

INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS DE LA CROIX ROUGE FRANCAISE

PARIS DIDOT

*Mémoire de fin d'études*

L'avènement de la e-santé dans la relation soignant soigné:  
Obstacle ou Avantage?

APPY FEDIDA Gabriel

Directrice de Mémoire: Madame Catherine Glon

Note aux lecteurs : « **Il s'agit d'un travail personnel et il ne peut faire l'objet d'une publication en tout ou partie sans l'accord de son auteur** ».

## *Remerciements*

Mes remerciements les plus sincères à toutes les personnes qui ont contribué, de près ou de loin, à l'élaboration de ce mémoire ainsi qu'à la réussite de cette formation.

Ce travail de fin d'études n'aurait pas pu voir le jour sans l'aide, au combien précieuse, de nombreuses personnes. C'est pourquoi, je tiens à remercier toutes celles et ceux qui m'ont aidé et encouragé tout au long de l'élaboration de ce mémoire.

# TABLE DES MATIERES

<b>1 Introduction .....</b>	<b>Page 1</b>
<b>2- De la situation d'appel à la question de départ .....</b>	<b>Page 2</b>
<b>3- Problématique de l'étude .....</b>	<b>Page 4</b>
<b>4- Cadre théorique et législatif .....</b>	<b>Page 9</b>
<u>4.1- Champs disciplinaires retenus</u>	
<u>4.2 - Concepts analysés</u>	
• <i>La relation soignant-soigné.</i>	
• <i>La e-santé et ses composantes.</i>	
• <i>Les soins ambulatoires.</i>	
<b>4- Méthodologie de la recherche .....</b>	<b>Page 16</b>
• <i>Explication et choix de l'application de la méthode clinique.</i>	
• <i>Choix de la population et expériences.</i>	
• <i>Procédé du recueil de données : les entretiens.</i>	
<b>5- Résultats des entretiens .....</b>	<b>Page 19</b>
<b>6- Analyse de l'étude .....</b>	<b>Page 21</b>
<b>7- Conclusion du travail de recherche .....</b>	<b>Page 29</b>
<b>8- Bibliographie .....</b>	<b>Page 30</b>
<b>9- Annexes.</b>	

## **1/ Introduction**

A l'aube d'une révolution, le monde de l'infirmier se prépare à être bousculé dans toutes ses certitudes et habitudes. Dans une société, où le patient a désormais tendance à obtenir des informations sur sa santé, autant par des professionnels de la santé que par internet, notre rapport avec le soigné se voit bousculé dans tous ses principes élémentaires. Quelle sera donc notre place, à nous autres infirmiers ou futurs infirmiers, dans un univers où la notion de « *take care* » ou du « *prendre soin* », base de notre profession, semble laisser place à un patient hyper individualisé, plus lié au numérique qu'aux mains du soignant.

Autant que le patient, l'hôpital n'est qu'au début d'une transformation majeure dont l'objectif premier sera une prise en charge optimisée en fonction des coûts, du temps, de l'espace et du confort du patient, la prise en charge ambulatoire semblant être l'orientation vers laquelle notre système de soin veut tendre. Mais alors entre numérique, suivi à distance, et prise en charge du patient sur une courte durée, quel est le devenir d'un des fondements même de notre profession, la relation soignant-soigné. C'est toute la complexité de la refonte de notre système hospitalier, qui pourrait repenser entièrement notre statut et notre rôle auprès du patient.

Je tenterai donc par ces quelques pages, à l'aide de mes recherches et de différentes rencontres avec des professionnels infirmiers, de jeter un premier regard sur les enjeux de la relation soignant soigné, de part l'avènement d'une santé 2.0. Ainsi, ce travail s'articulera autour de quatre grands axes. J'entamerai mon travail par une présentation de la problématique de mon étude. Par la suite, je reviendrai sur la situation vécue lors d'un stage, suscitant mon questionnement, et qui amènera ma question de départ. Pour y répondre, j'étudierai dans un second temps, le cadre théorique et conceptuel en lien avec ma question de départ. Pour finir, je vous ferai part de la méthode exploratrice que j'ai utilisé pour réaliser ce mémoire et ferai l'analyse des réponses apportées. Je conclurai, en proposant les éventuelles questionnements suscités par la réalisation de ce travail et les nouvelles pistes intéressantes à explorer.

## **2/ De la situation d'appel... à la question de départ**

La situation se déroule lors de l'un de mes stages de deuxième année, au sein d'un service de médecine physique et réadaptation pédiatrique. Les patients accueillis sont principalement pris en charge à la suite de chirurgies orthopédiques comme la pose d'une prothèse de hanche ou d'une prothèse de genou, et nécessitent donc un suivi tout particulier sur l'état de cicatrisation et sur l'évolution de la rééducation pour un retour à une motricité autonome et sans douleur. Le moment que j'ai choisi d'évoquer se déroule dans la chambre d'un patient âgé de 15 ans, hospitalisé au sein de la structure, à la suite d'un implant d'ostéosynthèse de type clou de jambe. Le patient a dû subir cette opération, à la suite d'un accident de scooter, ayant engendré une fracture de son fémur gauche. Depuis son arrivée, la prise en charge du patient consiste en un suivi de la cicatrisation de sa plaie, avec réfection du pansement tous les deux jours et plus si nécessaire, ainsi qu'une administration de traitements antalgiques. Enfin des séances de kinésithérapies quotidiennes sont prévues.

C'est lors de ma première journée au sein du service et où la réfection du pansement du patient était prévue, que mon intérêt a été tout particulièrement suscité. Après avoir effectué la détersion de la plaie, l'infirmière utilise son smartphone afin de prendre cette dernière en photo. A la sortie de la chambre du patient, je questionne l'infirmière sur l'intérêt de l'utilisation de cet outil numérique dans le suivi de la cicatrisation. Elle m'explique alors que lors de chaque réfection de pansement, elle transmet une photo de la plaie au médecin responsable du patient afin que ce dernier dresse un rapport sur l'évolution de l'état cutané au chirurgien ayant opéré le patient. Le chirurgien peut alors modifier le protocole pansement ou bien même décider d'une reprise chirurgicale en rapport avec d'autres signes alarmants. Tout cela plus rapidement, de part l'utilisation de cette « technologie » mais également grâce à la coordination entre les différents professionnels de santé. En poursuivant la discussion avec l'infirmière, elle m'explique que plusieurs services, notamment de chirurgies, prennent en charge certains patients de manière ambulatoire. Ils utilisent alors les nouvelles technologies afin de suivre leurs patients à distance. Tout cela, selon l'infirmière, dans un souci de confort pour le patient, et de gain d'efficacité pour l'hôpital.

Après cette expérience, et de part mes premières recherches, j'ai pu prendre conscience de l'avancée que pourrait permettre l'apport des nouvelles technologies de l'information et de la communication (NTIC) et des systèmes de Télémédecine, dans le domaine paramédical. De nombreux patients, qui peuvent aujourd'hui rencontrer des difficultés dans leur suivi médical et paramédical, pourraient bénéficier de ce suivi à distance. Ce qui pourrait peut-être garantir une meilleure prise en charge des patients en secteur hospitalier ou extra-hospitalier.

Néanmoins, par le biais de cette discussion avec l'infirmière tutrice, beaucoup de questionnements se sont posés à moi. Déjà au fait de l'avènement croissant de la e-santé dans la prise en charge de nos patients, je n'avais pas eu encore l'occasion de constater un exemple d'utilisation de nouvelles technologies comme le smartphone, pour le suivi clinique d'un patient. Pour beaucoup d'infirmiers, l'informatique, par exemple, fait déjà partie intégrante du quotidien des pratiques soignantes. Plusieurs questionnements me sont donc apparus. En effet, par l'utilisation accrue de nouvelles technologies et de la e-santé dans notre quotidien de soignant, la communication interprofessionnelle s'en voit-elle améliorée, et par la même occasion, la cohésion entre les différents acteurs de santé en est-elle augmentée ? Le soignant gagne-t-il vraiment du temps sur ses prises en charge, et cela lui permet-il de redistribuer ce temps gagné dans les soins relationnels apportés aux patients ? Ces nouvelles techniques de soins, liées aux nouvelles technologies, garantissent-elles aux patients une discrétion et une garantie du secret médical, ce qui dans le contraire, pourrait entamer la confiance que porte le patient à l'univers des soins ? La e-santé va-t-elle rendre le patient davantage acteur de ses soins et bouleverser le rapport de savoirs et de confiance entre le soignant et le soigné ? Enfin, quel est le cadre législatif qui encadre ces nouveaux procédés de prise en charge, au service du patient et du soignant ?

Comme exprimé précédemment par l'infirmière, l'univers et la prise en charge ambulatoire, pouvant engendrer un suivi à distance par des nouvelles technologies, prennent de plus en plus de place dans les services hospitaliers. Mais quand est-il du futur de la relation entre le soignant et le soigné ?

Les relations se jouant entre le patient et l'infirmier, sont à mon sens la pierre angulaire pour un soin réussi. J'ai donc souhaité me pencher sur l'influence que pouvait avoir la e-santé sur les liens entre ces deux acteurs lors d'une prise en charge en chirurgie ambulatoire.

L'ensemble de ces questionnements m'ont donc orienté vers la question de départ suivante:

**Quelle est l'influence de la e-santé dans la relation entre l'infirmier et le patient, pris en charge lors d'une chirurgie ambulatoire ?**



### **3/ Problématique de l'étude**

La santé en France reste un sujet de préoccupation majeur et interpelle à tous les stades de sa « production ». Les frais de santé ne cessent de croître, et le vieillissement de la population qui s'annonce, ne va que renforcer cette augmentation des dépenses de santé. Aussi, le patient d'aujourd'hui est toujours plus exigeant et regardant, quant à la qualité et la fiabilité des techniques et moyens mis en place à l'ère du numérique. Nous comprenons donc que la première motivation est d'assurer une sécurité et une qualité de la prise en charge, dans un contexte d'économie et de transformations démographiques.

La percée du numérique ne s'est pas arrêtée à la porte de l'hôpital, mais est bien en train de bousculer toutes nos pratiques professionnelles. Si les nouvelles technologies peuvent être une solution face aux problématiques économiques, démographiques ou de qualité des soins, l'hôpital 2.0 pose de nouveaux questionnements. Nous devons donc aujourd'hui jongler entre une technicité accrue, mais également un besoin de relationnel plus fort. Cette relation toute particulière, la relation soignant soigné, qui est au coeur de notre métier, semble vouée à évoluer. Cette dernière se construit et se déconstruit au gré des multiples faits et composantes qui entourent la prise en charge du patient. L'empathie du soignant, son écoute et son respect pour le patient, l'adhésion à la prise en charge de la part du soigné, la vision sociale de l'hôpital par le patient... Une valeur reste maîtresse dans cette prise en charge: la bienveillance et le respect de l'intégrité du patient.

Jusqu'à très peu, le lien entre le soignant et le soigné, respectait une hiérarchie bien précise: Le soignant, seul et unique détenteur du savoir médical, et le soigné reléguait à une place de second rôle. En effet cette relation, que l'on pourrait qualifier de paternaliste, ne laissait que peu de place à la discussion et à la négociation, entre les deux parties. On a eu longtemps comme conviction que cette relation devait se limiter à « celui qui sait et celui qui ressent ». Aujourd'hui, tout cela se modifie pour laisser place à une relation où le patient devient par divers moyens, plus acteur de sa prise en charge et de sa pathologie.

D'une part, le patient se questionne davantage sur sa santé, permettant donc plus de décisions sur son parcours de santé. Ce dernier bénéficiant aujourd'hui d'une interaction accrue avec les équipes qui les posent tous deux sur un pied d'égalité. Le patient est donc devenu un pivot central de sa santé et plus largement, un usager du système de soin et de santé. D'autre part, cette évolution s'est accompagnée de l'avènement de multiples solutions d'information sur la médecine.. de la télévision à internet, en passant par les associations de patients, le soigné a aujourd'hui une pléiade d'outils pour prendre en charge sa santé. La e-santé et les objets connectés étant les nouveaux nés de ces outils censés rendre plus responsable le patient, et faire naître un patient 2.0.

Ainsi, la prise en charge ambulatoire qui se veut être le futur de la prise en charge hospitalière, notamment dans le domaine chirurgical, semble entraîner des modifications dans les techniques et usages des soignants mais aussi dans le comportement et engagement du patient. Une modification de la relation entre le soignant et le soigné est donc en train de s'opérer. Mais se fait-elle dans l'intérêt du patient et du soignant ?

Pour répondre à cette interrogation, je poserai évidemment la question à différents professionnels et en analyserai les réponses mais je vais d'abord décortiquer les différents points de ma question de départ. En commençant par la relation soignant soigné dans ses bases, puis en rapport avec cette nouvelle technique de prise en charge et les outils à son service. Afin de mener cet approfondissement, différents travaux de recherche m'ont été nécessaires, de même que la lecture d'auteurs exprimant leur vision sur le sujet et me permettant d'étayer mon analyse. Je déroulerai donc mon cadre conceptuel autour de trois grands points. A commencer par la relation soignant soigné, élément clé de mon questionnement, puis le développement de la chirurgie ambulatoire en France face notamment aux autres pays du monde, et enfin l'arrivée du numérique dans le monde de la santé et les répercussions que cette dernière pourrait engendrer sur notre relation aux soignés.

#### 4/ Cadres théoriques et législatifs

##### 4.1 Champs disciplinaires retenus pour l'élaboration du mémoire (notés en italique ci dessous)

De part ce travail d'étude, je m'appesantirai sur trois champs disciplinaires différents. Le premier étant le domaine de la *santé publique*, qui me permettra d'étudier l'intérêt de l'apport de la e-santé dans la prise en charge infirmière au regard de la situation de santé publique à laquelle notre société fait face. Le second sera bien sûr la *démarche relationnelle*, afin de tenter de répondre plus exactement à mon questionnement. Et enfin, le dernier champ traité seront «*Les sciences et techniques infirmières*», qui me permettront d'étudier l'évolution des comportements et techniques professionnelles au regard de ces nouvelles techniques.

##### 4.2 Cadre conceptuel sur la relation soignant-soigné.

*La relation soignant soigné, à travers les âges, n'a cessé d'évoluer jour après jour pour rendre aujourd'hui le soigné beaucoup moins dépendant des soignants. Mais avant toute chose, quelle est la définition et l'histoire de cette relation que chaque étudiant infirmier et futur professionnel de santé cherchera à établir avec le patient.*

Cette relation se lie entre deux acteurs, le soignant et le soigné, comme l'exprime Alexandre Manoukian, psychologue clinicien en milieu hospitalier. Le premier enjeu majeur d'une relation dans le domaine de la santé, est la confiance et c'est cela qu'exprime Alexandre Manoukian, de part cette citation: «*La relation d'aide en soins infirmiers est un moyen d'aider le patient à vivre sa maladie et ses conséquences sur la vie personnelle, familiale, sociale et éventuellement professionnelle. Elle est fondée sur le développement d'une relation de confiance entre le soignant et le soigné.*»<sup>1</sup> Puis, vient le deuxième point majeur, à savoir le respect mutuel et intangible entre les deux protagonistes de ce lien, selon Carl Rogers, psychologue humaniste américain. Ainsi, selon lui, «*Plus le client (personne soignée) voit dans le thérapeute un vrai ou authentique, empathique, lui portant un respect inconditionnel, plus il s'éloignera d'un mode de fonctionnement statique, fixe, insensible ou impersonnel, et plus il se dirigera vers une sorte de fonctionnement marqué par une expérience fluide, changeante et pleinement acceptante de sentiments personnels nuancés.*

---

<sup>1</sup> MANOUKIAN, A, 2008, p.56

*Il résulte de ce mouvement une évolution de la personnalité et du comportement dans le sens de la santé et de la maturité psychique et de rapports plus réalistes avec le moi, les autres et le cadre extérieur. »<sup>2</sup>*

Voilà donc les deux premiers points incontournables d'une relation stable entre le soignant et le soigné. L'une des autres principales notions dans la relation soignant-soigné est l'acte de prendre soin de «l'infirmes», du «démuni». Son but principal, étant donc d'aboutir à une relation thérapeutique, comme le dit Margot Phaneuf, professeure de sciences infirmières. Cette relation tient selon l'auteure sur quatre points principaux: la présence, l'écoute, le non-jugement et la non directivité de la part du soignant. Toujours selon l'experte, un type de relation permettrait de mettre en place un contact plus fort et plus solide dans un certain contexte, la relation fonctionnelle: « *La relation fonctionnelle sert de relation de convenance pour nos échanges quotidiens, mais aussi de rapport de nature utilitaire au cours des soins. (...) La relation fonctionnelle est celle qui permet les échanges au quotidien de la soignante avec les clients, les familles et les autres intervenants, la plus répandue des interactions professionnelles en soins infirmiers, concrète, claire, simple et précise, chaleureuse et efficace. (...)* »<sup>3</sup> « *La relation fonctionnelle bien comprise peut conduire à l'établissement de liens plus profonds, plus sérieux et plus responsables qui constituent les fondations de la relation de confiance avec le client et de la relation d'aide.* »<sup>4</sup>

On comprend donc à travers ces différentes explications, que la relation de soin peut être associée à une sorte « d'alliance thérapeutique » entre les deux partis. Toujours selon Margot Phaneuf, « *La confiance est un sentiment de sécurité, d'assurance et même d'espérance de bons soins que suscite la soignante attentive, responsable, capable de bien s'occuper du client. (...). Digne de leur confiance par sa fidélité à s'occuper d'eux, par sa loyauté et par sa*

---

<sup>2</sup> PAILLARD, C, 2015, p. 329 *Dictionnaire Humaniste Infirmier*

<sup>3</sup> PHANEUF, M, 2011, pp.147-148 *La relation soignant-soigné: rencontre et accompagnement.*

<sup>4</sup> PHANEUF, M, 2011, p. 149 *La relation soignant-soigné: rencontre et accompagnement.*

*vigilance à l'égard de leurs besoins. Ainsi, la relation de confiance établie un lien solide entre la soignante et le soigné. »*<sup>5</sup>

Cette relation, ici décrite par différents auteurs, a aussi été explorée dans le cadre de la loi, afin d'en poser un cadre sûr et rassurant pour les deux partis. Cette législation renforce d'abord le rôle d'acteur du patient dans sa prise en charge. La loi Kouchner n°20002-203 du 4 Mars 2002 qui est relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, établit ce nouveau statut du soigné qui le place en tant qu'utilisateur du système de soins. Cette loi, se veut donc garante aussi du consentement aux soins, qui passe souvent par une bonne relation entre le soignant et le soigné. En effet, ce dernier est le seul maître des décisions qui le concerne quant à sa santé et nul ne peut lui imposer un choix, tant que le patient a été averti des conséquences que ses choix entraînent.

Par ailleurs, et cela est important, la loi garantit au patient qu'il peut à tout moment demander l'accès à son dossier médical, impliquant que le soignant se donne pour devoir d'apporter au patient, toutes les informations nécessaires à ses soins. Et ce en toute franchise et honnêteté, sans quoi si le patient apprenait des informations non apportées par le soignant, le lien de confiance entre les deux partis pourrait être altéré. Enfin, une commission des relations aux usagers permet au patient de lui assurer une facilitation des démarches quant à l'expression des choix et volontés de ce dernier auprès des responsables des établissements de santé.

De part cette loi du 4 Mars 2002, le patient doit donc se considérer comme un véritable acteur décisionnaire de son parcours de soin. Pour aider le patient à être informé de ses principaux droits, la charte du patient hospitalisé (*voir annexes*) datée initialement de 1995 et réactualisée dans la circulaire du 2 Mars 2006 est aussi systématiquement affichée dans les structures de soins, et regroupe les droits principaux du patient dont ceux issus de la loi du 4 Mars 2002.

Ces droits accordés aux patients, les ont inscrits dans une nouvelle relation plus équitable, où leur avis est pris en compte. Le « contrat médical », qui voyait auparavant une certaine hiérarchie entre le savant (soignant) et l'ignorant (soigné) a été remis à plat.

---

<sup>5</sup> PHANEUF, M, 2011, p.149 *La relation soignant-soigné: rencontre et accompagnement.*

Aujourd'hui, nous sommes plus proches d'une relation "commerciale" entre un prestataire de soins et un consommateur de soins.

C'est notamment ce qu'illustre par ses propos, Jean-Marc Leuret, cadre de santé auprès du Centre Hospitalier d'Auxerre, dans son article «*Réflexion philosophique sur la relation soignant-soigné*» publié en 2007: « *La notion d'égalité qui prévaut dans nos relations de citoyens, d'individu à individu, a effacé les limites intergénérationnelles, les limites de classe, et par là même, a bouleversé l'asymétrie qui régissait la relation soignant-soigné et qui fondait l'autorité médicale* ». Cette modification est donc pour lui due au fait que le corps soignant ait cherché à installer un principe d'équité de pouvoir entre le soignant et le soigné, mais aussi au développement d'une certaine autonomie pour le patient. Cette hiérarchie semble donc s'effacer pour laisser place à un patient plus connaisseur grâce à un accès facilité au savoir médical, de part toutes les technologies et bien évidemment Internet. Un bouleversement majeur en somme dans notre rapport au patient.

- 4.3 Cadre conceptuel de la chirurgie ambulatoire:

Afin de comprendre ce que représente ce type de prises en charge, il faut d'abord en avoir une première idée précise. Ainsi sa première définition date de la conférence de consensus en Mars 1993, toute en sachant que l'autorisation de sa pratique en France date de 1992. Elle est ainsi définie comme « *l'ensemble des actes chirurgicaux ou d'investigation, programmé et réalisé dans les conditions techniques de sécurité d'un bloc opératoire, sous une anesthésie de mode variable et selon les modalités permettant sans risque majoré, la sortie du patient le jour même de son admission* ».

La chirurgie ambulatoire voit d'abord le jour aux Etats-Unis, au début des années 1960. En effet, deux programmes officiels de développement de la chirurgie ambulatoire sont installés au sein de centres hospitaliers de Californie en 1962, puis à Washington en 1966. Après ces deux premières expériences, le pays connaît un développement de ce mode de prise en charge très rapide, pour arriver aujourd'hui à un taux de plus de 94% de prise en charge en chirurgie ambulatoire, selon des rapports de santé publique américains. La France a quant à elle

longtemps “trainé les pieds” avant de s’inscrire de manière forte dans ce mouvement, en 2015. En effet, en 1990, la chirurgie ambulatoire est d’abord interdite en France puis par la suite autorisée en 1992, et devient en 2009, une priorité nationale de santé publique.

Malheureusement, ces années de retard comparées à d’autres pays européens, ont empêché de mettre en place une culture et une sensibilisation des équipes hospitalières et des patients sur ce mode de soin. A titre de comparaison européenne, le Danemark, selon l’enquête IAAS 2009 de l’HAS, comptait 74% de chirurgie ambulatoire sur le total de la prise en charge chirurgicale, alors que la France n’en était qu’à 36%.

Plus qu’une hospitalisation raccourcie, la chirurgie ambulatoire se veut être un mode de prise en charge centré sur le patient et ses demandes, avec une organisation architecturale, matérielle et thérapeutique répondant au mieux aux besoins spécifiques de chaque patient, un « *chemin clinique* » en définitive, où ce n’est pas l’acte de soin qui est considéré comme ambulatoire, mais bien le patient. Ainsi selon le site *Ameli.fr*, la chirurgie ambulatoire représente « une alternative souvent avantageuse à l’hospitalisation dite traditionnelle ou complète, qui nécessite une ou plusieurs nuits dans l’établissement. Elle permet au patient de rentrer chez lui le jour même de son intervention ».

La chirurgie ambulatoire reste aujourd’hui principalement utilisée pour certains actes chirurgicaux, comme par exemple:

- La chirurgie de la cataracte
- La chirurgie des varices
- L’arthroscopie du genou
- La chirurgie du canal carpien
- La chirurgie de la main

Ces actes, parmi d’autres, ont été validés par des sociétés savantes de chirurgie ambulatoire et de réanimation, ce qui permet donc leur pratique en ambulatoire. On observe aussi aujourd’hui sa pratique, pour des chirurgies beaucoup plus lourdes (prothèse totale de hanche,

de genou...), ce qui représente une prouesse organisationnelle au vu de la lourdeur de ce type d'opérations.

Les gestes chirurgicaux deviennent de moins en moins invasifs permettant un risque d'infection diminué, et une surveillance à domicile par infirmière, rendue possible beaucoup plus rapidement qu'au préalable.

Autre avantage cité par l'HAS, c'est une prise en charge qui reste adaptée à la majorité des patients. Néanmoins quelques règles sont évidemment requises, outre les couvertures législatives que j'évoquerai ensuite. À commencer par la garantie que le patient soit accompagné à son retour à domicile, et pendant la première nuit post opératoire, de même qu'habiter à moins d'une heure de l'établissement hospitalier de santé dans lequel le patient a été opéré, et enfin avoir un téléphone pour contact avec l'équipe médicale et paramédicale...

Afin de développer dans le cadre de la loi cette (r)évolution, la France s'est dotée d'un arsenal législatif, permettant de répondre au mieux, aux projets de création de secteur de chirurgie ambulatoire dans les établissements le désirant. Dans ses premières versions, le code de la Santé Publique, présente une unité de chirurgie ambulatoire « *comme une structure de soins alternative à l'hospitalisation et limite sa durée journalière d'ouverture à 12 heures. Son organisation doit être spécifique, et elle dispose de moyens propres en locaux, en matériel ainsi qu'en personnel* ». En France, l'activité de chirurgie ambulatoire est aussi soumise, à l'autorisation de l'Agence Régional de Santé (ARS). Les structures autorisées peuvent être selon l'article L. 6122-3 du code de la santé publique, « *un établissement de santé, un ou plusieurs médecins ou une personne morale* ». Aujourd'hui, depuis le décret n°2012-969 publié le 22 août 2012, au Code de la santé publique, ce ne sont plus les structures qui doivent rester ouvertes 12 heures mais les durées d'hospitalisation des patients qui doivent respecter ce temps. Concernant la qualification et le nombre de personnels requis, à la base et selon l'HAS, « *le personnel nécessaire au fonctionnement d'une unité de chirurgie ambulatoire est défini dans l'article D. 6124-303 du Code de la santé publique qui impose la présence minimale, pendant les heures d'ouverture, d'un médecin et d'un infirmier pour cinq patients*



*présents et, en sus, d'un médecin anesthésiste réanimateur et de deux infirmiers supplémentaires pendant la durée d'utilisation du secteur opératoire.*

*Le nombre et la qualification des personnels médicaux et paramédicaux exerçant dans les structures de chirurgie ambulatoire sont appréciés par le directeur général de l'Agence régionale de santé en fonction de la nature et du volume d'activité effectués, de la fréquence des prestations délivrées, de leurs caractéristiques techniques et de l'importance des risques encourus par les patients selon l'article D. 6124-308 du Code de la santé publique». Par le même décret cité auparavant, et ce au vu de la nécessité de développer les secteurs ambulatoires, ces règles ont dû évoluer. En effet, les services hospitaliers n'ont plus la nécessité d'avoir un nombre défini de personnels, mais seulement que le « nombre et la qualification des personnels soient adaptés aux besoins de santé des patients, à la nature et au volume d'activité effectués et aux caractéristiques techniques des soins dispensés ».*

On le constate, de part ces cadres législatifs assouplis, les pouvoirs publics souhaitent faire entrer le système de soin français dans une ère nouvelle, où l'hospitalisation systématique n'est plus la logique. Pour preuve, lors d'une déclaration en 2018, Madame Agnès Buzin, Ministre de la Santé et des Solidarités, invitait le secteur de la santé à sortir de l'idée « *du tout hôpital* ». L'un des objectifs fixés par la Ministre soit qu'en 2022, sept patients sur dix entrant le matin, en sortent le soir, contre cinq aujourd'hui. Objectif réaliste ? En 2016, en France, selon l'HAS, 53 % des interventions chirurgicales ont été réalisées sans que le patient ne passe la nuit à l'hôpital. On peut constater un développement rapide de la chirurgie ambulatoire depuis une décennie en France. Un constat à nuancer, au vu du fait que cette activité représentait en 2010, 46% de la chirurgie dans le secteur privé et 26,3% dans le secteur public, ainsi que la présence de disparités territoriales de développement du secteur.

On le comprend, la chirurgie ambulatoire et plus généralement le secteur ambulatoire sont devenus les solution principales pour la revitalisation de notre système de santé, de manière pérenne. Tant sur le plan de l'innovation, que sur le plan économique. Pour preuve chaque ARS (*Agence Régionale de Santé*) a pour mission, dans le cadre du développement de la chirurgie ambulatoire demandé par les pouvoirs publics, de mettre en place au moins six

interventions sur dix d'ici 2020, alors qu'actuellement seuls quatre interventions sur dix sont exécutées de manière ambulatoire, en moyenne, en France.

Afin de mener à bien cet objectif, les agences régionales de santé peuvent compter sur le renfort de la Haute Autorité de santé, accompagné de l'ANAP (*Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé*) qui soutiennent cette mission, avec pour rôle d'informer et de former les professionnels de santé. Par ailleurs, la continuité des soins et sa coordination avec la santé de ville, se veulent être le garant d'une bonne surveillance du patient en amont et aval du geste médical. L'infirmier s'inscrit donc entièrement dans ce processus de suivi du patient, où il devient l'accompagnant et le surveillant principal.

La chirurgie ambulatoire ne se répand pas non plus dans un contexte quelconque. En effet, grâce au développement de la e-santé et de tous les objets connectés, l'infirmier pourrait avoir à sa disposition des technologies et des outils de suivi du patient, permettant à ce dernier ainsi qu'au médecin traitant, un suivi plus précis. Toute la complexité est dans la maîtrise de ce nouveau pan de la santé. En quoi consiste-il exactement, et quels sont ses intérêts pour le patient et le corps paramédical ?

- 4.4 Cadre conceptuel de la e-santé

Il ne se passe pas une journée sans qu'un média, ne relate les avancées high-tech dans le domaine de la santé. Du tensiomètre connecté, au pansement connecté mesurant l'état de cicatrisation, en passant par la cabine de télémedecine avec ses multiples outils de mesure, les corps de santé et les patients ne cessent de découvrir de nouvelles « créations ». Entre méfiance, et intérêt grandissant, c'est tout une révolution de la santé qui semble se profiler.

La première définition officielle que l'on peut donner au terme de e-santé, provient de l'OMS. En effet selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la e-santé correspond aux « *services du numérique au service du bien-être de la personne* ». On peut aussi comprendre cette définition, comme étant l'application des Technologies de l'information et de la communication (TIC) dans le domaine de la santé.

Les TIC sont définies par le dictionnaire de l'Office Québécois de la Langue Française comme étant : « *L'ensemble des technologies issues de la convergence de l'informatique et des techniques évoluées du multimédia et des télécommunications, ont permis l'émergence de moyens de communication plus efficaces, en améliorant le traitement, la mise en mémoire, la diffusion et l'échange de l'information* » et ce notamment dans le domaine de la santé.

L'une des autres composantes de la e-santé est la télémédecine. Cette dernière correspond à une technique mettant en œuvre des moyens de télécommunications numériques permettant aux corps médicaux d'effectuer à distance des actes de diagnostics ou de soins. En France, la télémédecine a été définie par la loi Hôpital Patients Santé Territoire (HPST) n°2009- 879 du 21 juillet 2009 comme « *une pratique médicale à distance faisant intervenir au moins un médecin* ». Sa définition et sa mise en œuvre sont précisées par le décret n° 2010-1229 du 19 octobre 2010 (Journal officiel du 21 octobre). La télé-santé, lié à la télémédecine, quant à elle correspond à l'utilisation des systèmes de communication permettant de préserver et de promouvoir la santé auprès du public.

A l'intérieur de la catégorie télé-santé, on dénombre plusieurs actes différents dont quatre pouvant concerner plus particulièrement les paramédicaux :

- la télésurveillance médicale : Le professionnel de santé peut évaluer à distance les données physiologiques du patient, recueillies par exemple par des outils technologiques de santé connectée, et prendre des décisions en conséquence.
- La télé-consultation: un professionnel de santé, comme un infirmier, peut donner une consultation via écrans interposés avec un patient hospitalisé à domicile ou en structure. Ce dernier peut être accompagné d'un ou plusieurs autres professionnels de santé durant cette consultation.

- La télé-expertise : Un infirmier, par exemple, peut demander l'assistance d'un expert médical ou paramédical pour une problématique donnée, sans que l'expert en question ne soit présent physiquement pour apporter son aide ou diagnostic.
- La télé-assistance (médicale) : un médecin ou autre professionnel peut apporter son aide sans être présent à un autre professionnel de santé lors de la réalisation d'un acte de soin

Trois composantes majeures ressortent donc de cette définition de la télémédecine:

- Elle se pratique à distance
- A recours aux TIC (Technologies de l'information et de la communication)
- Intègre un professionnel de soins (médecin, aide soignant, infirmier, ...)

Enfin on pourrait compléter cette définition de la e-santé, par la M-santé ou mobile santé. Cette M-santé correspond à la santé via les smartphones développant des applications de santé. Ces dernières étant aujourd'hui possédées par de plus en plus d'utilisateurs. Ainsi en France, selon un sondage réalisé par Odoxa en Janvier 2015, un tiers de la population possédait un appareil connecté permettant de mesurer ses données physiologiques ou son activité physique. Pour être bien au clair, la e-santé englobe donc la télémédecine, les applications mobiles, les objets connectés, le e-commerce et bien d'autres fonctionnalités.

Alors quels sont donc les intérêts de la e-santé dans le contexte de santé que notre pays traverse ? En 2016, d'après un rapport de l'OCDE, la France utilisait 11% de son PIB (*Produit intérieur Brut*) pour le budget de la santé, alors que les Etats Unis, y consacrait eux, 17,1% de leur PIB. Le constat fait, on peut se poser la question de l'efficacité de l'investissement américain au regard de la couverture santé des américains. Le déploiement de la e-santé à grand renfort de plans Santé, en France, doit donc permettre de relever de nombreux défis parmi lesquels, la lutte contre les déserts médicaux, semblant s'étendre à mesure que les campagnes se désertifient en structures de santé. L'autre défi donné, est de parvenir à une meilleure qualité et optimisation des soins générés pour et autour des besoins du patient. Sans oublier le contexte de l'Assurance Maladie présentant un déficit de 5,1 milliards d'euros en 2017 selon la Commission des comptes de la Sécurité sociale, et où

l'objectif affiché est sa réduction, année après année, afin d'atteindre un retour à l'équilibre de divers manières, et donc notamment par le développement de l'ambulatoire, et de la e-santé.

La e-santé, est aussi de plus en plus considérée par les pouvoirs publics comme un moyen de prévention et de diagnostic de la santé, et est ainsi favorisée par les autorités sanitaires.

Pour l'OMS, la e-santé, pour qu'elle soit viable, doit être basée sur trois domaines bien distincts

- Que les informations mises à disposition des professionnels de santé ainsi qu'aux patients, de part Internet et les autres technologies soient fiables et exactes
- Que l'usage des nouvelles technologies servent à améliorer les services publics de santé, et qu'elles permettent la formation et la sensibilisation des personnels de santé
- Que ces technologies permettent la surveillance, la promotion de la santé et de ses politiques

Toutefois la e-santé ne repose pas seulement sur le secteur public mais repose également sur le secteur privé. De l'univers des mutuelles en passant par les assurances, ces différents organismes ont compris l'intérêt de telles technologies pour la promotion de la santé, ne serait ce que pour l'intérêt économique, au vu par exemple du coût des soins.

Les nouvelles technologies de part la e-santé ont fait leur entrée dans la santé de manière officielle, grâce à une directive de la communauté économique européenne en 1992, et c'est en 2009, par la publication de la loi HPST et de son article 78 que cette dernière est reconnue comme une « *forme de pratique médicale (...)* ». Ainsi la e-santé et l'une de ses mises en application, la télémédecine, sont soumises de manière stricte, aux mêmes règles de qualité, de déontologie, d'éthique, et de confidentialité qu'un acte de soin lambda .

Preuve supplémentaire de l'engagement des pouvoirs publics dans la e-santé depuis la mise en place de la loi HPST et sa définition de la e-santé, la création de l'agence ASIP-Santé (Agence des systèmes d'information partagés de santé) en 2009 avec plusieurs missions importantes. Avec premièrement, le développement du dossier médical personnalisé (DMP),

puis dans un second temps, une favorisation de la coordination et de l'encadrement des divers structures souhaitant mettre en place des projets de e-santé.

A cette fin, l'ASIP Santé, a créé un label «*e-santé*» octroyé notamment aux centres utilisant la e-santé pour leurs prises en charge, mais aussi aux plateformes numériques destinées au domaine de la santé.

Aussi, cette agence ministérielle a pour but d'assurer et de mener des actions pour la sécurisation des données personnelles du patient dans le cadre de sa prise en charge, grâce notamment à la conception d'une messagerie interprofessionnelle sécurisée.

Nous pouvons donc dire après ce développement, que la e-santé est en train de devenir un réel porteur d'espoir pour une transformation majeure de la santé publique française. Les autorités sanitaires et les industries de la santé misent sur la responsabilisation du patient, ce qui le rendra acteur de sa propre santé, et permettra donc une meilleure préservation de sa «bonne» santé.

Comme cités tout à l'heure, les autres espoirs portés par l'avènement de la e-santé sont économiques et territoriaux. En effet, selon des prévisions de l'INSEE, une personne sur trois aurait plus de 60 ans en 2050, engrangeant des dépenses de santé encore plus grandes. De plus, en fonction de son lieu d'habitation et de ses moyens, tous les citoyens n'ont pas forcément droit à une égalité d'accès aux soins.

Ainsi en tentant de mieux penser les dépenses de santé, et en développant l'accès à la télémédecine et plus largement à la e-santé, il est envisageable que le système de santé français puisse mieux prendre en considération et en charge l'ensemble de ses citoyens. Néanmoins il convient de rester prudent. Des réserves pouvant être émises, ne serait ce que par rapport à la sécurisation et à la garantie de confidentialité des données personnelles mises à la disposition par le patient. Une première réponse législative et encadrante est apportée par le RGPD. Ces nouvelles règles très strictes en matière de données personnelles, sont entrées en vigueur le 25 mai. Regroupées dans le RGPD, le règlement général pour la protection des données, ces règles s'appliquent dans toute l'Union européenne et vont notamment obliger à plus de transparence sur l'usage fait des données personnelles.

## **4- Méthodologie de la recherche**

### *4.1 Explication et choix de l'application de la méthode d'investigation.*

Afin de mener à bien mon étude, j'ai choisi une méthode exploratoire qualitative selon trois entretiens semi directifs. Ce moyen de recueils d'informations me permettra de centrer le discours des personnes interrogées autour du thème choisi en amont. L'autre intérêt à choisir cette méthode exploratoire pour mon mémoire, est qu'il permettra à mon interlocuteur d'avancer des arguments et de développer ces derniers librement afin d'avoir le plus d'informations et un avis au plus proche de la pensée de la personne que j'interrogerai. Le guide d'entretien sera le même pour les trois personnes interrogées. Composé de neuf questions, il a pour but de connaître leur avis sur les avancées, espoirs ou freins que mettent en place le développement du numérique et de la chirurgie ambulatoire, et sera consigné en annexe. Avec l'autorisation de mes interlocuteurs, je me permettrai d'enregistrer nos entretiens à l'aide d'un dictaphone, et les retranscrirai en annexe afin de rapporter exactement les paroles de mes témoins, et ce pour une analyse plus juste. Conscient de la constante évolution de mon sujet, j'ai assisté à différents congrès et salons sur la thématique des soins ambulatoires et de la e-santé au service des paramédicaux, afin d'acquérir le maximum de données récentes sur le thème de ma recherche.

### *4.2 Choix de la population et expériences*

La population interrogée est donc composée de trois infirmières d'horizons différents mais ayant toutes dans leur quotidien à traiter des problématiques et usages liés au numérique dans le quotidien du soignant. J'espère trouver à travers ces différents profils, non pas des réponses forcément contraires mais des avis se complétant car le développement de la e-santé notamment lors d'une prise en charge ambulatoire, ne peut être vécu et vu de manière uniforme malgré la différence de lieu d'exercice.

J'interrogerai donc tout d'abord une infirmière, Madame Lydie Canipel, devenue secrétaire générale de la Société Française de Télémédecine, et présidente de l'association Formatic Santé dont le but est la formation et la promotion de la e-santé auprès des personnels soignants. Cette personne a pour moi, une expertise certaine sur l'avènement de la e-santé pour l'infirmier et c'est pourquoi je l'ai choisi comme interlocutrice pour approfondir mon sujet. Puis je m'entretiendrai avec une infirmière experte en plaies et cicatrisations post chirurgicales auprès du CHU de Bordeaux, intervenant par des télé-expertises auprès d'une trentaine d'EHPAD de la région bordelaise, et représentant l'un des modes d'exercice que le système de santé français tente de développer. Enfin, la dernière personne qui m'accordera un entretien sera une infirmière coordinatrice travaillant auprès d'une société de soins à domicile, utilisant des objets connectés et des solutions de télémédecine pour le suivi du patient à distance, dans le cadre de chirurgies ambulatoires par exemple.

#### *4.3 Déroulement des entretiens*

Pour pouvoir réaliser ces entretiens, j'ai d'abord élaboré un guide d'entretien que j'ai fait valider par ma guidante. J'ai ensuite contacté les infirmières une par une, soit directement, soit en prenant contact avec la direction de leur structure, en leur précisant quel était le thème de ma recherche et en leur présentant mon guide d'entretien. Les entretiens ont duré en moyenne treize minutes et ont été enregistrés après l'obtention de leur consentement. Ces enregistrements ont facilité la retranscription et l'analyse des entretiens ( annexe IV ). Dans l'ensemble, ces entretiens se sont bien déroulés et la seule difficulté que j'ai pu rencontrer était la distance entre moi et les différentes infirmières. J'ai donc eu recours à des appels visio via l'application *Skype*. Mise à part ce point, je n'ai pas rencontré de difficultés particulières, les personnes interrogées étant toutes disponibles, sympathiques et bienveillantes à mon égard.



## 5/ Résultats des entretiens

J'ai choisi à travers ce tableau d'effectuer un premier rassemblement d'extraits des réponses afin de gagner en clarté et lisibilité sur les différents points de vues des infirmières interrogées. Je ferai dans un deuxième temps une analyse plus approfondie de ma question de recherche, grâce aux connaissances acquises et les réponses qui m'ont été apportées.

	<b>IDE 1: Lydie Canipel</b>	<b>IDE 2 : M a r t i n e Barrateau</b>	<b>IDE 3: Elise Blanchot</b>
<b>Q 1: Quelle est votre définition de la e-santé et des nouvelles technologies qui s'y rapportent?</b>	« ensemble des activités (...) utilisant les TIC.»	«Moi tout ce que je connais c'est la télémédecine (...) Et l'on va dire que ce sont des nouvelles technologies qui nous servent à faire des expertises et donner des conseils à distance, je dirais»	«(...) l'ensemble des services et solutions numériques au bénéfice des pratiques médico-sociales et médicales.»
<b>Q 2: Peut-on établir une bonne prise en charge relationnelle dans un contexte ambulatoire?</b>	«Oui parfaitement si ce n'est mieux...»	«Ah oui totalement. Alors là toute à fait.»	«Moi je pense qu'il faut être attentif à ce que ce lien relationnel se maintienne et s'améliore (...)»
<b>Q 3: La e-santé liée à une prise en charge ambulatoire est-elle compatible selon vous avec le rôle de l'infirmier et la notion de « take care »?</b>	«Tout à fait (...)»	«Oui pour moi, c'est totalement compatible (...). C'est juste une question de formation, de compréhension de l'infirmier.»	«Le lien péri-hospitalier est mis parfois en péril. Néanmoins des solutions de suivi (...) permettent de retisser ce lien via les applications mobiles.»

<p><b>Q 4: Y'a t-il une parfaite adhésion et compréhension de ces nouvelles techniques par l'infirmier, et ne sont elles pas une nouvelle charge de travail l'éloignant du patient?</b></p>	<p>« Non ce n'est pas une nouvelle charge, c'est une nouvelle organisation qui redéfinit le rôle des acteurs dans un parcours patient repensé »</p>	<p>« Alors ça c'est un autre problème. Pour les soignants côté EHPAD oui ça peut être un travail en plus sauf qu'on leur rend service et elles s'en rendent très vite compte. »</p>	<p>« Comme tout changement de pratiques au sein d'un établissement de santé, il est important d'accompagner l'ensemble des acteurs à ce changement afin que cela ne soit pas une charge en plus. »</p>
<p><b>Q 5: Comment imaginez vous le futur de l'infirmier avec le développement de la prise en charge ambulatoire et l'aide des nouvelles technologies?</b></p>	<p>« Un rôle de plus en plus de coordination du parcours de soin. »</p>	<p>« Je pense à un infirmier encore plus expérimenté »</p>	<p>« L'infirmier devient le médiateur entre le patient et son établissement. »</p>
<p><b>Q 6: Ressentez vous ou pensez vous qu'un renversement dans la relation entre le patient et l'infirmier peut s'établir de part ces révolutions?</b></p>	<p>« Renversement n'est pas le terme pour moi (...) l'IDE par ses entretiens motivationnels accompagne par son éducation, son patient »</p>	<p>« Alors la relation de confiance on l'a, et le patient est encore plus à l'écoute de son soignant. »</p>	<p>« Le patient est plus éduqué, informé, préparé mais sa connaissance résulte de l'éducation thérapeutique délivrée par le corps soignant. »</p>
<p><b>Q 7: Va t-on selon vous avec l'aide de toutes ces nouvelles technologies vers un patient plus expert que les soignants eux mêmes, dans la compréhension et le savoir de leur pathologie?</b></p>	<p>« Ce n'est pas les nouvelles technologies qui changent cela . Les nouvelles technologies permettent plus de proximité et obligent à plus d'écoute du patient qui seul connaît ce qu'il ressent »</p>	<p>« Je pense, à condition qu'il y ait vraiment un accompagnement. Il faut vraiment que l'infirmier explique bien aux patients »</p>	<p>« Le patient ne devient pas plus expert que son équipe soignante. Ils apprennent ensemble l'un de l'autre (...) Ils font une équipe »</p>
<p><b>Q 8: La prise en charge à distance du patient et les solutions technologiques sont elles perçues par ce dernier comme un véritable gain de confort?</b></p>	<p>« les patients dans des parcours complexes intégrés dans des projets de Télémédecine quelque soit l'âge y trouve de la sécurité, plus d'écoute. »</p>	<p>« Ils ne l'expriment pas tous forcément mais en tout cas ceux qui le peuvent sont, comment dire, enthousiastes. »</p>	<p>« Ce lien continu rassure le patient et lui permet de retrouver ses habitudes et son confort le plus tôt possible, lui permettant d'être sur pied rapidement »</p>

<b>Q 9: Les patients se sentent-ils plus rassurés par les nouvelles prises en charge disponibles (télémédecine, objets connectés), que les solutions plus traditionnelles?</b>	« Oui s'ils ont été formés. »	« Il n'y a pas de méfiance (...) on a eu aucun refus »	« Les patients sont plus encadrés, surveillés et suivi (...) Ils sont dès lors plus rassurés. »
--	-------------------------------	--	---

## 7/ Analyse de l'étude

*A partir de l'analyse des différentes réponses apportées lors de mes trois entretiens, je me suis aperçu que nombre d'idées développées dans le cadre conceptuel étaient confirmées par les différentes infirmières. J'ai pu aussi grâce à ces différentes rencontres, mieux appréhender les enjeux et liens entre les trois concepts que j'ai développé précédemment.*

L'intérêt premier de mon étude est de connaître les éventuels impacts positifs ou négatifs que peuvent avoir les développements du numérique et de la e-santé lors de la relation entre le soignant et le soigné. Tout d'abord, j'avais besoin de connaître la représentation que se faisait les soignantes rencontrées sur le terme *e-santé*. Connaisseuses de leur domaine, la définition de chacune rejoint l'idée d'un ensemble d'activités liées aux nouvelles technologies ayant pour but principal la prise en charge et le soin des patients. Ce premier mot clé de ma question de recherche défini par chacune de mes « expertes », j'ai donc choisi de décomposer mon analyse autour de trois thèmes qui, je l'espère, permettront de répondre à mes questionnements posés.

*7.1 La relation soignant soigné est elle modifiée lors d'une prise en charge en chirurgie ambulatoire, aidée de la e-santé?*

C'est bien là toute la problématique. La e-santé parviendra t-elle avec tous ces outils à maintenir un lien entre les deux personnages principaux d'une relation ancestrale, alors même que le patient ne restera pas plus d'une journée au sein de l'établissement de santé pour son opération.

Elise Blanchot, infirmière coordinatrice auprès de la société de soins à domicile, concède effectivement que ce qu'elle appelle le « lien péri hospitalier », autrement dit tout la relation se nouant avec le patient autour de l'acte de soin, pourrait se dégrader si l'hospitalisation ambulatoire que l'on connaît aujourd'hui n'était pas soutenue par d'autres techniques. Elle voit justement en l'apport de la télémédecine et des objets de suivi connectés, une manière de rassurer et recréer un nouveau lien avec le patient. Un lien, où l'infirmier devient le maillon fort entre la structure hospitalière et le soigné. Car face à cette révolution en cours, tous les patients ne sont pas égaux. On peut penser aux personnes âgées et personnes de milieux défavorisés, n'ayant pas pour habitude de manipuler et d'avoir à faire à des technologies avancées, qui plus est dans le domaine de la santé. Une attention toute particulière à ce que toutes les personnes soient bien intégrées doit donc être de mise. Pour Martine Barateau, experte en plaies et cicatrisations post opératoires auprès d'une trentaine d'EHPAD, le fait que les patients, lors d'une consultation de télémédecine post chirurgicale, soient dans un univers qu'ils connaissent, génère un sentiment de sécurité, et permet justement lors de cette consultation, d'avoir un patient se confiant plus et s'immergeant beaucoup mieux dans sa relation à l'infirmier. Elle ne semble pas voir en ces modifications de nos techniques, une modification du lien relationnelle avec le patient, ou du moins pas un obstacle à l'écoute et à l'intégration du soigné dans sa prise en charge, malgré un scepticisme lors des débuts des consultations à distance.

Enfin pour Lydie Canipel, infirmière et secrétaire générale de la SFT, l'établissement de la prise en charge relationnelle peut parfaitement se faire, « ...si ce n'est mieux » comme cette dernière le rajoute. Pour elle, l'avantage de la prise en charge ambulatoire lors d'une opération chirurgicale, est notamment dans le fait que le patient s'investisse pleinement dans la mesure de ses données physiologiques post opératoire. De part cet investissement, le patient va se responsabiliser et donc avoir une relation non plus de dépendance face à l'infirmier, mais bien une relation d'échanges où tant l'infirmier que le patient, vont avoir besoin l'un de l'autre pour avancer dans une « remise sur pied » plus efficace et au plus près des besoins du patient.

Plus loin que dans un contexte post chirurgical, Mme Canipel, ouvre la discussion sur la prise en charge ambulatoire dans son ensemble, comme par exemple pour des pathologies chroniques, où le patient connaissant des difficultés et modifications liées à sa maladie, va pouvoir de lui même lorsqu'il en ressent la nécessité, programmer une séance de téléconsultation avec son soignant et introduit donc cette notion d'Emporwement (ou empouvoirement) du soigné. Cette notion correspond selon Isabelle Aujoulat, professeure de Santé Publique auprès de l'Université Catholique de Louvain à «*un processus de transformation personnelle par lequel les patients renforcent leur capacité à prendre effectivement soin d'eux-mêmes et de leur santé, et pas seulement de leur maladie et de leur traitement comme décrit le plus souvent dans la littérature médicale*». L'infirmier retrouvera donc d'autant plus son rôle d'accompagnant à la décision dans le parcours de soin du patient, et pas seulement de technicien des soins.

### *7.2 Le patient et l'infirmier: une évolution des rôles?*

L'infirmier(e) a une place prépondérante auprès du patient. En effet, ce professionnel de santé aux multiples compétences est sans aucun doute celui qui est au plus près du patient chaque jour et se doit donc de savoir être à l'écoute des moindres maux, tant physiques que moraux. C'est pourquoi on semble vouloir lui donner une place de premier choix dans le développement de la chirurgie ambulatoire et de la télémédecine. Face à toutes ces révolutions, un certain type de patients semble émerger. Le patient d'aujourd'hui n'est plus un patient totalement ignorant des savoirs de santé. Justement baigné dans un océan de données, notamment de santé, ce patient 2.0 ultra connecté et informé, rebat les cartes de notre relation.

Mon interrogation et les questions qui s'y rapportaient dans mon questionnaire, avaient pour but de savoir si le patient de demain pouvait dépasser ou du moins égaler les soignants tant sur le plan du théorique que du technique et donc renverser cette relation de « dépendance » entre le soigné et le soignant. Un développement intéressant est fait par Martine Barrateau. En effet, partant du principe que l'infirmier évoluera lui aussi vers un statut d'infirmier plus spécialisé et expert dans une certaine compétence attribuée, il n'aura plus le même statut pour le patient.

Il ne sera plus un infirmier « généraliste », mais un infirmier reconnu pour des compétences spécifiques. De part cette évolution, la confiance et la reconnaissance que le patient portera à l'infirmier « expert » ne va que s'accroître.

Pas question de renversement pour cette dernière, car les deux acteurs de la relation de soins évolueront donc tous les deux vers plus de connaissances et d'expertises, mais chacun dans leur domaine. Néanmoins, le développement de l'autonomie et de la compréhension des données physiologiques par le patient grâce aux nouvelles technologies, ne pourront se faire que par un accompagnement médical et paramédical. Il ne sera pas suffisant de mettre dans les mains de nos patients des objets high-tech qui prendront leur tension, leur état d'inflammation, etc... Il faudra un accompagnement de tous les jours, et c'est là le rôle de l'infirmier. Elle est rejoint dans cette analyse par Elise Blanchot, précisant que cette notion d'accompagnement du patient, est en fait un retour en force de l'éducation thérapeutique du patient. Un patient « plus informé, plus préparé... » mais surtout « plus éduqué » par l'ensemble des équipes soignantes. La relation paternaliste ou maternante que des générations de soignants ont connu va sûrement s'effacer pour laisser place, à une notion « d'équipe ». Lydie Canipel, rajoute à travers notre entretien, qu'effectivement le patient de demain va être plus largement un acteur de sa guérison et de ses pathologies, mais que ces nouvelles techniques et mode de prises en charge, donnent à l'infirmier un rôle primordial pour éviter une déshumanisation de cette évolution. A l'infirmière et l'infirmier de prendre toute sa part, et d'évaluer les critères et techniques n'étant plus en adéquation avec notre rôle « d'humanisant du soin », afin d'améliorer cette modernisation des soins, pour qu'elle soit au plus près des attentes des professionnels de soins et des exigences plus que légitimes des patients.

On le comprend après ces deux premières parties, pour les trois infirmières, il ne semble pas qu'il y'ait un risque que le lien « humain » entre nous, soignants, et les soignés puisse s'effacer au profit d'un lien uniquement technique et technologique. Le rapport de force entre les deux acteurs ne se modifiera que très légèrement, à la condition que les corps soignants appréhendent leur rôle d'éducation et d'accompagnement des patients qui seront de plus en plus maître de leur parcours de soins.

### *7.3 Quid de l'adhésion de l'infirmier et du patient à ces nouvelles techniques?*

Tout au long de mes trois années d'études, j'ai rencontré des professionnels de santé qui se plaignaient des contraintes que leur imposaient, ne serait ce que les ordinateurs notamment utiles à la saisie des administrations des traitements. Alors qu'en est-il des infirmiers qui, demain, travailleront tous les jours avec des objets connectés, et dans des services où le patient ne reste pas plus d'une journée.

A ce questionnement, les différentes infirmières interrogées expriment toutes que cela est d'abord une question de formation et surtout d'organisation. Le secteur de l'ambulatoire ne doit pas se superposer aux pratiques actuelles. Il est réellement question d'une révolution des pratiques, afin que cela ne soit pas une charge de travail en plus. Lydie Canipel exprime qu'au delà de l'équipement des structures hospitalières en outils e-santé, c'est toute la filière d'accueil et de prise en charge du patient qui doit être repensée, afin que ces outils ne soient pas simplement des « gadgets » de plus, qui seraient vite abandonnés car pas ou mal insérés dans nos pratiques. Évidemment, un accent tout particulier doit être mis sur la formation afin que le soignant voit ces modifications des usages comme une aide réelle dans son quotidien, et puisse le délester des tâches réalisées par les outils technologiques afin qu'il puisse consacrer ce temps gagné pour être plus proche de son patient.

Pour Martine Barrateau, la télémédecine et donc la e-santé peuvent aussi être des solutions d'assistance à des infirmier(e)s évoluant dans des services où des médecins et spécialistes ne sont pas forcément présents pour consulter, et peuvent donc compter sur ces solutions de diagnostics à distance pour les aider à prendre en charge leurs patients plus rapidement et donc à gagner en efficacité « curative ».

L'avis de l'infirmière coordinatrice de la société de soins, rejoint celui de ses consœurs. A ceci qu'elle ajoute, que pour un bon déploiement au sein des services, ces changements de pratiques doivent se faire de manière pluridisciplinaire afin que chacun prenne sa part d'évolution des pratiques. De plus, elle rajoute que de part son expérience, l'infirmier bénéficiant de ces solutions, crée un lien beaucoup plus grand avec le patient de retour à domicile, afin de répondre à toutes ses questions et angoisses quant à la suite des soins.

Cette remarque nous permet de faire le lien avec le sentiment des infirmières interrogées quant à l'adhésion des patients bénéficiant de ces types d'accueil. Mme Canipel souligne que la e-santé et le développement du secteur ambulatoire n'en étant qu'aux prémices, il est difficile d'avoir un retour général de la part des patients. Néanmoins, pour elle, quelque soit leur génération, les premiers citoyens bénéficiant de ce type de pratique y voient une sécurité et une écoute accrue. Possible signe que l'infirmier(e) parvienne à réinstaller un lien plus fort avec le patient qui le mette plus à l'aise et le rassure quant à la qualité des soins. Cette approbation de la part des soignés serait aussi lié à leur formation et éducation quant à ces nouvelles formes de soins. Car sans formation, le patient qui a connu un séjour d'hospitalisation « normal » avec une sortie en moyenne 3 jours après son entrée, pourrait être désorienté face à cette sortie d'hospitalisation beaucoup plus rapide. Qui plus est après un acte opératoire qui peut quelquefois être mal vécu par le patient, tant sur le plan moral que physique. D'où la remarque d'Elise Blanchot, de ne pas « banaliser l'acte chirurgical ou médical » avec l'adoption de ces nouvelles techniques. Cette dernière rajoute que de part son expérience, la possibilité pour le soigné, grâce à des plateformes paramédicales, ouvertes 24h/24 et 7j/7, d'avoir un suivi personnel est source pour ce dernier de sérénité. Bien que le patient ne soit pas hospitalisé au sein d'une structure, ce suivi rapproché, lui permet d'avoir des réponses immédiates s'il venait à avoir un doute sur son état physique et à être orienté en fonction.

Enfin, dernier avis pris en compte, celui de Martine Barrateau. Travaillant auprès d'une trentaine d'EHPAD bordelais, il était intéressant d'avoir son avis, sur une population qui pour une grande partie, est à l'écart des nouvelles technologies et a toujours connu des hospitalisations traditionnelles, où les soignants étaient physiquement à son chevet. Pour elle, les patients et résidents ayant toutes leurs capacités, lui confie un certain intérêt pour ce type de consultation. Et pour ces derniers, l'un des premiers atouts, est la source de confort que procure l'hospitalisation ambulatoire aidée des technologies. Plus de déplacements, plus d'attente pour une consultation spécialisée, les patients âgés restent dans leur environnement, ce qui est donc vécu comme un gain de confort et de sérénité.



Malgré tout, l'infirmière experte souligne que pour beaucoup de résidents, il est difficile d'avoir un avis, étant donné leur désorientation et leurs difficultés.

Nous pouvons donc émettre quelques réserves quant au déploiement de ces solutions pour toutes et tous. En effet, qu'en est-il des personnes âgées n'étant pas adeptes des technologies, les patients démunis et seuls, qui seraient peut-être plus rassurés s'ils pouvaient bénéficier pendant quelques jours, d'une présence et d'un accueil au sein des services ? De plus, même si le déploiement d'internet et des nouvelles technologies se font à une vitesse fulgurante, tous les citoyens n'y ont pas forcément encore accès. Y'aura-t-il donc un système d'hospitalisation à deux vitesses ? Le rôle de l'infirmier est peut-être là aussi. Veiller à ce que notre relation et nos soins auprès des personnes fragiles et précaires, ne soient pas encore plus dégradés, pour une question de modernisation et d'efficacité de notre système de santé.

## **Conclusion du travail de recherche**

La révolution du secteur hospitalier est inévitable. Notre système de santé évolue vers un modèle où l'ambulatoire sera la norme. Ce changement a été rendu possible par l'arrivée des nouvelles technologies. Le développement de la e-santé doit permettre une prise en charge efficace du patient à distance. La télémédecine, les objets connectés... Pourtant si toutes ces technologies sont de toute évidence intéressantes, elles posent la question de l'évolution de la relation soignant-soigné. Comment pérenniser et améliorer ce lien alors même que le patient ne sera plus systématiquement présent.

Entendre, écouter et soigner les maux, comprendre les douleurs du patient, voilà l'essence même de nos professions de santé, afin que la relation soignant soigné de demain ne soit pas diminuée. Ainsi, j'ai pris conscience du rôle majeur que nous infirmiers et infirmières d'aujourd'hui et de demain, auront à jouer dans l'adhésion du patient aux nouvelles conformités de notre système de santé.

Le début du 21ème siècle a laissé apparaître un patient plus désireux que jamais de s'impliquer dans sa santé, afin de devenir un acteur à part entière de ses soins. Autant que jamais, le soigné souhaite communiquer avec nous afin de comprendre sa prise en charge et participer aux soins qui lui sont apportés. Pour preuve, selon un sondage de l'institut Odoxa, daté de Mars 2018, 81% des personnes interrogées pensent que *«le développement des outils numériques dans le domaine de la santé pourrait permettre d'améliorer la qualité des soins»*. Gage supplémentaire de l'adhésion des français, 80% des personnes interrogées seraient prêtes à utiliser des objets connectés ou services numériques de santé. On le comprend, l'engagement des Français semble grand, et pourrait bien aider au développement de la e-santé dans un contexte d'expansion du secteur ambulatoire. De plus, ils sont près de 65% à penser que le développement des nouvelles technologies pourrait permettre de consacrer plus de temps à *« la relation entre les personnels soignants et leurs patients »*.

Si une majorité de Français, semble aujourd'hui accepter et prêt à sauter le pas du numérique dans la santé, il subsiste tout de même bon nombre de personnes vivant en dehors du numérique.

Alors le modèle vers lequel nous tendons fera-t-il émerger une prise en charge à deux vitesses? Le modèle hospitalier français a fait de la prise en charge de toutes et tous, un de ses fondements, aucun patient ne doit donc être laissé « au bord de la route » de ces innovations. C'est pourquoi notre rôle est aussi de sensibiliser nos patients à ces changements.

La formation au numérique ne s'arrête pas aux patients. J'ai pu comprendre à travers ce travail, que la réussite de ces programmes reposait aussi, sur une formation accrue des équipes de soins. Si les jeunes générations d'infirmiers sont nées dans ces évolutions technologiques, c'est toute notre profession qui va devoir faire face à de nouvelles responsabilités et s'habituer à de nouvelles pratiques.

Je pense qu'à l'avenir, le statut d'infirmier évoluera vers non seulement plus de technicité et de compétences, mais qu'aussi libéré de tâches simples réalisables par des outils techniques, nous pourrions développer nos compétences relationnelles, afin de consacrer plus de temps aux patients. Combien de patients se plaignent-ils chaque jour de ne pas voir et de ne pas assez discuter avec leurs soignants? A l'aube de la réorganisation hospitalière, du développement accru de la chirurgie ambulatoire, et de l'installation d'outils numériques toujours plus pointus dans nos services, il me semble important de remettre l'humain au centre de nos dispositifs de soins. Et ce, afin que les valeurs d'humanité, de bienveillance et de respect de la dignité qui nous ont été inculquées tout au long de nos années d'études, puissent faire leur retour en grâce au sein de nos unités.

Nous soignants, ne passerons pas à côté de la révolution qui se prépare dans le secteur de la santé. Qu'importe l'apport technologique, et la modification de notre organisation du travail, la relation aux patients doit rester le socle qui nous lie, professionnels de santé et patients.

Toutes ces modifications, ne doivent pour moi pas mettre à l'écart certains points clés. La garantie de la confidentialité des données qui nous seront confiées par nos patients doit être sûre, sans quoi le patient perdrait la confiance qu'il nous porte chaque jour pour prendre en charge tout ce qu'il a de plus intime, son corps et ses défaillances. La chirurgie ambulatoire, l'utilisation de la e-santé, de la télémédecine, ne doivent servir qu'à pallier les manques que nous constatons tous les jours.

Tels que l'inégalité d'accès aux soins, la bonne qualité des soins, et l'écoute envers nos patients. La relation soignant-soigné est en fait ce pourquoi beaucoup d'étudiants en santé, dont les infirmiers et infirmières, se sont engagés et nous ne pourrions accepter qu'elle soit réduite au prétexte de changements de pratiques.

Réinventer la relation soignant-soigné, voilà sûrement notre mission. On nous promet de part l'apport de la e-santé et du secteur ambulatoire, des économies financières pour un système de santé à bout de souffle ainsi qu'un gain de temps. Voilà deux données qui pourraient, si réinjectées dans la relation soignant-soigné et la formation, réinventer notre lien au patient.

Pour ma part, et après ce travail d'étude, je pense que la e-santé peut être un avantage pour tisser une relation plus fiable et plus solide avec nos patients. Ils ne seront plus forcément dans nos services, mais nous les verrons, les écouterons peut-être plus facilement que dans un service où la tension liée à des patients toujours plus nombreux et des moyens pas forcément suffisants ne nous permettent plus d'être assez proches de ces derniers.

L'humain sera là, tant que nous, soignants, serons présents pour le faire vivre.

Voilà mon point de vue, de citoyen et de, je l'espère, futur soignant. Ainsi, après cette étude, d'autres interrogations me sont venues à l'esprit. Comme j'ai pu l'expliquer lors de mon travail le patient a une place centrale dans le déploiement de ces nouvelles solutions. Alors quel est l'avis réel des patients sur ces nouvelles solutions, sont-elles réellement pour eux porteuses d'espoir, et de confiance envers notre système de soins et leurs soignants ? Cette surveillance du patient en temps réel après une opération et son retour à domicile est elle bien vécue ? N'y a-t-il pas un risque que la télémédecine, et ses objets connectés, ne basculent dans un objectif de télésurveillance et de «*télésanction*» du patient si celui-ci ne prend pas correctement soin de sa santé ? Une méfiance exprimée par Claude Rembaud, Présidente du Collectif interassociatif sur la santé, utilisant ce terme de «*télésanction* ». Autant de questions qui mériteraient de nouvelles recherches pour avoir une plus grande clarté vis à vis des usagers des soins.

## BIBLIOGRAPHIE

### • Livres et manuels :

- PAILLARD, Christine. 2015, *Dictionnaire Humaniste Infirmier* Editions Setes (2015) ISBN : 9791091515283
- MANOUKIAN, Alexandre. *La relation soignant soigné* Editions Lamarre (1997) ISBN: 2757307541
- PHANEUF, Margot. *La relation soignant-soigné: rencontre et accompagnement* Les Editions de la Cheneliere (2011) ISBN: 2765025029

### • Articles et travaux de recherche :

- DEDEBOUT, Yohan. L'e-santé, un domaine émergent nécessitant un accompagnement spécifique. 2015 [http://memoires.sciencespo-toulouse.fr/uploads/memoires/2015/5A/memoire\\_DUBEDOUT-YOHAN-MzYyNjYyNjI=.pdf](http://memoires.sciencespo-toulouse.fr/uploads/memoires/2015/5A/memoire_DUBEDOUT-YOHAN-MzYyNjYyNjI=.pdf)
- SIMON, Pierre et ACKER, Dominique. Rapport sur la place de la Télémedecine dans l'organisation des soins (2008) [http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport\\_final\\_Telemedecine.pdf](http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_final_Telemedecine.pdf)
- BRUN, Nicolas. HIRSCH, Emmanuelle. KIVITS, Joel. Rapport de la mission « Nouvelles attentes du citoyen, acteur de santé » (2011) Consulté en 2017. Disponible à l'adresse [http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport\\_nouvelles\\_attentes\\_du\\_citoyen.pdf](http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_nouvelles_attentes_du_citoyen.pdf)
- FOLCHER, Clarisse. Le patient internaute et la relation soignant soigné. Mémoire. (2012) Consulté en 2018. Disponible à l'adresse: <https://www.infirmiers.com/pdf/tfe-clarisse-folcher.pdf>

### • Sites Internet :

- LEBRET, Jean-Marc. Réflexion philosophie sur la relation soignant/soigné. (2007) *Prospective Jeunesse* Consulté le 18/02/18 . Disponible à l'adresse <http://prospective-jeunesse.be/revues/69-cyberdependances/les-repercussions-du-deploiement-des-ntic-sur-la-relation-soignant-soigne/>
- CHARLIER, Simon. Les répercussions du déploiement des NTIC sur la relation soignant-soigné. Consulté 21/03/18 Disponible à l'adresse <http://prospective-jeunesse.be/revues/69-cyberdependances/les-repercussions-du-deploiement-des-ntic-sur-la-relation-soignant-soigne/>
- Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Journal officiel n°0167 du 22 juillet 2009. <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id> :
- Haute Autorité de Santé. Ensemble pour le développement de la chirurgie ambulatoire. Mai 2013 Consulté le 13/12/17. Disponible à l'adresse [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-06/recommandations\\_vd.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-06/recommandations_vd.pdf)
- Ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports, et de la Vie Associative. Abécédaire Chirurgie Ambulatoire. Janvier 2009 Consulté le 10/03/2018. Disponible à l'adresse [http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Abecedaire\\_chir\\_ambu.pdf](http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Abecedaire_chir_ambu.pdf)

## ANNEXE I

### TABLE DES SIGLES

A.N.A.P : Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé

A.R.S : Agence Régionale de Santé

A.S.I.P Santé : Agence des Systèmes d'Informations Partagées de Santé

C.H.U : Centre Hospitalier Universitaire

D.M.P : Dossier Médical Personnalisé

I.D.E : Infirmier(e) Diplômé(e) d'Etat

I.R.M : Imagerie par Résonance Magnétique

E.H.P.A.D : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

H.A.S : Haute Autorité de Santé

I.N.S.E.E : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

O.C.D.E: Organisation de coopération et de développement économiques

O.M.S: Organisation Mondiale de la Santé

P.I.B : Produit Intérieur Brut

R.A.A.C : Réhabilitation Améliorée Après Chirurgie

S.F.T : Société Française de Télémédecine

S.S.R: Service de Soins de Suites et de Réadaptation

T.I.C : Technologie de l'information et de la communication

## ANNEXE II

### GRILLE D'ENTRETIEN SUIVIE POUR CHAQUE RENCONTRE

**Chaque personne a consenti à ce que son nom soit mentionné, à ce que notre entretien soit enregistré et retranscrit au sein de ce mémoire à des fins d'analyse.**

**1/ Quelle est votre définition de la e-santé et des nouvelles technologies s'y rapportant?**

.....

**2/ Peut-on établir une bonne prise en charge relationnelle dans un contexte ambulatoire?**

.....

**3/ La e-santé liée à une prise en charge ambulatoire est elle compatible selon vous avec le rôle de l'infirmier et la notion de « take care »?**

.....

**4/ Y'a t-il une parfaite adhésion et compréhension de ces nouvelles techniques par l'infirmier, et ne sont elles pas une nouvelle charge de travail l'éloignant du patient?**

.....

**5/ Comment imaginez vous le futur de l'infirmier avec le développement de la prise en charge ambulatoire et l'aide des nouvelles technologies?**

.....

**6/ Ressentez vous ou pensez vous qu'un renversement dans la relation entre le patient et l'infirmier peut s'établir de part ces révolutions? (connaissances plus grandes du patient sur sa pathologie) (patient moins dépendant de l'infirmier)**

.....

**7/ Va t-on selon vous avec l'aide de toutes ces nouvelles technologies vers un patient plus expert que les soignants eux mêmes, dans la compréhension et le savoir de leur pathologie?**

.....

**8/ La prise en charge à distance du patient et les solutions technologiques sont elles perçues par ce dernier comme un véritable gain de confort?**

.....

**9/ Les patients se sentent-ils plus rassurés par les nouvelles prises en charge disponibles (télémédecine, objets connectés), que les solutions plus traditionnelles?**

.....

## ANNEXE III

### ENTRETIEN AVEC MADAME LYDIE CANIPEL

*Infirmière diplômée d'Etat, Secrétaire générale de la Société Française de Télémédecine,  
Présidente de l'Association «Formatic Santé».*

#### **1/ Quelle est votre définition de la e-santé et des nouvelles technologies s'y rapportant?**

«Pour moi cela serait, l'ensemble des activités ayant un impact sur la santé utilisant les TICS  
(Technologies d'information et de communication dans la santé).»

#### **2/ Peut-on établir une bonne prise en charge relationnelle dans un contexte ambulatoire?**

«Oui parfaitement si ce n'est mieux...Alors ça dépend de (...) Alors déjà ce qu'il faut savoir, c'est qu'une prise en charge par télémédecine s'insère dans un parcours de soins, toujours d'accord ? Que le coordonnateur du parcours de soins c'est le médecin généraliste. Donc c'est au médecin généraliste de savoir, de déterminer avec son patient quand est-ce qu'il a besoin ou pas besoin d'acte de télémédecine, qui sont des actes médicaux ou si il a besoin d'avoir du face à face. Et c'est à lui qui... d'organiser ça entre guillemets. C'est-à-dire de l'insérer dans son parcours de soins. Donc si vous prenez l'exemple de quelqu'un... euh je ne sais pas... prenons un hyper tendu d'accord ? Il a l'appareil à tension pour faire de l'auto mesure tensionnelle telle que c'est défini et recommandé dans les recommandations de la HAS et puis ces données arrivent chez son médecin assez régulièrement. Puis a un moment donné sa tension n'est pas bonne. Ok ? Le médecin le voit. Et c'est là où le médecin peut dire plutôt que de faire déplacer le patient, il peut programmer... il peut programmer une téléconsultation par exemple avec un cardiologue. Parce que le traitement est... ne marche pas puisqu'il a d'un seul coup... il est hypertendu, il a besoin d'un avis de cardiologue. Et il va programmer une téléconsultation voilà... Et ça ce sera ponctuel alors que si vous êtes dans le cas par exemple de télésurveillance de pathologies chroniques telles que l'insuffisance cardiaque etc. c'est aussi insérer dans un parcours de soins et là où le patient était seul à domicile, là maintenant il va se



peser tous les jours, son poids va partir avec un questionnaire chez une infirmière, qui en fonction des niveaux d'interventions va intervenir seul ou va faire intervenir le médecin. Voilà pour prévenir les rechutes.»

**3/ La e-santé liée à une prise en charge ambulatoire est-elle compatible selon vous avec le rôle de l'infirmier et la notion de «take care»?**

«Tout à fait mais il faut différencier le Wellness qui n'est pas du ressort du référentiel métier de 2009 et la télémédecine qui est réglementée et qui ne change rien réglementairement parlant au métier d'IDE.»

**4/ Y'a t-il une parfaite adhésion et compréhension de ces nouvelles techniques par l'infirmier, et ne sont elles pas une nouvelle charge de travail qui l'éloigne du patient?**

«Non ce n'est pas une nouvelle charge c'est une nouvelle organisation qui redéfinit le rôle des acteurs dans un parcours patient repensé, optimisé. L'IDE a une place prépondérante de proximité avec le patient. C'est parce que justement ce qu'il faut comprendre c'est que la télémédecine c'est un acte médical... C'est ça. l'infirmier lui il est à côté du patient pour accompagner le patient dans l'acte médical déjà c'est ça la base. Après cet acte médical il doit s'insérer, et c'est le challenge qu'on a à l'heure d'aujourd'hui, il doit s'insérer dans une journée de travail de façon simple et comme il était avant. Il ne doit pas donner du travail supplémentaire il doit en enlever normalement, alors c'est pour vous dire. Théoriquement le numérique va enlever du travail aux (...) Enfin cela va aider le travail des professionnels de santé. C'est pour ça qu'il faut bien veiller à ce que l'outil soit adapté aux usages et non pas acheter des outils et prendre un chausse-pied pour faire entrer les usages dedans. Si vous faites ça, c'est là où vous vous trouvez avec du travail supplémentaire et des outils qui sont abandonnés et laissés dans les placards des hôpitaux. Si vous avez un outil qui s'insère dans l'usage c'est-à-dire dans la continuité de ce qu'il fait, qui fait évoluer bien sur les pratiques mais qui s'insère dans la pratique, cet outil va faciliter la vie du soignant. Et c'est pour ça que je réponds toujours non et qu'il faut toujours être là-dedans. Je vous donne un exemple de l'outil. Comment sont composés les outils? L'outil il va recueillir des données brutes par exemple, d'un appareil à tension, d'un lecteur glycémique, etc. Ces données brutes elles passent dans ce qu'on appelle un logiciel expert. Dans ce logiciel expert qu'est-ce qu'on y met, on n'y écrit des algorithmes, des règles métier et qui transforment ces données brutes en code

couleur, rouge orange et vert, d'accord ? Pour ça, il faut que le professionnel de santé dans sa tête, et ça c'est tout le chemin de l'accompagnement au changement en ce moment, apprendre à faire confiance aux algorithmes. C'est certain que si il clique sur le orange, pour aller relire toutes les données brutes, comme il faisait avant ça ne sert à rien. Par contre, s'il rentre dans une démarche de se dire *«l'outil est fiable, l'outil m'aide et m'accompagne et je suis suffisamment moi bien formé et intelligent pour me rendre compte si il y avait un bug, parce que je vais m'en rendre compte tout de suite»* Et bien l'outil va être à son service, et l'outil va lui faciliter la vie. Imaginez un service de diabétologie où il y a 1500 patients, où avant on recevait les glycémies sur du papier. L'infirmier prenait les glycémies, regardait les 15 jours avant, aujourd'hui il ouvre l'ordinateur et il voit si les 15 jours précédents sont en orange vert ou rouge et il va aller cliquer que sur le rouge, si le patient est en vert il n'a pas besoin. Vous comprenez ? Mais il faut apprendre à utiliser des outils et apprendre à les insérer dans les usages. Ils doivent être au service des usages et s'ils sont au service des usages, il facilite le travail et il diminue le travail.»

**Donc si je comprends bien, c'est beaucoup une question de formation au final?**

« Oui plus que de la formation c'est de l'accompagnement au changement. C'est des changements de pratiques qui sont en train de se faire. Et c'est accompagner les professionnels de santé dans ces changements de pratique. Forcément, si l'infirmier continue de travailler comme il le faisait avant et qu'en plus il se met ça, ça sera en plus, et là cela risque d'être lourd. Hors ce n'est pas ça, ça remplace quelque chose qu'il faisait et ça lui facilite son quotidien de soignant. »

**5/ Comment imaginez vous le futur de l'infirmier avec le développement de la prise en charge ambulatoire et l'aide des nouvelles technologies?**

« Un rôle de plus en plus de coordination du parcours de soin. »

**6/ Ressentez vous ou pensez vous qu'un renversement dans la relation entre le patient et l'infirmier peut s'établir de part ces révolutions? (connaissances plus grandes du patient sur sa pathologie) (patient moins dépendant de l'infirmier)**

« Le patient est en effet acteur de sa maladie . Renversement n'est pas le terme pour moi, le métier ne change pas , la proximité est renforcée , l'IDE de part ses entretiens motivationnels accompagne et éduque son patient. Dans la télémédecine il est un véritable sentinelle pour détecter les indicateurs à améliorer, afin d'améliorer tout le procédé. »

**7/ Va t-on selon vous avec l'aide de toutes ces nouvelles technologies vers un patient plus expert que les soignants eux mêmes, dans la compréhension et le savoir de sa pathologie?**

« Ce ne sont pas les nouvelles technologies qui changent cela . Les nouvelles technologies permettent plus de proximité et obligent à plus d'écoute du patient qui seul connaît ce qu'il ressent. En outre la coordination autour du patient oblige à plus d'échanges de l'équipe pluridisciplinaire au bénéfice du patient. Vous savez ça existe déjà, ce sont les outils connectés. Un diabétique de type un, qui est diabétique depuis 30 ans connaît mieux quand est-ce qu'il fait des hypo ou des hyper, que son diabétologue qui le voit tous les 7 mois.

Je vais vous dire ils connaissent et il y a longtemps que pour survivre dans une pathologie chronique, ils mettent en place ce qu'on appelle en éducation thérapeutique, des réflexes d'auto-soins. Il développe d'eux-mêmes, leurs compétences. Tout diabétique a appris à faire la cuisine autrement, enfin les femmes de diabétiques. Tout diabétique connaît les signes avant-coureur d'une hypo ou d'une hyper et il n'y a que lui qui les ressent. Et c'est là que moi je dis toujours par rapport à la formation à la télémédecine, est-ce que la formation justement à la télémédecine n'est pas l'occasion de refaire des soignants et non plus à apprendre à faire des soins, de la « médecine ». C'est Hamburger qui a dit ça, il dit « *à force de faire de la médecine, on oublie de faire des médecins* ». Voilà et donc est-ce que justement ce n'est pas l'occasion de refaire de l'humain, je donne l'exemple de la téléconsultation. La téléconsultation, on a tous été formé à poser notre diagnostic, comment? Par un interrogatoire, vous êtes d'accord? Par une analyse des indicateurs biologiques, ok? Et puis le troisième truc, la palpation. Là vous ne l'avez plus. Vous ne touchez plus votre patient. Donc il faut bien que

vous développiez les autres sens. Et les autres sens que vous allez développer? eh bien on va réapprendre à écouter notre patient.

Le nombre de patients qui disent « *mon médecin ne m'écoute jamais, de toute façon ça ne sert à rien que je lui dise il ne m'écoute pas, il est sûr de ce qu'il dit et puis si je lui dis, je vais me faire disputer* ». Vous avez entendu ça comme moi en tant que soignant ? Là, vous êtes derrière l'écran, l'écran il va modifier les traits et il les multiplie par 10. Donc toutes les mimiques, les traits du visage de votre patient, vous les voyez bien mieux qu'au naturel. En plus, vous avez programmé votre téléconsultation donc vous avez le temps derrière. Donc vous allez écouter et vous allez mieux interroger, on va réinjecter de l'humain. Et les gens qui en font, entre autres dans les EHPAD. Allez faire des téléconsultations dans les EHPAD, c'est extraordinaire. Des petites mémés que l'on mettait dans une ambulance, qui avaient deux heures de transport, qui restaient deux heures dans une salle d'attente, qui rentraient pour un examen, complètement apathique. Là, vous les laissez dans leur lit avec leur équipe soignante et là au milieu de la téléconsultation quand l'équipe soignante bien sûr d'elle, dit: « *Madame x qui a tels et tels symptômes* » et d'un seul coup, une petite voix dit: « *non ce n'est pas vrai moi c'est pas comme ça* » (rire). Je vous jure que c'est vrai. Mais voilà il faut accompagner au changement les professionnels de santé car ce sont des changements de pratiques et d'organisation, vous voyez? »

**De ce que je comprends c'est assez révolutionnaire...c'est un changement complet de nos pratiques actuelles**

« Mais bien sûr c'est révolutionnaire, parce que notre système de santé est à bout de souffle. Il est à bout de souffle, et pourquoi ça va si mal ? Pourquoi il y a tant de souffrances dans les hôpitaux ? Tout le monde dit on manque de personnel. Oui on manque de personnel, mais on ne manque pas que de ça. Les pathologies se sont développées, les médicaments se sont développés, les outils, les I.R.M. . Tout ça s'est développé, mais on continue à soigner de la même façon, sur les même organisations. Ça ne peut pas fonctionner. Aujourd'hui, il faut changer les organisations. »

**8/ La prise en charge à distance du patient et les solutions technologique sont elles perçues par ce dernier comme un véritable gain de confort?**

« Nous manquons d'informations « grand public », qui ne connaît pas la Télémédecine ; En revanche les patients dans des parcours complexes, intégrés dans des projets de Télémédecine quelque soit l'âge y trouvent de la sécurité, plus d'écoute. »

**9/ Les patients se sentent-ils plus rassurés par les nouvelles prises en charge disponibles (télémédecine, objets connectés), que les solutions plus traditionnelles?**

« Oui s'ils ont été formés. »

## ANNEXE IV

### ENTRETIEN AVEC MADAME MARTINE BARATEAU

*Infirmière diplômée d'Etat, experte au sein d'une équipe mobile plaie et cicatrisations,  
exerçant auprès du Centre Hospitalier Universitaire de Bordeaux*

#### **1/ Quelle est votre définition de la e-santé et des nouvelles technologies qui s'y rapportent?**

« Alors moi c'est vrai que je suis très prudente. Ce qui est sûr, c'est que je ne connais pas tous dans la e-santé à vrai dire. Moi, tout ce que je connais c'est la télémédecine, celle qu'on a fait chez nous, à Bordeaux. Et l'on va dire que ce sont des nouvelles technologies qui nous servent à faire des expertises et donner des conseils à distance, je dirais. Donc c'est assez limité finalement. Enfin je pense. Donc c'est des téléconsultations pour les EHPAD uniquement, c'est à dire du centre hospitalier... du CHU de Bordeaux vers à peu près une cinquantaine d'EHPAD. Sachant que la première consultation se fait avec un médecin et donc une infirmière, et après je peux faire des suivis, seule, grâce au protocole de coopération. Voilà pour moi la santé, ça se limite à peu près à ça, après je suis très réservée, sûrement qu'il y a beaucoup de choses mais j'avoue ne... voilà pour moi la e-santé ça se limite à peu près ça. Je sais qu'il y a beaucoup de choses mais j'avoue ne pas tout connaître et je reste un petit peu sceptique... Est-ce que c'est bien sécurisé, est-ce qu'on a bien tous les renseignements, est-ce qu'on a toutes les données etc. etc. Donc c'est un petit peu plus compliqué pour la définir.»

#### **2/ Peut-on établir une bonne prise en charge relationnelle dans un contexte ambulatoire?**

« Ah oui totalement. Alors là toute à fait. C'est vrai qu'au début on était un petit peu sceptique et puis très très rapidement, on s'est rendu compte qu'on avait de très bons contacts, autant avec les soignants qu'avec les résidents. Ça ne les gêne pas d'avoir une télévision devant, de parler à la télévision. On se voit, on se parle et il y en a qui nous serrent la main avant de partir quoi... parce qu'ils sont dedans, et je rentre vraiment dedans. Donc là, il n'y a aucun

problème et on arrive à discuter, à échanger, il parle... moi je ne fais que les plaies mais on a des consultations en psychiatrie et même le psychiatre a été, pas étonné mais presque, parce qu'il arrive à bien communiquer et les résidents se confient à lui, plus qu'aux soignant qu'il ont l'habitude de voir, mais parce qu'ils restent dans leur élément, ils restent chez eux... Voilà. Donc oui ça ça ne change pas du tout, non ça il n'y a aucun problème. »

### **3/ La e-santé liée à une prise en charge ambulatoire est-elle compatible selon vous avec le rôle de l'infirmier et la notion de « *take care* »?**

« Oui pour moi, c'est totalement compatible comme vous dites. C'est juste une question de formation, de compréhension de l'infirmier. Il doit comprendre l'intérêt de ces outils qui vont se développer... »

### **4/ Y'a t-il une parfaite adhésion et compréhension de ces nouvelles techniques par l'infirmier, et ne sont elles pas une nouvelle charge de travail qui l'éloigne du patient?**

« Alors ça, c'est un autre problème. Pour les soignants côté EHPAD, oui ça peut être un travail en plus sauf qu'on leur rend service et elles s'en rendent très vite compte. Quand elles ont des patients qu'elles ne peuvent pas gérer, pour une plaie ou autre, parce qu'on ne fait pas que les plaies... enfin moi je parle des plaies. Quand elles ne savent plus, qu'elles sont démunies, qu'elles n'ont aucun interlocuteur, finalement elles sont bien contentes de perdre entre guillemets un peu de temps pour une télé-consultation sachant qu'elles vont en gagner après. Alors au début elles ne le savaient peut-être pas, et elles se sont bien rendues compte que finalement elles gagnaient du temps, puisqu'elles faisaient bien évoluer leurs plaies. La plaie était bien prise en charge, avec une consultation d'experts à distance donc si elles suivent bien les recommandations, et elles les suivent bien, elles voient très bien qu'elles gagnent du temps finalement. Alors c'est vrai qu'il y a le rendez-vous à prendre certes... mais ça c'est bien quand il y a une personne dédiée dans l'EHPAD, donc elle est habituée. Ca ne prend pas non plus des heures il faut pas exagérer, et puis après, c'es juste de se connecter à la plateforme. Alors c'est vrai qu'elles perdent une demi-heure, trois quarts d'heure, la première consultation. Mais elles font le soin en même temps. Elles n'ont pas de dossiers à préparer puisque tout est déjà prêt, qu'elles connaissent leurs patients, donc elles n'ont pas la fiche de liaison. Elles ont pas tous

ça à faire, elles n'ont pas l'ambulance à commander. Elles n'ont pas à préparer plus que ça le patient, puisque le patient reste à la maison. »

**5/ Comment imaginez vous le futur de l'infirmier avec le développement de la prise en charge ambulatoire et l'aide des nouvelles technologies?**

« Je pense à un infirmier encore plus expérimenté. J'aimerais. Oui j'aimerais. Alors pour le moment, on en est au protocole de coopération. J'espère que bientôt, et on n'en parle, on arrivera aux infirmiers de pratiques avancées. Où là, ça va être un nouveau métier, oui je pense. Avec d'autres responsabilités, là où on aura beaucoup plus de choses à faire oui. Ça sera sûr oui, j'espère. On en parle de plus en plus et j'espère qu'on va y arriver. Alors je sais pas quand, mais oui l'infirmier demain sera plus savant je dirais. »

**6/ Ressentez vous ou pensez vous qu'un renversement dans la relation entre le patient et l'infirmier peut s'établir de part ces révolutions? (connaissances plus grandes du patient sur sa pathologie) (patient moins dépendant de l'infirmier)**

« Alors la relation de confiance on l'a, et le patient est encore plus à l'écoute de son soignant... Moi je vois, je suis à la base, infirmière dans une équipe mobile pluri cicatrisations, et donc je me déplace dans les services et je fais ma consultation au lit du patient. Donc là déjà je vois la différence, le patient voit l'infirmière experte. Donc on compte sur l'infirmière experte pour trouver la solution, voilà pour trouver le bon pansement, pour soigner la plaie, voilà. Donc déjà on ne me considère pas comme une infirmière dans un service. Je suis déjà une infirmière experte, j'ai exactement la même chose lors d'une téléconsultation. Les patients savent très bien que là, ils ont à faire à des experts, à des spécialistes, donc c'est vrai qu'on a... on est considéré comme des experts. Donc je ne pense pas vraiment que cela soit question de renversement, puisque tant le soignant que le patient vont évoluer vers le haut.»

**7/ Va t-on selon vous avec l'aide de toutes ces nouvelles technologies vers un patient plus expert que les soignants eux mêmes, dans la compréhension et le savoir de sa pathologie?**



« Je pense, à condition qu'il y ait vraiment un accompagnement. Il faut vraiment que l'infirmier explique bien aux patients. On revient un petit peu vers de l'éducation thérapeutique. Le patient se prendra bien en charge... ce n'est pas parce qu'il a une technologie entre les mains qu'ils se prendra bien en charge. Il se prendra bien en charge si on lui explique. La technologie ce n'est qu'une aide où lui, il devient un peu plus acteur. D'accord acteur, mais il faudra quand même lui expliquer, il faudra quand même le suivre. Si le patient branche sa machine, se prend la tension, se fait la glycémie et puis ne fait rien derrière, ça ne sert à rien. Ça remplace l'infirmière libérale qui va faire la piqûre à domicile point. Là, ça peut être une aide parce que c'est lui qui va se la faire, c'est lui qui va voir le résultat mais il faudra lui expliquer à quoi sert ce résultat, qu'est-ce qu'il faut en faire. »

**8/ La prise en charge à distance du patient et les solutions technologiques sont elles perçues par ce dernier comme un véritable gain de confort?**

« Alors ça, c'est difficile parce que nous ce sont des EHPAD donc des personnes âgées... alors dépendante, ça ce n'est pas gênant mais certains ont quand même des troubles cognitifs assez fréquents et ne sont pas en super forme. Voilà donc c'est difficile pour certains de s'exprimer. En tout cas, ils adhèrent complètement à cette nouvelle technologie sauf qu'ils ne l'expriment pas tous... J'allais dire ils ne voient presque pas que c'est une nouvelle technologie, c'est une nouvelle façon d'avoir une consultation d'experts. Mais de là, à le dire... ils ne l'expriment pas tous forcément. Mais en tout cas, ceux qui le peuvent sont, comment dire, enthousiastes. »

**9/ Les patients se sentent-ils plus rassurés par les nouvelles prises en charge disponibles (télémédecine, objets connectés), que les solutions plus traditionnelles?**

« Il n'y a pas de méfiance. Lorsque les EHPAD le demandent, parce qu'il faut quand même le consentement du patient, on a eu aucun refus. Si le patient n'est pas capable de répondre, on demande à la personne référente et il n'y a aucun problème. On a jamais eu aucun refus, ni donc des personnes âgées, ni de leurs enfants, y'a aucun problème. Pour eux c'est vrai que ça paraît naturel, ça ne pose pas de problèmes. C'est une nouvelle façon d'avoir une consultation. Et ils ne voient que les avantages, c'est-à-dire qu'ils restent chez eux, il n'y a pas de déplacements, ils n'attendent pas une consultation, on répond très rapidement, ils ont droit à une consultation d'experts alors que trouver des spécialistes ce n'est pas forcément facile, les délais d'attente sont très, très courts, parce qu'on essaye de répondre à la demande rapidement. Donc il ne voit que les avantages. C'est juste la forme qui est différente, mais ça ne les gêne pas. »

## ANNEXE V

### ENTRETIEN AVEC MADAME ELISE BLANCHOT

*Infirmière diplômée d'Etat, Infirmière coordinatrice experte auprès d'une société de soins avec suivi médical et paramédical à distance.*

#### **1/ Quelle est votre définition de la e-santé et des nouvelles technologies qui s'y rapportent ?**

« Alors selon moi la e-santé, c'est l'ensemble des services et solutions numériques au bénéfice des pratiques médico-sociales et médicales. Voilà... on va y retrouver les solutions sur internet, des applications mobiles, ce qu'on appelle m-santé ou m-health... euh des objets connectés (tensiomètre, thermomètre ou bracelet connecté) etc. Du coup, ces solutions permettent de produire, transmettre, gérer et partager des informations de données de santé entre patients mais aussi avec les professionnels de santé habilités. »

#### **2/ Peut-on établir une bonne prise en charge relationnelle dans un contexte ambulatoire ?**

« Moi je pense qu'il faut être attentif à ce que ce lien relationnel se maintienne et s'améliore...et c'est là d'ailleurs tout l'enjeu de la transformation de nos pratiques. Les dynamiques politiques et économiques insufflées par le gouvernement, poussent les établissements de santé vers une pratique grandissante de durées moyennes de séjour de plus en plus courtes. Et du coup les établissements doivent atteindre un objectif national de 66,2 % de séjour ambulatoire d'ici 2020 à la demande d'Agnès Buzyn. Les parcours RAAC, à savoir, Réhabilitation Améliorée Après Chirurgie, eh bien permettent également via une préparation par contre plus importante, un retour à domicile que l'on pourrait dire précoce. Alors effectivement ces parcours réduisent le lien péri-hospitalier et c'est là qu'il faut faire bien attention à garder le lien avec le patient. »

**3/ La e-santé liée à une prise en charge ambulatoire est-elle compatible selon vous avec le rôle de l'infirmier et la notion de « take care »?**

« Comme je vous disais, le lien péri-hospitalier est mis parfois, je dirais, en péril. Les relations entre soignants et patients peuvent tendre à se dégrader. Néanmoins des solutions de suivi comme Maela par exemple, ça vous permet de retisser ce lien via les applications mobiles. Je ne sais pas si vous les connaissez mais plusieurs solutions liant application mobile et plateforme internet existent. Je peux vous citer Efitback, euh Exolys, Ambucare, Ambulis, Calmedica et donc Maela. Et du coup, toutes ont leurs avantages et inconvénients, et cela laisse les équipes hospitalières faire leur choix selon leur besoin. Alors bon après pour vous parler de ce que moi je fais, dans notre société, on propose notre propre plateau infirmier disponible 24h/24 et 7j/7 dédié au suivi des patients. Et on donne à l'infirmière de coordination, un rôle primordial dans le suivi patient « connecté ». L'infirmière de coordination, elle voit le patient tout le long de son parcours, et le suit lors de sa préparation et de son retour à domicile. Et l'avantage avec ce suivi constant, c'est que cela permet de nouer un lien fort et constant avant et après l'opération. »

**4/ Y'a-t-il une parfaite adhésion et compréhension de ces nouvelles techniques par l'infirmier, et ne sont-elles pas une nouvelle charge de travail qui l'éloigne du patient?**

« Alors c'est toujours pareil. Comme tout changement de pratiques au sein d'un établissement de santé, il est important d'accompagner l'ensemble des acteurs à ce changement afin que cela ne soit pas une charge en plus. La réussite du déploiement d'une solution de suivi médical connecté résulte d'un travail mené par une équipe pluridisciplinaire liant directeur d'établissement, directeur des soins, chirurgien, médecin, infirmier(e)s, etc. Tous les acteurs du parcours de soins doivent être impliqués dans le projet. Du côté de l'infirmier, ces nouvelles prises en charge, ça peut être une charge de travail supplémentaire si son emploi du temps n'est pas adapté. Mais, dès lors que le projet est mené de manière pluridisciplinaire, et j'insiste sur le pluridisciplinaire, chaque acteur du parcours est engagé et la tâche de l'infirmier est primordiale au bon déroulement du parcours de soins. Je trouve qu'au niveau de mon travail d'infirmière de coordination, le suivi connecté des patients à domicile après leur hospitalisation crée un lien extrêmement important, d'humain à humain, et cela permet de donner des réponses à des gens qui sont anxieux et jamais très sûrs que tout se passe bien pour

eux. Cela permet vraiment de leur apporter un suivi et une sécurisation de leur retour à domicile. Puis le métier d'infirmière évolue en continue. On le sait. On a une profession qui doit s'adapter à tous les changements. Technologiques, Internet, connectivité des patients. Et à l'heure actuelle, ce suivi apporte énormément de sécurité au patient à domicile. »

**5/ Comment imaginez-vous le futur de l'infirmier avec le développement de la prise en charge ambulatoire et l'aide des nouvelles technologies ?**

« Donc dans plusieurs établissements dans lesquels notre société est prestataire, nous nous sommes rendus compte que le poste de l'infirmier a été relevé, je dirais, et même mis en valeur. Et je pense que c'est vers cela qu'on tend et vous allez vous en rendre compte... L'infirmier devient le médiateur entre le patient et son établissement. Les nouvelles technologies permettent une évolution des parcours de soins et des métiers de soignants, comme celui de l'infirmier qui a la possibilité du coup de prendre de nouvelles fonctions. »

**6/ Ressentez-vous ou pensez-vous qu'un renversement dans la relation entre le patient et l'infirmier peut s'établir de part ces révolutions ? (Connaissances plus grandes du patient sur sa pathologie) (patient moins dépendant de l'infirmier)**

« Grâce aux solutions de suivi et toutes les informations apportées par les solutions technologiques qui ont été décidées par le médecin et l'infirmière, le patient est plus informé et éduqué à sa pathologie. Très vite, le patient est capable de connaître et reconnaître les conduites à suivre avant et après sa prise en charge. Il reconnaît également les premiers symptômes de complications post-opératoires. On parle de patient acteur de son parcours de soins.

Le patient est plus éduqué, informé, préparé mais sa connaissance, elle est le résultat de l'éducation thérapeutique délivrée par le corps soignant (médecins, infirmiers et autres membres de l'équipe soignante). Et puis, le patient est encore sous la prescription de l'équipe soignante. »

**7/ Va-t-on selon vous avec l'aide de toutes ces nouvelles technologies vers un patient plus expert que les soignants eux-mêmes, dans la compréhension et le savoir de sa pathologie?**

« Alors c'est vrai que grâce à ces nouvelles technologies, le patient devient plus expert sur sa pathologie. Donc il connaît ses traitements et il sait comment comprendre ses effets

secondaires. Il va être capable de pouvoir ajuster son traitement en fonction des prescriptions de son médecin. Le patient, il reconnaît des signes avant-coureurs de complications post-opératoire, et puis déjà il prend l'habitude de faire attention à sa santé. Mais le patient, il est éduqué grâce aux documents et contenus d'Education Thérapeutique délivrés soit par son médecin ou un infirmier. Et ça c'est important. Donc le patient ne devient pas plus expert que son équipe soignante. Ils apprennent ensemble l'un de l'autre. Que cela soit le médecin, l'infirmier qui apportent des connaissances et le patient qui lui, apporte ses données, ses ressentis, ses douleurs, et les effets secondaires qu'il a ressenti face au traitement. Donc ils font une équipe. »

#### **8/ La prise en charge à distance du patient et les solutions technologiques sont-elles perçues par ce dernier comme un véritable gain de confort ?**

« A la première introduction des solutions de suivi au patient, le patient est étonné de l'évolution des parcours de soins. Dans l'imaginaire collectif, je dirais, un séjour à l'hôpital c'est un acte médical ou chirurgical qui a lieu un jour après l'arrivée du patient et le départ trois jours après au meilleur des cas. Sauf qu'aujourd'hui ce séjour tend à devenir de plus en plus court, tant pour des raisons économiques que médicales. Vous savez il a été démontré par des études, que plus tôt un patient est rentré chez lui, plus rapidement il se rétablit de son intervention. Donc l'hôpital va tendre à devenir une sorte de centre de soins, un peu comme un centre de réparations pour les automobiles je dirais. Enfin ne retenez pas forcément l'image hein. Donc le soin a lieu à l'hôpital, mais la préparation et le repos peuvent se faire dans d'autres centres type S.S.R (Soins de Suites et de Réadaptations) ou via des programmes tels que le PRADO ou des solutions de suivi connecté.

Avec l'utilisation de ces solutions de suivi connecté, le patient est préparé au fait qu'il va bénéficier d'un séjour court avec des acteurs impliqués et présents pour répondre à l'ensemble de ses questions. Bon malgré tout, si les séjours tendent à être de plus en plus courts, il ne faut pas banaliser l'acte chirurgical ou médical.

Et pour finir ces solutions mettent en avant le rôle de l'infirmière de suivi en interne ou en externe avec son propre plateau de suivi infirmier, qui comme je vous disais permet un lien continu avec le patient. Ce lien continu, ça rassure le patient et ça lui permet de retrouver ses habitudes et son confort le plus tôt possible, lui permettant d'être sur pied rapidement. »

**9/ Les patients se sentent-ils plus rassurés par les nouvelles prises en charge disponibles (télémédecine, objets connectés), que les solutions plus traditionnelles ?**

« Donc avec ces parcours de suivi à distance, les patients ont accès à un professionnel de santé 24h/24 et 7j/7. Leurs données sont suivies par une équipe soignante composée de leur médecin et d'une infirmière de suivi interne à leur établissement de santé, ou d'une infirmière du plateau de télé suivi infirmier. Ce lien, ça va permettre d'avoir des réponses rapides et un accompagnement tout le long de son parcours de soins. Le patient n'attend pas une réponse en passant par le secrétariat de son médecin, et il va savoir immédiatement s'il doit revenir en urgence à son établissement de santé. Donc au final les patients sont plus encadrés, plus surveillés et donc à mon sens, mieux suivis. Et moi ce que je ressens, c'est qu'ils sont plus rassurés je pense, qu'une hospitalisation courante. »



# Usagers, vos droits

## Charte de la personne hospitalisée

**Principes généraux**

Circulaire n° DHOS/E1/DGS/SD1B/SD1C/SD4A/2006/90 du 2 mars 2006 relative aux droits des personnes hospitalisées et comportant une charte de la personne hospitalisée

- 

Toute personne est libre de choisir l'établissement de santé qui la prendra en charge, dans la limite des possibilités de chaque établissement. Le service public hospitalier est accessible à tous, en particulier aux personnes démunies et, en cas d'urgence, aux personnes sans couverture sociale. Il est adapté aux personnes handicapées.
- 

Les établissements de santé garantissent la **qualité de l'accueil, des traitements et des soins**. Ils sont attentifs au soulagement de la douleur et mettent tout en œuvre pour assurer à chacun une vie digne, avec une attention particulière à la fin de vie.
- 

L'information donnée au patient doit être **accessible et loyale**. La personne hospitalisée participe aux choix thérapeutiques qui la concernent. Elle peut se faire assister par une personne de confiance qu'elle choisit librement.
- 

Un acte médical ne peut être pratiqué qu'avec le **consentement libre et éclairé du patient**. Celui-ci a le droit de refuser tout traitement. Toute personne majeure peut exprimer ses souhaits quant à sa fin de vie dans des directives anticipées.
- 

Un **consentement spécifique** est prévu, notamment, pour les personnes participant à une recherche biomédicale, pour le don et l'utilisation des éléments et produits du corps humain et pour les actes de prélèvement.
- 

Une personne à qui il est proposé de participer à une recherche biomédicale est informée, notamment, sur les bénéfices attendus et les risques prévisibles. Son accord est donné par écrit. Son refus n'aura pas de conséquence sur la qualité des soins qu'elle recevra.
- 

La personne hospitalisée peut, sauf exceptions prévues par la loi, **quitter à tout moment l'établissement** après avoir été informée des risques éventuels auxquels elle s'expose.
- 

La personne hospitalisée est traitée avec **égards**. Ses croyances sont respectées. Son intimité est préservée ainsi que sa tranquillité.
- 

Le respect de la vie privée est garanti à toute personne ainsi que la **confidentialité des informations** personnelles, administratives, médicales et sociales qui la concernent.
- 

La personne hospitalisée (ou ses représentants légaux) bénéficie d'un **accès direct aux informations de santé** la concernant. Sous certaines conditions, ses ayants droit en cas de décès bénéficient de ce même droit.
- 

La personne hospitalisée peut exprimer des observations sur les soins et sur l'accueil qu'elle a reçus. Dans chaque établissement, une commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge veille, notamment, au respect des droits des usagers. Toute personne dispose du **droit d'être entendue** par un responsable de l'établissement pour exprimer ses griefs et de demander réparation des préjudices qu'elle estimerait avoir subis, dans le cadre d'une procédure de règlement amiable des litiges et/ou devant les tribunaux.

© 2006, Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins - Direction générale de la santé - Avril 2006