine pour l'amélioration des parcours en santé - a pour objectif de développer les activités de télémédecine.



De nombreux pays mettent en œuvre des expérimentations mais très peu ont réellement étudié le déploiement en « vie réelle » de la télémédecine.

#### **2018 : un nouvel élan pour la télémédecine**

Le développement de la télémédecine fait actuellement l'objet d'une volonté politique forte, qui se traduit en particulier par l'[article 54 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018](#). Celui-ci prévoit plusieurs évolutions :

- ▶ L'entrée des actes de téléconsultation et de téléexpertise dans le droit commun du remboursement par l'assurance-maladie. En effet, si leur mise en place dans le cadre d'ETAPES a permis la levée de nombreux freins juridiques et organisationnels, un remboursement au même titre que toute autre prestation médicale est de nature à en valoriser la pratique. Pour que ce choix devienne effectif, cet article confie aux partenaires conventionnels le soin de fixer les modalités et tarifs applicables. Les négociations ont débuté dès janvier 2018, elles devraient aboutir dans le courant de l'année.
- ▶ La poursuite du programme ETAPES pour les téléconsultations et les téléexpertises jusqu'à l'entrée en vigueur des tarifs conventionnels et au plus tard le 1er juillet 2019.
- ▶ La télésurveillance médicale demeure dans le cadre expérimental ETAPES pour une durée de 4 ans. Cela s'explique par une juste prise en compte de ses particularités : cette activité suppose que plusieurs types d'acteurs se coordonnent autour du patient : pour effectuer la télésurveillance médicale, pour fournir la solution technique, ou pour assurer l'accompagnement thérapeutique. Plus complexe à définir, la télésurveillance nécessite ainsi un temps d'appropriation et de développement plus long.

En poursuivant votre navigation sur ce site, vous acceptez l'utilisation de cookies pour réaliser des statistiques de visites. [Fermer](#)



## Rapport au Parlement sur ETAPES

Ce rapport retrace les apports du programme en faveur du développement de la télémédecine, il comprend des témoignages de professionnels impliqués, et esquisse les évolutions à venir.

PDF **Rapport relatif aux expérimentations ETAPES remis au Parlement en (...)** [Téléchargement \(1.5 Mo\)](#)

## Télésurveillance : proposez vos solutions techniques

Vous êtes industriels et souhaitez devenir fournisseurs de solutions techniques en télésurveillance ?

Pour cela, vous pouvez consulter la [fiche explicative](#) résumant les démarches à accomplir auprès des diverses institutions compétentes.

Plus d'information : la [liste des fournisseurs déclarés conformes](#) au 17 mai 2018.

### Six cahiers des charges

Les conditions de mise en œuvre des expérimentations sont définies par des cahiers des charges.

L'[arrêté du 17 avril 2015](#) a publié un premier cahier des charges : téléconsultations et téléexpertises portant sur les plaies chroniques et/ou complexes.

Un nouveau cahier des charges a été publié le 28 avril 2016 (abrogeant le précédent) portant sur la [téléconsultation et la téléexpertise](#). Il élargit de façon très importante le périmètre de la population concernée par ces expérimentations, à savoir tous les patients souffrant d'ALD (affection longue durée) ou résidant en structures médico-sociales dans les neuf régions pilotes.

[Trois cahiers des charges télésurveillance](#) pour les pathologies : insuffisance cardiaque, insuffisance rénale et insuffisance respiratoire ont été publiés le 6 décembre 2016.

Deux cahiers des charges relatifs à la [télésurveillance du diabète](#) et à celle des [prothèses cardiaques implantables](#) ont été publiés en 2017, respectivement le 28 avril et le 22 novembre.

Pour plus d'information, vous pouvez contacter l'[ARS de votre région](#).

### Origines de l'expérimentation ETAPES

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2014, dans son article 36, a instauré le principe des expérimentations de télémédecine avec son programme ETAPES (Expérimentations de télémédecine pour l'amélioration des parcours en santé). L'objectif de ces expérimentations est de développer les activités de télémédecine, de définir un cadre juridique dans lesquelles elles peuvent évoluer et de fixer une tarification préfiguratrice des actes permettant aux professionnels de santé de développer des projets cohérents et pertinents, en réponse aux besoins de santé et à l'offre de soins régionale.

Initialement, les expérimentations ont pu être menées à compter du 1er janvier 2014 pour une durée de quatre ans, dans neuf régions pilotes (arrêté du 11 juin 2014) : Alsace, Basse-Normandie, Bourgogne, Centre, Haute-Normandie, Languedoc-Roussillon, Martinique, Pays de la Loire et Picardie.

Elles portaient ainsi sur la réalisation d'actes de télémédecine pour des patients pris en charge d'une part, en médecine de ville et, d'autre part, en structures médico-sociales. En poursuivant votre navigation sur ce site, vous acceptez l'utilisation de cookies pour réaliser des statistiques de visites.

- ▶ cibler les patients à risque d'hospitalisations récurrentes ou des patients à risque de complications à moyen et long termes
- ▶ parvenir à un état de stabilité de la maladie, voire à une amélioration par un accès rapide à l'avis d'un spécialiste ou d'un expert dans son domaine
- ▶ améliorer la qualité des soins et leur efficience
- ▶ améliorer la qualité de vie des patients.

Dans son article 91, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 a apporté un certain nombre de modifications au périmètre de l'expérimentation afin de développer et accélérer son déploiement :

- ▶ extension à l'ensemble des régions du périmètre géographique de l'expérimentation pour tous les cahiers des charges parus ou à paraître
- ▶ prorogation d'un an du dispositif expérimental (jusqu'en décembre 2018)
- ▶ possibilité pour les établissements de santé de participer à l'expérimentation (pour les patients non hospitalisés)
- ▶ financement des surcoûts supportés par les structures requérantes (ES, EHPAD, MSP, CDS)
- ▶ suppression de l'obligation de convention entre agences régionales de santé, organismes locaux d'assurance maladie et professionnels
- ▶ évaluation de l'expérimentation par un acteur externe, avec validation de la Haute Autorité de santé.

Pour la télésurveillance : clarification de l'articulation dans le temps des demandes d'inscription au remboursement des dispositifs médicaux de télésurveillance. S'ils entrent dans le champ de l'expérimentation, ces dispositifs sont pris en charge à ce titre, en amont d'une demande d'inscription à la liste des produits et prestations remboursables (LPPR) qui ne sera traitée qu'à l'issue de la période d'expérimentation. La mesure ne remet toutefois pas en cause la prise en charge des dispositifs communicants déjà remboursés au titre de la LPPR et ne fait pas obstacle à l'inscription au remboursement de nouveaux dispositifs similaires au titre de la LPPR.

**Source :**

Direction générale de l'offre de soins (DGOS)  
Sous-direction du pilotage de la performance des acteurs de l'offre de soins (PF)  
Bureau Coopérations et contractualisations (PF3)  
14 avenue Duquesne - 75350 Paris 07 SP

Courriel : DGOS-PF3[@]sante.gouv.fr

## Documents

**DOCX** **Formulaire de déclaration d'activité de télémédecine** [Téléchargement \(116.6 ko\)](#)

## Télésurveillance : pour démarrer un projet

**PDF** **Fiche à destination des fournisseurs de solutions techniques souhaitant (...)** [Téléchargement \(128.2 ko\)](#)  
En poursuivant votre navigation sur ce site, vous acceptez l'utilisation de cookies pour réaliser des statistiques de visites.

DOCX **Formulaire de déclaration d'activité de télémédecine** [Téléchargement \(116.6 ko\)](#)

DOCX **Déclaration de conformité réglementaire - Solution technique** [Téléchargement \(61.5 ko\)](#)

DOCX **Déclaration de conformité réglementaire - Accompagnement thérapeutique** [Téléchargement \(62.3 ko\)](#)

DOCX **Demande d'autorisation CNIL** [Téléchargement \(72.9 ko\)](#)

PDF **Circuit de facturation** [Téléchargement \(222.1 ko\)](#)

PDF **Schéma de facturation - expérimentation de télésuveillance** [Téléchargement \(293.6 ko\)](#)

## Les cahiers des charges

[Cahier des charges « téléconsultation ou téléexpertise »](#)

[Cahiers des charges « télésurveillance »](#)

[Cahier des charges « télésurveillance du diabète »](#)

[Cahier des charges « télésurveillance des patients porteurs de prothèses cardiaques implantables »](#)

En poursuivant votre navigation sur ce site, vous acceptez l'utilisation de cookies pour réaliser des statistiques de visites. [Fermer](#)

## Annexe H

# Loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018 - article 54

I à IV. - A modifié les dispositions suivantes :

- code de la sécurité sociale.

Art. L162-14-1, Art. L162-16-1

- Code de la santé publique

Art. L6316-1

A abrogé les dispositions suivantes :

- loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013

Art. 36

- Code de la santé publique

Art. L6316-1

V. - Des expérimentations portant sur la réalisation d'actes de télésurveillance peuvent être menées, à compter du 1er janvier 2018 et pour une durée maximale de quatre ans, en métropole, dans l'ensemble des collectivités régies par l'article 73 de la Constitution ainsi qu'à Saint-Barthélemy, Saint-Martin, Saint-Pierre-et-Miquelon et Wallis-et-Futuna.

Ces expérimentations portent sur la réalisation d'actes de télésurveillance pour des patients pris en charge en médecine de ville, en établissement de santé ou en structure médico-sociale.

Les conditions de mise en œuvre de ces expérimentations sont définies dans des cahiers des charges arrêtés par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

Pour la mise en œuvre des expérimentations, il peut être dérogé :

1 Aux règles de facturation, de tarification et de remboursement mentionnées aux articles L. 162-1-7, L. 162-5, L. 162-9, L. 162-11, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14, L. 162-14-1, L. 162-16-1, L. 162-22-1, L. 162-22-6, L. 162-26, L. 162-32-1 et L. 165-1 du code de la sécurité sociale, en tant qu'ils concernent les tarifs, honoraires, rémunérations et frais accessoires dus aux établissements de santé, centres de santé et professionnels de santé par les assurés sociaux et par l'assurance maladie ;

2 Aux articles L. 314-1, L. 314-2, L. 314-8 et L. 314-9 du code de l'action sociale et des

familles, en tant qu'ils concernent les modes de tarification des établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1 du même code ;

3 Aux règles tarifaires et d'organisation applicables aux établissements et services mentionnés au même article L. 312-1 ;

4 A l'article L. 162-2 du code de la sécurité sociale, en tant qu'il concerne le paiement direct des honoraires par le malade ;

5 Aux articles L. 160-10, L. 160-13 et L. 160-14 du même code, relatifs à la participation de l'assuré aux tarifs servant de base au calcul des prestations.

Les dépenses qui résultent de la mise en œuvre des expérimentations sont prises en charge par le fonds mentionné à l'article L. 1435-8 du code de la santé publique. Elles s'imputent sur la dotation mentionnée au 1 de l'article L. 1435-9 du même code et font l'objet d'une identification spécifique par l'arrêté prévu au même 1. Par dérogation au même article L. 1435-9, les crédits affectés aux agences régionales de santé par cet arrêté ne peuvent être affectés au financement d'autres activités.

Les produits ou prestations ayant pour objet de réaliser la transmission de données permettant à un professionnel de santé d'interpréter à distance les données nécessaires au suivi médical d'un patient ne peuvent pas être inscrits sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale pendant la durée des expérimentations, dès lors que leur indication inclut le diagnostic, la prévention, le contrôle ou le traitement d'une pathologie prévue dans l'un des cahiers des charges.

Le onzième alinéa du présent V ne s'applique pas aux produits ou prestations dont le fonctionnement et la finalité sont comparables à des produits ou prestations ayant pour objet de réaliser la transmission de données permettant à un professionnel de santé d'interpréter à distance les données nécessaires au suivi médical d'un patient et déjà inscrits sur la liste mentionnée au même article L. 165-1.

Le présent article ne fait pas obstacle à la possibilité pour les fabricants ou distributeurs de produits ou prestations de déposer avant la fin de l'expérimentation auprès des ministres compétents et de la Haute Autorité de santé une demande d'inscription de ces produits ou prestations sur la liste prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale.

Lorsque le dépôt de cette demande d'inscription intervient avant la fin de l'expérimentation, les produits ou prestations concernés continuent à bénéficier de la prise en charge financière qui était prévue au titre de l'expérimentation durant la période séparant, le cas échéant, la fin de cette expérimentation de la décision relative à l'inscription sur la liste. Cette prise en charge financière cesse de plein droit à compter de l'intervention de cette dernière décision, quels que soient son sens, sa forme ou ses motifs.

Les agences régionales de santé et les organismes de sécurité sociale transmettent et partagent les informations qu'ils détiennent, dans la stricte mesure de leur utilité, pour la connaissance et le suivi du parcours des patients pris en charge par télésurveillance dans le cadre des expérimentations et des dépenses associées. Ces informations peuvent faire l'objet d'un recueil à des fins d'évaluation ou d'analyse des pratiques ou des activités de soins et de prévention, dans des conditions garantissant le respect du secret médical. La Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés met en œuvre les adaptations de ses systèmes d'information qui s'avèrent nécessaires pour le suivi de l'activité réalisée en télésurveillance dans le cadre de ces expérimentations.

Une évaluation d'étape est réalisée ou validée par la Haute Autorité de santé, en liaison avec les agences régionales de santé, les organismes locaux d'assurance maladie, les professionnels de santé, les centres de santé, les établissements de santé et les établissements médico-sociaux participant à l'expérimentation. Elle fait l'objet d'un rapport transmis au Parlement par le ministre chargé de la santé avant le 30 septembre 2019.

Au terme de ces expérimentations, une évaluation médico-économique, sociale, qualitative et quantitative est réalisée ou validée par la Haute Autorité de santé en vue d'une généralisation,

en liaison avec les agences régionales de santé, les organismes locaux d'assurance maladie, les professionnels de santé, les centres de santé, les établissements de santé et les établissements médico-sociaux participant à l'expérimentation. Elle fait l'objet d'un rapport transmis au Parlement par le Gouvernement avant le 30 juin 2021.

# Annexe I

## Affiche Cnil sur la protection des données personnelles



### 1 Des données à emporter !

Je peux récupérer les données que j'ai communiquées à une plate-forme et les transmettre à une autre (réseau social, fournisseur d'accès à internet, site de streaming, etc.)



### 2 Plus de transparence

Je bénéficie de plus de lisibilité sur ce qui est fait de mes données et j'exerce mes droits plus facilement (droit d'accès, droit de rectification).



### 3 Protection des mineurs

Les services en ligne doivent obtenir le consentement des parents des mineurs de moins de 16 ans avant leur inscription.



### 4 Guichet unique

En cas de problème, je m'adresse à l'autorité de protection des données de mon pays, quel que soit le lieu d'implantation de l'entreprise qui traite mes données.



### 5 Sanction renforcée

En cas de violation de mes droits, l'entreprise responsable encourt une sanction pouvant s'élever à 4% de son chiffre d'affaires mondial.



### 6 Consécration du droit à l'oubli

Je peux demander à ce qu'un lien soit déréférencé d'un moteur de recherche ou qu'une information soit supprimée s'ils portent atteinte à ma vie privée.



Illustration : Martin Viberg

**Nouveau Règlement européen sur la protection des données personnelles**  
Après quatre années de débats, l'Union européenne a finalisé le projet de règlement sur la protection des données personnelles qui doit permettre à l'Europe de s'adapter aux nouvelles réalités du numérique. Le règlement, qui sera adopté au premier semestre 2016, renforce les droits des citoyens européens et leur donne plus de contrôle sur leurs données personnelles. Il simplifie les formalités pour les entreprises et leur offre un cadre juridique unifié. Il sera applicable en 2018 dans tous les pays de l'UE.

ARTICLE 29  
Data Protection Working Party



CNIL

**Annexe J**

**questionnaire Google**

## Déploiement de la télémédecine en psychiatrie adulte

Bonjour, je suis cadre de santé en responsabilité de 5 structures extra-hospitalières (dont 1 CSAPA) au CH de Castelluccio à Ajaccio. Actuellement en Master 2 "Management des organisations soignantes" à l'école supérieure Montsouris, je vous sollicite pour échanger sur votre déploiement de téléconsultation dans le cadre de votre unité ELSA. Votre expérience et vos ressentis seront de précieux éléments pour le projet qui est le notre : Le déploiement de la télémédecine en psychiatrie adulte, dans un contexte géographique particulier d'« île montagne ». Je me questionne sur le changement représenté par le passage (appropriation et acceptation) d'une pratique soignante en face à face avec une relation physique à une pratique à distance avec une interface technique de téléconsultation. Comment accompagner le soignant vers cette aide numérique en termes d'acceptabilité, d'ergonomie, de travail sur soi.

\*Obligatoire

### 1. Vous êtes \*

Une seule réponse possible.

- Médecin
- Cadre de santé
- Cadre supérieur de santé
- Infirmier(ère)
- Autre : \_\_\_\_\_

### 2. Avez-vous participé à la démarche projet de télémédecine dans le cadre de votre unité ELSA \*

Une seule réponse possible.

- OUI
- NON

### 3. Quel objectif était visé? \*

---

---

---

---

---

### 4. Quel(le) a été votre rôle/mission dans ce projet \*

---

### 5. Pourriez-vous décrire en quelques lignes la teneur de ce projet?

---

---

---

---

---

### 6. Quelle est la date de déploiement du dispositif? \*

Exemple : 15 décembre 2012

---

### 7. Qui est concerné par ce dispositif? \*

---

---

---

---

---

### 8. Quelles structures sont concernées par ce dispositif? \*

---

---

---

---

---

### 9. Quels sont, selon vous, les éléments importants à prendre en compte pour mener à bien le déploiement de la télémédecine? \*

---

---

---

---

---

### 10. Quelles seraient vos recommandations par rapport à notre projet? \*

---

---

---

---

---

11. Quels points forts avez-vous repérés à posteriori? \*

---

---

---

---

---

12. Quels points faibles avez-vous repérés à posteriori? \*

---

---

---

---

---

13. A ce jour le taux de recours à la téléconsultation est-il satisfaisant?

*Une seule réponse possible.*

- OUI  
 NON

14. Merci du temps consacré à ce questionnaire et de votre aide

---



# Master Management des Organisations Soignantes M2MOS@17-18

## TITRE DU DOCUMENT

« Télémédecine en psychiatrie, le numérique  
au service du patient  
Approche systémique d'un changement »

## AUTEUR

Jessica HEUZÉ

## MOTS CLÉS

télémédecine  
psychiatrie  
amélioration de l'accès à des soins de qualité

## KEY WORDS

telemedicine  
psychiatry  
improving access to quality care

## RÉSUMÉ

Ce projet managérial se penche sur le déploiement de la télémédecine en psychiatrie adulte et la stratégie d'accompagnement des soignants qui en découle.

À l'heure où l'amélioration de l'accès à des soins de qualité est une priorité, l'organisation de l'offre de soins doit se faire en fonction des niveaux de recours à ceux-ci. Innover dans nos organisations soignantes est aussi un axe prioritaire de notre politique de santé et il s'agit bien de repérer en quoi l'innovation peut contribuer à l'amélioration du système de soin qui est le nôtre. C'est dans ce contexte que le projet de déploiement de la télémédecine en psychiatrie a vu le jour. Il est le fruit d'observations menées auprès des équipes soignantes intervenant au sein de structures éloignées géographiquement de l'hôpital et donc isolées, mais aussi des demandes d'avis experts de la part de nos partenaires de soin tels que les services d'urgences ou médecins généralistes qui sont matériellement et humainement difficiles à satisfaire.

Au fil de ce travail, un état des lieux territorial de la psychiatrie adulte en Corse du Sud est dressé, pour ensuite poser le cadre juridique et la question éthique de ce projet. Les enjeux de ces nouvelles pratiques sont étudiés conceptuellement et pratiquement via des entretiens menés auprès des soignants concernés.

Un focus particulier est proposé sur le processus de changement et de transformation que va vivre ce système de soin et ses différents acteurs, patients comme soignants. À travers une vision managériale systémique, la stratégie envisagée et les outils employés sont présentés.

## ABSTRACT

This managerial project focuses on the deployment of telemedicine in adult psychiatry and the caregiver support strategy that results.

At a time when improving access to quality care is a priority, the organization of healthcare provision must be based on the levels of use of these services. Innovating in our healthcare organizations is also a priority of our health policy and it is important to identify how innovation can contribute to improving the care system that is ours.

It is in this context that the project of deployment of telemedicine in psychiatry was born. It is the result of observations carried out with care teams working in structures that are geographically distant from the hospital and therefore isolated, but also requests for expert opinions from our care partners such as emergency services or general practitioners who are physically and humanly difficult to satisfy.

Throughout this work, a territorial inventory of adult psychiatry in South Corsica is drawn up to then remind of its legal framework in France and ethical issue of this project. The stakes of these new practices are studied conceptually and practically via the interviews carried out with the caregivers concerned.

A particular focus is proposed on the process of change and transformation experienced by this care system and its various actors, patients and carers. Through a systemic managerial vision, the strategy envisaged and the tools used are presented.