

Rapport de recherche scientifique

DoNuTS

Domicile – Numérique – Travail de Soins

Les usages des technologies numériques dans le soin à domicile. Analyse du travail réel des professionnels de plusieurs structures de santé

Vanina Mollo
Baharak Pentecôte

Juillet 2024

Remerciements

Nous tenons à remercier la Drees et la MiRe pour avoir retenu notre projet et nous avoir donné l'opportunité d'explorer un domaine peu investigué en recherche, le soin à domicile.

Nos remerciements chaleureux vont tout particulièrement à Valentin Berthou et Pearl Morey qui ont su nous soutenir et nous encourager à persévérer sur un chemin semé d'embûches.

Nous adressons également un grand merci à Christophe Humbert qui nous a consacré le temps nécessaire et a bien voulu partager avec nous les résultats et son vécu de sa recherche.

Nous remercions vivement Sophie Beauverger sans qui ce projet n'aurait pas pu voir le jour et qui a déployé toute son énergie à le soutenir.

Avec toute notre amitié, nous disons un grand merci à Fabrice Caton qui, au moment le plus opportun, nous a aidées à lever un point de blocage dans l'avancée de notre recherche.

Nous souhaitons adresser des remerciements tout particuliers à Emilie Baye, animatrice territoriale d'e-santé Occitanie, qui, tout au long de notre recherche, avec beaucoup de constance, a su se rendre disponible et être à l'écoute de toutes nos requêtes et tous nos questionnements. Nous remercions également tous ses collègues qui, ponctuellement, ont contribué à notre recherche, et plus particulièrement Thibault Vacher pour ses éclairages et sa mise en lumière des enjeux du territoire du Tarn-et-Garonne.

Les contributions de Luce Dutech, Bénédicte Gilet-Bourgeon et Aurélie Morin ont été précieuses pour comprendre les enjeux de la coordination. Qu'elles en soient ici chaleureusement remerciées.

Notre reconnaissance va aux Docteurs Hélène Pujo, Jérôme Heysch de la Borde, François Olivier et Jean-Marc Parienté, qui, avec bienveillance et intérêt pour notre travail, nous ont soutenues et aidées dans l'évolution de notre recherche.

Grâce au travail facilitateur et au soutien d'Elise Lemaître, Emmanuelle Fadel et Sébastien Rabaud, nous avons pu accéder à des terrains aussi riches que variés. Nous voulons ici leur exprimer nos plus vifs remerciements.

Nous adressons nos plus sincères remerciements et notre gratitude à tous les professionnels de santé, trop nombreux pour être nommément cités, médecins, infirmières coordinatrices, infirmiers, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, aides-soignants, qui se sont rendus disponibles au-delà de nos espérances, nous ont ouvert les portes de leur activité, et qui nous ont apporté la preuve, s'il en fallait encore une, de leur engagement et de leur abnégation dans la pratique de leurs métiers. Nous pensons aussi et n'oublions pas tous les autres professionnels : secrétaires, assistantes sociales, psychologues, podologues qui œuvrent au quotidien aux côtés de leur collègues.

A tous les patients, leurs familles et leurs aidants, nous voulons exprimer notre reconnaissance pour nous avoir accueillies au même titre que les soignants et avoir accepté de partager avec nous une partie de leur intimité et de leurs émotions.

Enfin, merci à toi, Docteur Jean Ablart, pour ton engagement, ta disponibilité, la qualité et la sincérité de nos échanges, et la finesse de tes analyses qui ont été très éclairantes.

Résumé

Les soins à domicile ont connu un important développement ces dernières décennies, et demeurent en perpétuel essor du fait notamment de l'évolution démographique et de la réduction des durées d'hospitalisation. Enjeu majeur de santé publique, les prises en charge à domicile évoluent et concernent de plus en plus des affections de longue durée, évolutives, qui entraînent souvent une détérioration de la qualité de vie et sont parfois associées à une diminution de l'autonomie, des incapacités, voire une invalidité. Ces évolutions impactent fortement le travail des professionnels des secteurs sanitaire et médico-social qui, au-delà du nombre de patients qui est en constante augmentation, doivent prendre en charge des patients polypathologiques avec des parcours de soins de plus en plus lourds et complexes, qui nécessitent du temps et des compétences particulières. Pour accompagner ces (r)évolutions et répondre au mieux aux besoins des patients, de nombreuses initiatives ont été créées depuis les années 2000, destinées notamment à développer l'interprofessionnalité et le numérique.

Cette recherche s'inscrit dans le champ de l'ergonomie de l'activité, et vise à comprendre le rôle des technologies numériques dans le travail quotidien des professionnels de santé intervenant à domicile, ainsi que leurs impacts sur la collaboration et la coordination interprofessionnelles. Les objectifs sont d'une part, de faire un état des lieux des outils numériques disponibles et d'analyser leur utilité et leur utilisabilité du point de vue des professionnels utilisateurs, et d'autre part d'étudier comment les outils numériques sont effectivement utilisés dans le travail au quotidien des professionnels afin de comprendre leurs impacts sur les conditions de travail, sur la collaboration interprofessionnelle et sur la prise en charge des patients.

La méthodologie, fondée sur la théorie ancrée, s'est appuyée sur approche qualitative et pluricentrique en intervenant sur cinq terrains différents : une Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS), deux services publics d'Hospitalisation à Domicile (HAD), dont l'un avec deux spécialités distinctes, et une Maison de Santé Pluriprofessionnelle (MSP). Ce choix visait à rendre compte de la diversité des formes de pratiques de soins à domicile et de la place du numérique, et à mener des analyses en miroir au sein de structures similaires (2 HAD) mais ayant des pratiques numériques différentes. Les méthodes ont combiné des observations de terrain, des entretiens et des enquêtes quantitatives par questionnaires.

Si les technologies numériques sont intégrées dans le quotidien de l'activité des professionnels, elles transforment le travail. Les résultats montrent comment et pourquoi les professionnels font le choix de les utiliser ou pas, de détourner leurs usages ou encore de construire d'autres usages. Les outils numériques peuvent constituer une ressource à l'activité et développer le pouvoir d'agir des professionnels. La centralisation des informations facilite l'accès et la transmission des informations, et permet un gain de temps, par exemple en limitant les saisies multiples. Les professionnels peuvent également bénéficier, grâce au numérique, de marges de manœuvre organisationnelles pour réaliser certaines actions. Mais les promesses portées par les outils numériques, comme la sécurisation des données de santé, peuvent également entrer en conflit avec les autres exigences de l'activité, entraînant des contraintes supplémentaires voire un rejet des outils au profit d'outils adaptés mais non sécurisés. Par ailleurs, les technologies ne peuvent pas substituer à toutes les dimensions de l'activité, comme la relation aux patients et la coordination interprofessionnelle. Cette dernière est une caractéristique essentielle du soin à domicile ; elle requiert un minimum de connaissances communes et une activité dialogique pour permettre une prise en charge efficiente, ce qui n'est pas garanti par les supports numériques existants.

L'ensemble des résultats conclut à la nécessité de prendre en compte les besoins réels des utilisateurs dans la conception des technologies numériques, et de développer une véritable ingénierie de l'accompagnement au déploiement et à l'usage qui soit adaptée aux besoins de l'activité de l'ensemble des utilisateurs.

Le numérique a une place de plus en plus centrale dans le travail. Sortir d'une vision technocentrée où la technologie est considérée uniquement comme un moyen de réalisation du travail, extrinsèque à l'activité, devient plus qu'une nécessité. C'est un enjeu majeur pour développer des systèmes de travail soutenables.

Sommaire

Introduction.....	1
Première partie : Contexte général de la santé numérique	3
I. Que recouvre l'e-santé ?	3
1. Les systèmes d'information de santé	4
2. La m-santé ou santé mobile	5
II. L'écosystème de l'e-santé en France	6
1. Les acteurs institutionnels.....	7
1.1 Au niveau national	7
1.2 Au niveau régional	11
2. Les principaux programmes pour le développement de la e-santé	12
2.1 La stratégie nationale de santé.....	12
2.2 Le Ségur du Numérique en Santé	16
2.3 La stratégie d'accélération « Santé Numérique »	17
2.4 Le Plan Innovation Santé 2030.....	18
III. L'écosystème de la e-santé en région Occitanie	18
1. Le territoire de santé	18
1.1 Les acteurs de la santé.....	18
1.2 Les acteurs de la e-santé.....	18
2. Les principaux outils proposés par le GRADeS e-santé Occitanie	19
2.1 SPICO.....	19
2.2 ViaTrajectoire	21
2.3 Médimail	21
2.4 Téléo	21
2.5 Mon Espace Santé.....	21
Deuxième partie : Fondements théoriques et objectifs de la recherche	23
I. Etat de l'art.....	23
1. Le soin à domicile	23
1.1 Une forme particulière de relation de service	23
1.2 Une activité de coordination distribuée asynchrone.....	25
2. Des usages attendus aux usages effectifs : l'analyse de l'activité pour comprendre l'impact des technologies numériques sur le travail.....	26
2.1 L'analyse ergonomique du travail	26
2.2 Numérique et activité	27

II.	Objectifs et réorientation de la recherche.....	28
1.	Objectifs de la recherche.....	28
2.	Réorientation de la recherche	29
2.1	D'un projet participatif centré sur l'analyse des usages de SPICO au sein d'une CPTS.....	29
2.2	... à une recherche pluricentrique élargie aux outils numériques	30
	Troisième partie : Terrains de recherche et méthodologie générale	31
I.	Terrains de recherche	31
1.	Une Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS).....	31
1.1	Cadre légal et missions d'une CPTS	31
1.2	La CPTS des Portes du Lauragais	32
2.	Des services d'Hospitalisation A Domicile (HAD)	32
2.1	L'HAD de Montauban.....	33
2.2	L'HAD d'Albi	34
3.	Une Maison de Santé Pluriprofessionnelle (MSP).....	35
3.1	Cadre légal et missions d'une Maison de Santé Pluriprofessionnelle	35
3.2	La MSP « La Bouyère ».....	35
II.	Méthodologie générale	36
1.	Les entretiens	37
1.1	Avec des professionnels de santé	37
1.2	Avec des acteurs au sein d'e-santé Occitanie	38
1.3	Avec des coordinatrices	38
2.	Les observations.....	39
3.	Les enquêtes quantitatives.....	39
	Quatrième partie : Méthodologie et résultats par terrain	40
I.	La CPTS des Portes du Lauragais	40
1.	Méthodologie	40
2.	La prise en charge des patients	41
2.1	L'organisation des soins.....	41
2.2	Une diversité d'acteurs engendrant une diversité de formes et de supports de coordination	41
3.	L'introduction de SPICO au sein d'un écosystème numérique et de travail.....	44
3.1	Une pluralité d'outils numériques déjà utilisés	44
3.2	SPICO : entre promesse technologique et réalité du travail.....	45
4.	Synthèse	46

II.	L'HAD somatique de Montauban.....	47
1.	Présentation du service et méthodologie	47
2.	La prise en charge des patients	49
2.1	L'admission.....	49
2.2	La prise en charge à domicile.....	50
2.3	Le retour des PS à l'HAD	50
2.4	Des espaces de coordination intra-HAD : les transmissions orales aux staffs	51
3.	Les supports à l'activité des professionnels.....	52
3.1	Un usage prépondérant du papier.....	54
3.2	Les supports numériques.....	54
3.3	Le téléphone	58
4.	La coordination avec les professionnels hors HAD.....	59
4.1	Le téléphone : principal outil de coordination.....	59
4.2	Une absence d'outil commun qui empêche une coordination sécurisée.....	59
5.	Vers un logiciel dédié à l'HAD.....	61
6.	Synthèse	62
III.	L'HAD psychiatrique de Montauban	64
1.	Présentation du service et méthodologie	64
2.	La prise en charge des patients	64
2.1	L'admission.....	65
2.2	La prise en charge à domicile.....	65
2.3	Le retour des PS à l'HAD	67
2.4	Des espaces de coordination intra-HAD : les transmissions orales au staff outillées par le DPI	67
3.	Les supports à l'activité des professionnels.....	67
3.1	Un usage prépondérant du DPI	69
3.2	Le téléphone	69
3.3	SPICO : un outil inconnu	69
4.	La coordination avec les infirmiers libéraux.....	70
5.	L'introduction de SPICO : une expérimentation issue de la recherche	71
5.1	Le déploiement et les usages de SPICO	72
5.2	Les retours d'expérience des professionnels	76
6.	Synthèse	78
IV.	L'HAD d'Albi.....	80

1.	Présentation du service et méthodologie	80
2.	La prise en charge des patients	82
2.1	L'admission	82
2.2	La prise en charge à domicile.....	84
2.3	Des espaces de coordination intra-HAD : les transmissions orales aux staffs outillées par MH Care.....	84
3.	MH Care, un outil numérique au cœur des pratiques de l'HAD.....	87
3.1	Une organisation du travail intégrant l'outil numérique MH Care	87
3.2	L'interopérabilité avec les autres outils numériques du CH	90
3.3	Une conception dédiée à l'HAD mais éloignée du travail réel.....	93
IV.	MH Care, une ressource dans l'activité des soignants	102
4.1	Une centralisation des informations qui sécurise l'activité des IDE	102
4.2	Un gain de temps et des marges de manœuvre	103
4.3	Une communication interprofessionnelle plus fluide.....	103
4.4	Une évolution des usages collectifs de l'outil pour répondre aux besoins de l'activité	104
4.5	Une importante réduction du support papier	104
V.	Les contraintes générées par l'outil dans l'activité des soignants	105
5.1	Une hétérogénéité de présentation et des dysfonctionnements techniques sources de perte de temps	105
5.2	Un logiciel facilitant la traçabilité mais pas la coordination intra-HAD.....	106
5.3	Une intensification du travail administratif pour répondre à des objectifs de contrôle et de gestion via l'outil	108
VI.	La coordination avec les professionnels libéraux : une activité peu médiée par l'outil numérique.....	109
6.1	Des PS libéraux qui se sont peu emparés de MH Care	109
6.2	Une prévalence du téléphone comme support de coordination	111
6.3	Des usages divers en fonction des cultures métier	112
7.	La perception des professionnels de l'HAD sur le logiciel MH Care	113
7.1	Caractéristiques des répondants	114
7.2	Formation et usages de MH Care	114
7.3	Perception des professionnels sur les possibilités offertes par MH Care	116
8.	Synthèse	119
V.	La MSP La Bouyère.....	121
1.	Présentation de la structure et méthodologie	121
2.	Les outils numériques utilisés par les professionnels	121

2.1 Un logiciel de gestion médicale commun	121
2.2 Une messagerie instantanée non sécurisée mais efficace	122
2.3 Des logiciels tiers externes qui peuvent contraindre l'activité	122
3. Quelle place pour les outils proposés par e-santé Occitanie au sein de la MSP ?	123
3.1 SPICO.....	123
3.2 Médimail	124
3.3 ViaTrajectoire	125
3.4 Mon Espace Santé.....	125
4. La pratique infirmière au sein de la MSP.....	125
5. Une coordination interprofessionnelle qui préexistait à la création de la MSP	127
6. Synthèse	128
VI. Les entretiens avec les coordinatrices	130
1. Présentation générale et méthodologie.....	130
2. Des usages ancrés de SPICO pour soutenir la coordination interprofessionnelle.....	131
2.1 Un outil qui répond aux exigences réglementaires	131
2.2 Un outil centralisant l'information pour une meilleure coordination sur le territoire	132
2.3 Un support à l'activité des coordinatrices	133
2.4 Un outil facilitateur en zone rurale et disponible en mobilité.....	133
3. Des contraintes qui empêchent le développement des usages.....	134
3.1 Les choix de conception et de déploiement de l'outil	134
3.2 Des défauts d'utilisabilité.....	135
3.3 La multiplicité des outils, source de rejet de SPICO par les professionnels.....	137
4. Une activité de coordination numérique indispensable et soutenue par les animatrices territoriales	138
4.1 Les coordinatrices : des acteurs-relais indispensables au déploiement et à l'usage de SPICO	138
4.2 Le soutien des animatrices territoriales à l'activité des coordinatrices.....	139
5. Synthèse	139
Discussion	140
1. Une diversité d'organisations et d'outils qui impacte les usages	140
1.1 Des cadres de travail divers	140
1.2 Des outils et besoins divers.....	141
1.3 Des rapports individuels aux outils divers	142
2. Des outils qui occultent la dimension relationnelle des soins	142

3. La traçabilité numérique : une double visée de transmission et de contrôle	143
4. La coordination interprofessionnelle des soins à domicile : des promesses technologiques à l'activité réelle	144
4.1 La coordination interprofessionnelle : un processus dialogique	144
4.2 Une exigence de sécurisation des données qui entre en conflit avec les autres exigences de l'activité.....	145
5. Une nécessaire ingénierie d'accompagnement au déploiement et à l'usage	146
5.1 Un important travail des acteurs ressources	146
5.2 Un besoin de formation	147
5.3 La nécessité de construire des règles d'usages partagées fondées sur l'activité	147
Conclusion	148
Références bibliographiques	149
ANNEXES.....	154
Annexe I : Questionnaire HAD somatique de Montauban	155
Annexe II : Méthode des transmissions ciblées.....	158
Annexe III : Grille auto-administrée HAD d'Albi.....	159
Annexe IV : Questionnaire HAD d'Albi	161

Table des figures

Figure 1 : Les enjeux du numérique dans le travail de soin à domicile	1
Figure 2 : Les différents champs d'application des TIC à la santé.....	4
Figure 3 : Ecosystème de l'e-santé en France.....	6
Figure 4 : Principaux acteurs institutionnels de l'e-santé.....	7
Figure 5 : Modèle des situations de travail (adapté de Caroly, 2010)	26
Figure 6 : Localisation de nos terrains de recherche	31
Figure 7 : Les différentes méthodes déployées au cours de notre recherche.....	37
Figure 8 : Les différentes méthodes déployées par terrain	39
Figure 9 : Fonctionnalités considérées par les PS comme utiles pour leur pratique.....	62
Figure 10 : Situations d'usage des différents supports par différents PS à l'HAD somatique de Montauban	63
Figure 11 : Situations d'usage des différents supports par différents PS à l'HAD psychiatrique de Montauban	79
Figure 12: Page d'ouverture du dossier d'un patient sur MH Care	93
Figure 13 : Situations d'usage des différents supports par différents PS à l'HAD d'Albi.....	120
Figure 14 : Situations d'usage des différents supports par différents PS à la MSP La Bouyère.....	128

Table des tableaux

Tableau 1 : Les différents PS concernés par les entretiens et observations.....	40
Tableau 2 : Les différents PS concernés par les entretiens et observations.....	48
Tableau 3 : Etapes du parcours patient et supports utilisés.....	53
Tableau 4 : Etapes du parcours patient et supports utilisés.....	68
Tableau 5 : Détail des fils de discussion sur SPICO	72
Tableau 6 : Retranscription anonymisée des échanges.....	75
Tableau 7 : Les différents PS concernés par les entretiens et observations.....	81
Tableau 8 : Etapes du parcours patient et supports utilisés.....	86
Tableau 9 : Nombre d'occurrences par réponse.....	101
Tableau 10 : Nombre de réponses par fonctionnalité utilisée ou consultée par les PS	116
Tableau 11 : Les différents PS concernés par les entretiens et observations.....	121

Liste des abréviations et acronymes

ACI : Accord Conventionnel Interprofessionnel
AIS : Agence de l'Innovation en Santé
ANP : Assistant Numérique Personnel
ANS : Agence du Numérique en Santé
APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie
ARS : Agence Régionale de Santé
AS : Aide-Soignant
AVS : Auxiliaire de Vie Sociale
BSP : Bouquet de Services aux Professionnels
CH : Centre Hospitalier
CI-SIS : Cadre d'Interopérabilité des Systèmes d'Information de Santé
CNAM : Caisse Nationale de l'Assurance Maladie
CNS : Conseil du Numérique en Santé
CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé
CPS : Carte de Professionnel de Santé
CTS : Conseil Territorial de Santé
DAC : Dispositif d'Appui à la Coordination
DGE : Direction générale des Entreprises
DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins
DMP : Dossier Médical Partagé
DNS : Délégation Ministérielle au Numérique en Santé
DPI : Dossier Patient Informatisé
DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
e-CPS : Carte de Professionnel de Santé numérique
EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
ESMS : Etablissement ou service social ou médico-social
ETP : Equivalent Temps Plein
GIP : Groupement d'Intérêt Public
GRADEs : Groupement Régional d'Appui au Développement de la e-santé
HAD : Hospitalisation A Domicile
HDH : Health Data Hub
IDE : Infirmier Diplômé d'Etat
IDEC : Infirmier Diplômé d'Etat de Coordination
IDEL : Infirmier Diplômé d'Etat Libéral
INS : Identité Nationale de Santé
ISIS : Informatique et Systèmes d'Information pour la Santé
LMSS : Loi de Modernisation de notre Système de Santé
MG : Médecin Généraliste
MO : Medical Objects
MSP : Maison de santé Pluriprofessionnelle
MSS : Messagerie Sécurisée de Santé
OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PCO : Plateforme de Coordination et d'Orientation
PDA : Personal Digital Assistant
PPCS : Plan Personnalisé de Coordination en Santé
PRS : Projet Régional de Santé
PS : Professionnel de Santé
PSC : Pro Santé Connect
PUI : Pharmacie à Usage Interne
RCP : Réunion de Concertation Pluridisciplinaire
SAMU : Service d'aide médicale urgente
SDISBCA : Sous-Direction des Industries de Santé, des Biens de Consommation et de l'Agroalimentaire
SGPI : Secrétariat Général pour l'Investissement
SI : Système d'Informaion
SIH : Système d'Information Hospitalier
SIS : Système d'Information de Santé
SMS : Short Message Service
SNACs : Services Numériques d'Appui à la Coordination
SNDS : Système National des Données de Santé
SNS : Stratégie Nationale de Santé
SPICO : Système de Partage d'Information et de Coordination en Occitanie
SSIAD : Service de Soins Infirmiers A Domicile
SSR : Soins de Suite et de Réadaptation
TIC : Technologies de l'Information et de la Communication
TND : Troubles du Neuro-Développement
TSLA : Troubles Spécifiques du Langage et des Apprentissages
URPS-IDEL : Union Régionale des Professionnels de Santé des Infirmiers Libéraux
URPS-ML : Union Régionale des Professionnels de Santé des Médecins Libéraux
USLD : Unité de Soins de Longue Durée
USP : Unité de Soins Palliatifs
VAD : Visite A Domicile

Introduction

Ce rapport de recherche se situe au croisement de trois grands enjeux concernés par la nouvelle gouvernance en santé : le numérique, le soin à domicile et l'organisation en réseau (Figure 1).

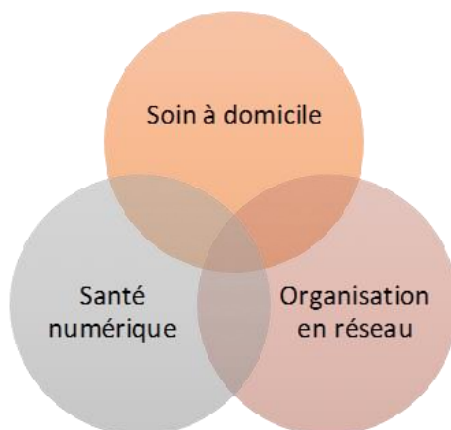


Figure 1 : Les enjeux du numérique dans le travail de soin à domicile

La prise en charge des soins à domicile est un secteur qui a connu un important développement ces dernières décennies, et qui demeure en perpétuel essor du fait notamment de l'allongement de la durée de vie, de l'augmentation du nombre de maladies chroniques (diabète, pathologies cardiaques, insuffisance rénale, obésité, pathologies psychiatriques...), de la chronicisation de certaines pathologies (cancers, HIV), de la réduction des durées d'hospitalisation liée à la volonté de diminuer les coûts de santé, et de la volonté des patients d'être maintenus à leur domicile pendant la durée de leur traitement.

Pour donner quelques chiffres¹ :

- les personnes âgées de 60 ans et plus seront près de 20 millions en 2030 et près de 24 millions en 2060 contre 15 millions en 2018 ;
- en 2060, il y aura 5 millions de personnes de plus de 85 ans, soit quatre fois plus qu'actuellement ;
- du fait du vieillissement de la population, le nombre de personnes dépendantes, de 1,2 million en 2021, devrait également augmenter considérablement à 2,3 millions en 2060 (DREES, 2013).

Les progrès thérapeutiques, les diagnostics précoces et le vieillissement de la population engendrent une multiplication du nombre de personnes atteintes de maladies chroniques dans le monde. En France, les maladies chroniques touchent près de 20 % de la population (Ninot, 2014) et sont l'une des causes principales de décès et de handicap. Problème majeur de santé publique, ces affections de longue durée, évolutives, entraînent souvent une détérioration de la qualité de vie et sont la plupart du temps associées à une diminution de l'autonomie, des incapacités, voire une invalidité.

¹ <https://sante.gouv.fr/archives/loi-relative-a-l-adaptation-de-la-societe-au-vieillissement/article/personnes-agees-les-chiffres-cles>

Ces évolutions s'inscrivent dans un contexte de soins marqué par de fortes contraintes économiques : l'hôpital doit "mieux soigner", "mieux dépenser", "mieux discerner" (Merlière & Kieffer, 1997).

Le développement des prises en charge substitutives à l'hospitalisation à temps complet modifie en profondeur l'organisation des soins de santé sur l'ensemble du territoire, et impacte les prises en charge des patients à domicile :

- l'essor de l'ambulatoire, qui permet de réduire les séjours hospitaliers, augmente le nombre de prises en charge à domicile ;
- la nature des prises en charge à domicile évolue tout autant, nécessitant des compétences spécifiques : les professionnels doivent prendre en charge des patients polypathologiques en perte d'autonomie avec des parcours de soins de plus en plus lourds et complexes, qui nécessitent du temps et des compétences particulières et distribuées entre différents professionnels de santé (PS).

Cela doit s'accompagner par une médecine de ville partageant une vision plus globale des soins. Ces aspects sont déterminants d'une prise en charge efficace et efficiente du patient au domicile, et de la qualité de vie au travail des différents professionnels.

Parallèlement, la pénurie de soignants contraint les établissements hospitaliers à fermer des lits, augmentant de fait le nombre de prises en charge à domicile et renvoyant la charge de travail sur les PS libéraux ou les services d'hospitalisation à domicile.

De même, l'inégale répartition des PS sur le territoire a amené les pouvoirs publics à orienter les politiques publiques de santé, entre autres, vers la création de nouvelles structures comme les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), encourageant ainsi une meilleure coordination des soins de premier et de second recours, avec également pour objectif de désengorger les hôpitaux. Le bénéfice attendu est alors une plus grande fluidité des parcours de santé.

Pour accompagner ces (r)évolutions dans la structuration de l'offre de soin, de nombreuses initiatives ont été créées depuis les années 2000, destinées notamment à développer l'interprofessionnalité et le numérique.

La recherche présentée dans ce rapport s'inscrit dans le champ de l'ergonomie de l'activité. Elle a pour objectif de comprendre, par l'analyse de l'activité de professionnels de santé intervenant au domicile, le rôle joué par les technologies numériques dans le travail au quotidien des professionnels et dans la collaboration et la coordination interprofessionnelle.

Dans une première partie, nous présenterons l'écosystème de la santé numérique en France et en région Occitanie, où la recherche a été conduite. La seconde partie développera les principaux fondements théoriques sur lesquels la recherche s'est construite, les objectifs ainsi que les ajustements opérés entre la démarche initialement prévue et la réalisation concrète sur le terrain. La troisième partie sera consacrée à la présentation des différents terrains sur lesquels nous sommes intervenues et de la méthodologie générale. Dans la quatrième partie les résultats seront présentés pour chacun des terrains, en détaillant les méthodes déployées dans chacun d'eux. La cinquième et dernière partie discutera des principaux apports de la recherche et des perspectives envisageables pour la suite.

Première partie : Contexte général de la santé numérique

Par le développement du numérique en santé, les pouvoirs publics entendent apporter des réponses à des enjeux multiples dont le vieillissement de la population et l'augmentation des pathologies chroniques, la désertification médicale et l'inégalité d'accès aux soins ou encore la soutenabilité économique du secteur de la santé.

Depuis 2019, le ministère chargé de la Santé porte une stratégie nationale (2019)² visant à accélérer le virage numérique en soutenant financièrement l'écosystème français de la santé pour permettre à la France de « devenir la première nation européenne innovante et souveraine en santé » (Présentation Innovation Santé 2030, 2021).

Après avoir défini l'e-santé et les différents domaines qu'elle recouvre, nous présenterons les principaux programmes destinés à favoriser le développement de la santé numérique en France. Nous nous attacherons ensuite à introduire l'écosystème de l'e-santé en France, d'abord au niveau national, puis au niveau régional, et enfin au niveau local, ce qui nous amènera à décrire les principaux outils numériques proposés par le Groupement Régional d'Appui au Développement de la e-Santé en Occitanie, e-santé Occitanie.

I. Que recouvre l'e-santé ?

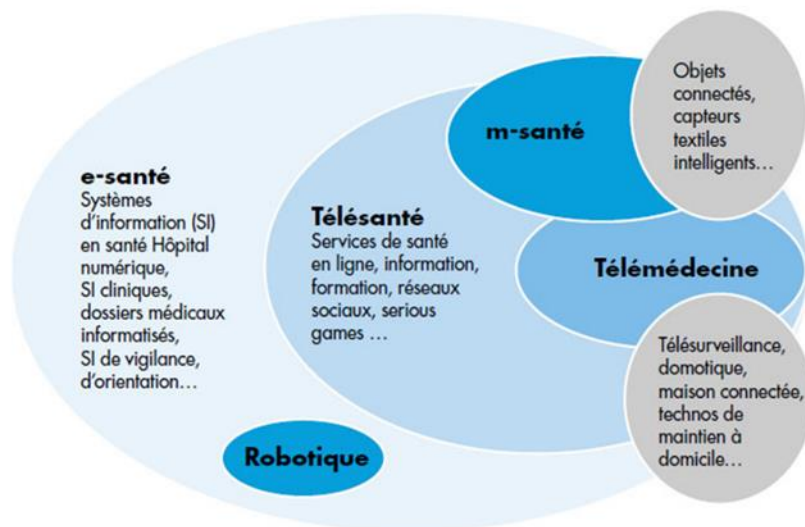
Le terme e-Health (e-santé ou santé numérique en français) a été utilisé pour la première fois en 1999 par John Mitchell, un consultant australien dans le domaine de la santé, qui l'a défini comme « l'usage combiné de l'Internet et des technologies de l'information à des fins cliniques, éducationnelles et administratives, à la fois localement et à distance ».

Pour l'Organisation mondiale de la santé (OMS), l'e-santé ou santé numérique se définit comme « les services du numérique au service du bien-être de la personne ». Elle se définit également comme « l'utilisation des outils de production, de transmission, de gestion et de partage d'informations numérisées au bénéfice des pratiques tant médicales que médico-sociales »³.

L'e-santé regroupe des champs d'application des technologies de l'information et de la communication (TIC) à la santé, qui sont très variés (Figure 2) : la robotique, la télémédecine, etc.

² <https://esante.gouv.fr/strategie-nationale>

³ <https://www.bourgogne-franche-comte.ars.sante.fr/la-e-sante-quest-ce-que-cest>



Santé connectée - De la e-santé à la santé connectée - Livre blanc du Conseil national de l'Ordre des médecins - Janvier 2015

Figure 2 : Les différents champs d'application des TIC à la santé

Depuis un certain nombre d'années, la robotique et ses différentes applications sont également intégrées dans le vaste champ de la e-santé, tout comme l'Intelligence Artificielle (IA) qui occupe une place de plus en plus importante dans divers domaines liés à la santé, engendrant de nouveaux enjeux (éthiques, réglementaires, etc.) et ouvrant de nouvelles perspectives quant à la prise en charge des patients.

Néanmoins, le périmètre de l'e-santé regroupe encore aujourd'hui 3 principaux domaines :

- Les systèmes d'information de santé ;
- La télémédecine ou le télésoin ;
- La m-santé ou santé mobile.

Au cours de notre recherche, nous nous sommes plus particulièrement intéressées à certains aspects liés aux systèmes d'informations de santé et à la santé mobile quant à leurs usages par les professionnels du secteur sanitaire, médecins et professionnels paramédicaux. Ainsi, nous limiterons ici à présenter ce qui relève de notre recherche et n'étendrons pas le propos au numérique en santé en général.

1. Les systèmes d'information de santé

L'OMS définit le système d'information de santé (SIS) comme « la structure de collecte, de traitement, d'analyse et d'exploitation des informations nécessaires à l'organisation et à l'activité des services de santé, ainsi qu'à la recherche et à l'enseignement »⁴.

Le terme SIS fait référence à toutes les applications numériques permettant la gestion des données de santé d'un patient (pour le secteur sanitaire) ou d'un usager (pour le secteur médico-social). Les SIS permettent d'enregistrer des données administratives et médicales, de les traiter, d'échanger ou

⁴ <https://tedismedical.com/fr/limportance-des-systemes-dinformation-sur-la-sante/>

partager en toute sécurité les informations utiles à la prise en charge d'un patient/usager et d'assurer son suivi. Ils peuvent intégrer la facturation des soins, et au-delà, le pilotage médico-économique d'une structure.

Les SIS sont une source d'informations précieuse quant à la collecte des données de santé, permettant ainsi l'évaluation de la santé d'une population et la prise de décisions en matière de santé publique. Ces données de santé sont une ressource essentielle pour la recherche médicale.

En fonction de ses objectifs et des usagers auxquels il se destine, un SIS peut intégrer différentes fonctionnalités permettant la gestion des identités numériques (depuis janvier 2021, l'Identité Nationale de Santé – INS), des informations et références administratives, des données de santé, de la traçabilité des accès et modifications, des données statistiques utiles aux bilans médico-administratifs. Dans certains cas et en fonction des besoins des usagers auxquels il se destine, le SIS peut également apporter une aide pour certaines actions comme la prise de rendez-vous, les prescriptions, la réalisation de courriers et comptes rendus ou encore les échanges sécurisés entre professionnels. Les systèmes d'information de santé sont communément appelés logiciels métiers.

Ces dernières années, tout développement numérique est assujéti à une injonction d'interopérabilité. Un cadre d'interopérabilité des SIS (CI-SIS)⁵ propose des règles techniques et sémantiques à respecter par tous les SIS destinés aux professionnels du sanitaire, du médico-social et du social afin de faciliter les échanges et le partage de données de santé de manière sécurisée. Cette exigence est inscrite dans l'article L1470-5 du 14 mai 2021⁶ du code de la santé publique, qui précise que les services numériques en santé destinés à être utilisés par les professionnels de santé et des secteurs médico-social et social doivent être conformes aux « référentiels d'interopérabilité et de sécurité », c'est-à-dire au CI-SIS.

2. La m-santé ou santé mobile

Le terme mHealth (m-santé ou santé mobile en français) est apparu en 2005, utilisé pour la première fois par Robert Istepanian, universitaire londonien pour désigner « l'utilisation des communications mobiles émergentes en santé publique ». La m-santé est beaucoup moins encadrée et régulée que les SIS. Elle est définie par l'OMS (2011) comme « l'ensemble des pratiques médicales et de santé publique supportées par des appareils mobiles tels que les téléphones mobiles, les dispositifs de surveillance des patients, les PDA ou ANP (Personal Digital Assistant ou Assistant Numérique Personnel) et autres appareils sans fil ». La m-santé englobe également tous les appareils connectés pour lesquels le grand public montre un intérêt grandissant, ainsi que toutes les applications mobiles relatives au bien-être et à la santé.

Du point de vue des usages, le domaine de la m-santé s'étend des fonctions les plus basiques du téléphone (voix, et SMS) aux fonctionnalités bien plus sophistiquées et complexes. En 2011, l'OMS publie une étude sur la santé mobile menée dans 114 pays montrant que la télémédecine mobile, vue sous l'angle de la communication entre PS fait partie des 4 types de programmes les plus fréquemment mis en œuvre dans la majorité des Etats ayant pris part à l'étude (OMS, 2011, cité par le Conseil National de l'Ordre des Médecins).

⁵ <https://esante.gouv.fr/produits-services/ci-sis>

⁶ https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000043497489

Le marché de l'e-santé, évalué à environ 20 milliards d'euros au niveau européen, se trouve au troisième rang des marchés de la santé et présente un fort potentiel de croissance (Communauté Européenne, 2018, cité par la revue ADSP).

II. L'écosystème de l'e-santé en France

De l'aveu même de l'Agence du Numérique en Santé (ANS), « le secteur de la e-santé bénéficie d'un écosystème institutionnel aussi riche que complexe, dans lequel les compétences et les missions de ses acteurs s'entrecroisent : acteurs du numérique et du soin, acteurs du sanitaire et du médico-social, acteurs publics et privés, acteurs nationaux, régionaux, européens et internationaux »⁷.

En effet, l'écosystème de la e-santé connaît d'importantes mutations depuis quelques années, et les actions publiques en faveur du développement de la e-santé se multiplient. Néanmoins, la multiplicité des acteurs, des actions ou programmes spécifiques ou encore des transformations à l'œuvre rendent la compréhension de cet écosystème complexe et ardue.

La figure 3, issue du site de l'Agence du Numérique en santé, donne un aperçu de la complexité de cet écosystème.



Source : Agence du Numérique en Santé

Figure 3 : Ecosystème de l'e-santé en France

Sans entrer dans le détail de cette complexité, il nous a semblé important de présenter les principaux acteurs institutionnels de la e-santé tant au niveau national que régional afin de mettre en évidence le périmètre d'action, le niveau d'implication et les objectifs poursuivis par chacun d'entre eux quant au développement de la e-santé en France. Nous présenterons ensuite les principaux programmes pour le développement de la e-santé.

⁷ <https://esante.gouv.fr/les-acteurs-institutionnels#content-9605>

1. Les acteurs institutionnels

La figure 4 représente ainsi les principaux acteurs institutionnels de l'écosystème de l'e-santé.

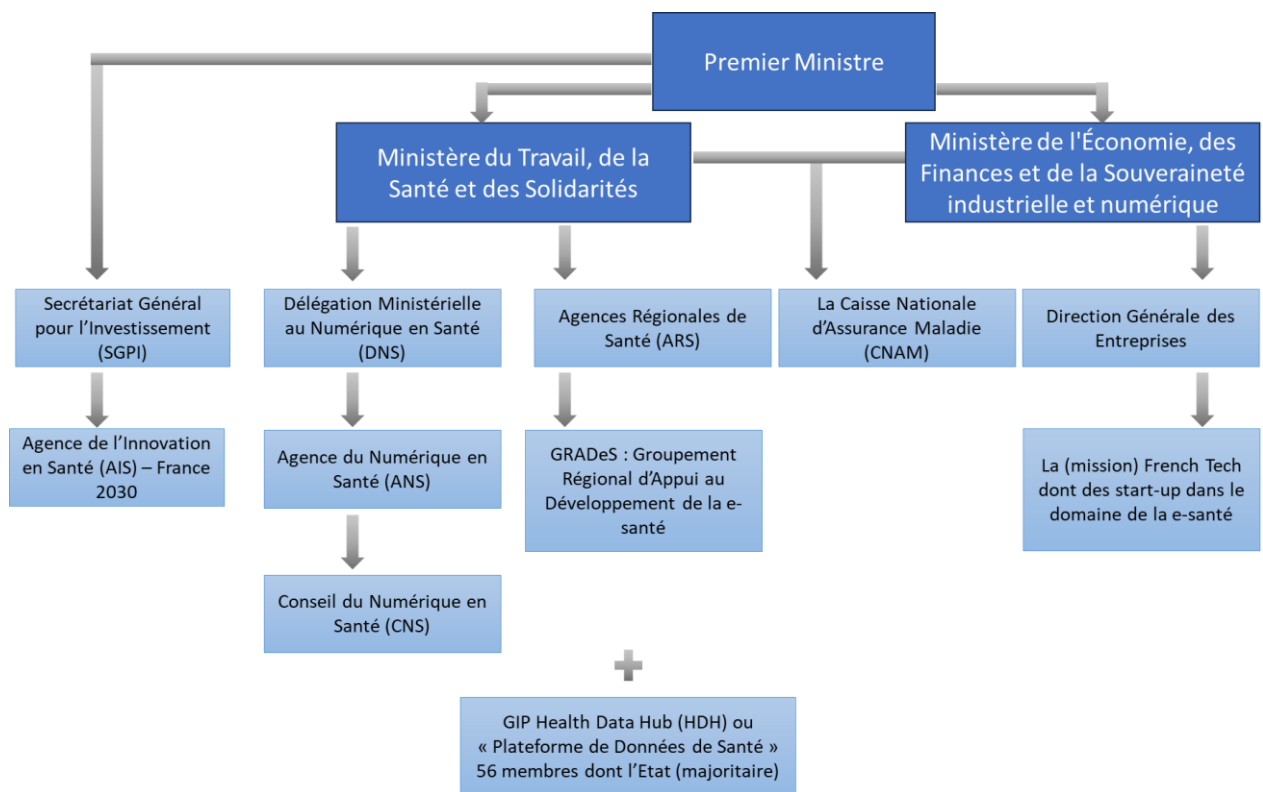


Figure 4 : Principaux acteurs institutionnels de l'e-santé

1.1 Au niveau national

1.1.1 Le Secrétariat Général pour l'Investissement

Le Secrétariat Général pour l'Investissement (SGPI), placé sous l'autorité du Premier Ministre, est chargé d'assurer la cohérence et le suivi de la politique d'investissement de l'État à travers le déploiement du plan France 2030.

Annoncé par le Président de la République le 12 octobre 2021, le plan France 2030 mobilise 54 milliards d'euros pour transformer durablement des secteurs clefs de l'économie française comme l'énergie, l'automobile ou l'aéronautique par l'innovation technologique et l'industrialisation. Le SGPI assure également l'évaluation socio-économique des grands projets d'investissement public.

1.1.2 L'Agence de l'Innovation en Santé

L'Agence de l'Innovation en Santé (AIS) agit sous la tutelle du SGPI et a été créée en 2021 dans le cadre du plan France 2030 pour piloter les travaux interministériels en matière d'innovation en santé et favoriser l'émergence, le développement et la diffusion de ces innovations. Ses missions consistent à :

- Piloter et suivre le plan Innovation santé 2030 (volet santé de France 2030), doté d'un budget de 7,5 Mds d'euros ;

- Anticiper les innovations par des travaux menés sur la prospective en santé afin de définir les besoins à venir du système de santé, d'anticiper leurs impacts sur le système de prévention et de soins, les modalités de leur intégration, et d'identifier les priorités de recherche ;
- Accélérer et transformer les différents processus existants pour permettre la mise à disposition effective et rapide des innovations pour le patient et les PS ;
- Accompagner des projets innovants et à fort impact considérés comme stratégiques⁸.

1.1.3 La Délégation Ministérielle au Numérique en Santé

La Délégation Ministérielle au Numérique en Santé (DNS) a été créée en 2019 et est placée sous l'autorité directe de la ministre du Travail, de la Santé et des Solidarités afin d'assurer le pilotage de la politique publique de développement et de régulation numérique en santé. De manière plus détaillée, la DNS a pour missions de⁹ :

- Définir et mettre en œuvre la stratégie du numérique en santé, en lien avec les autres directions et services des ministères chargés des affaires sociales et en concertation avec l'écosystème ;
- Piloter les actions de transformation du numérique en santé, notamment la feuille de route du numérique en santé, le Ségur du numérique et la stratégie d'accélération "Santé Numérique"
- Assurer un pilotage resserré de l'Agence du Numérique en Santé (ANS) ;
- Animer le conseil du numérique en santé qui implique tous les acteurs, les grandes orientations de la politique du numérique en santé ;
- Animer la cellule éthique du numérique en santé pour inscrire son action dans un cadre de valeurs humanistes ;
- Être l'interface des initiatives européennes et internationales sur le numérique en santé.

1.1.4 L'Agence du Numérique en Santé

L'Agence du Numérique en Santé (ANS), anciennement ASIP Santé, a été créée en 2009 avec pour objectif de contribuer à l'amélioration du système de santé aux côtés de tous les acteurs concernés des secteurs sanitaire, social et médico-social, privés comme publics, professionnels ou usagers/patients. L'ANS a pour ambition d'être reconnue comme l'accélérateur institutionnel de la santé numérique en France et en Europe.

L'ANS agit principalement en tant que :

- Régulateur pour améliorer la performance numérique grâce à des règles communes de régulation et d'échange : par exemple, en 2021, plus de 220 000 cartes e-CPS étaient actives (e-CPS : Carte de Professionnel de Santé numérique) ;
- Opérateur en concevant des programmes nationaux de e-santé : par exemple le Ségur du Numérique ou la Messagerie Sécurisée de Santé (MSS) ;
- Promoteur et valorisateur en stimulant et accompagnant les initiatives de e-santé : par exemple, l'organisation des « Talents de la e-santé » pour valoriser les initiatives dans ce domaine.

⁸ <https://gnius.esante.gouv.fr/fr/acteurs/fiches-acteur/agence-de-linnovation-en-sante-ais>

⁹ <https://gnius.esante.gouv.fr/fr/acteurs/fiches-acteur/delegation-au-numerique-en-sante-dns>

Le Cadre d'interopérabilité des systèmes d'information de santé (CI-SIS) a été développé à l'initiative de l'ANS.

La gouvernance de l'ANS est assurée par la DNS, l'Assurance Maladie, la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA), le Collège des Agences Régionales de Santé (ARS) et le Collège des Groupements Régionaux d'Appui au Développement de la e-santé (GRADEs)¹⁰.

1.1.5 L'Assurance Maladie

La Caisse Nationale de l'Assurance Maladie (CNAM), plus communément appelée l'Assurance Maladie, est placée sous l'autorité conjointe du ministre du Travail, de la Santé et des Solidarités et du ministre de l'Économie, des Finances et de la Souveraineté industrielle et numérique et a pour missions de :

- Renforcer l'accès au système de soins
- Contribuer à la transformation et à l'efficacité du système de santé
- Rendre aux usagers un service maintenu à un haut niveau de qualité
- Accompagner l'innovation en santé
- Réussir l'intégration des autres régimes en garantissant un fonctionnement efficient de la branche.

Entre autres, l'Assurance Maladie a pour mission d'enrichir l'offre de service numérique proposée aux assurés et aux PS. Elle est donc, dans le cadre de ses différentes missions, partie prenante du développement de la e-santé, notamment par la promotion de Mon Espace Santé, le nouvel espace numérique en santé dont la promesse est de réunir en un seul lieu toutes les données de santé d'une personne affiliée à un régime d'assurance maladie obligatoire, sauf si elle s'y oppose. Depuis janvier 2022, le Dossier Médical Partagé (DMP) a été intégré dans Mon Espace Santé. La promesse du DMP est de centraliser les informations de santé d'un patient pour permettre une meilleure collaboration entre PS et faciliter le suivi des patients, en ville comme à l'hôpital.

Ainsi, avec l'intégration du DMP à Mon Espace Santé, les patients et les PS ont un égal accès aux données de santé, avec pour objectif de garantir une meilleure efficacité des prises en charge et du suivi des patients : « l'ambition est de fournir un service public gratuit, ergonomique, interopérable, éthique, souverain afin que la gestion des données de santé ne devienne pas une commodité détenue par des acteurs privés¹¹ ».

Par ailleurs, l'Assurance Maladie propose le Bouquet de Services aux Professionnels (BSP) qui a pour objectif de « faciliter la vie des professionnels de santé, en leur permettant de choisir des services numériques de confiance, conformes à la doctrine du numérique en santé, et en miroir des fonctions de Mon Espace Santé. Il simplifie la navigation des professionnels entre ces différents services en évitant les reconnexions et la ressaisie des données du patient ».

1.1.6 La Direction Générale des Entreprises

La Direction générale des Entreprises (DGE) conçoit et met en œuvre les politiques publiques concourant au développement des entreprises.

¹⁰ <https://gnius.esante.gouv.fr/fr/acteurs/fiches-acteur/agence-du-numerique-en-sante-ans>

<https://youtu.be/xIOORh5Ooq0>

¹¹ <https://gnius.esante.gouv.fr/fr/acteurs/fiches-acteur/assurance-maladie>

Son action est au cœur des chantiers du gouvernement pour la transformation économique du pays. Elle porte des missions à la fois sectorielles (politique industrielle, régulation du numérique, etc.), transverses (simplification réglementaire, politique d'innovation) et relatives à la transformation numérique et écologique de l'économie¹².

Au sein de la DGE, la sous-direction des industries de santé, des biens de consommation et de l'agroalimentaire (SDISBCA) propose, met en œuvre et évalue les politiques relatives entre autres, aux industries de santé (industrie pharmaceutique, technologies pour la santé, industries ou services associés) et participe au comité économique des produits de santé et aux actions de régulation des dépenses de santé.

Parmi les principaux projets de santé de la SDISBCA figurent la santé numérique et l'écosystème des données de santé.

Ainsi, la DGE fait partie intégrante de l'écosystème de la e-santé en France.

Il est à noter qu'il existe en France des milliers de start-ups et d'entreprises confirmées œuvrant dans le domaine de la santé, dont la santé numérique. Ce secteur très porteur est ainsi source de nombreux emplois et générateur de valeur économique.

1.1.7 Le Health Data Hub

Le Health Data Hub (HDH) ou « Plateforme de Données de Santé » est un Groupement d'Intérêt Public (GIP) créé par la Loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et la transformation du système de santé. Il associe 56 parties prenantes en grande majorité issues de la puissance publique et réparties en 9 collèges, représentant l'ensemble de l'écosystème. Parmi ces parties prenantes figurent l'Etat, majoritaire, des caisses d'Assurance Maladie, des organismes d'Assurance Maladie complémentaires, des acteurs de la recherche et de l'enseignement, des établissements de santé ou leurs représentants, des représentants des PS, des représentants des usagers, des agences nationales comme la Haute Autorité de Santé ou l'ANS et des industriels.

Le HDH est chargé par la loi de réunir, organiser et mettre à disposition les données du Système National des Données de Santé (SNDS) élargi et de promouvoir l'innovation dans l'utilisation des données de santé¹³.

Ainsi, le HDH s'adresse principalement aux porteurs de projets : chercheurs, entrepreneurs, chargés d'études, responsables de données. Il leur permet un accès aisé et unifié, transparent et sécurisé aux données de santé, son objectif affiché étant d'améliorer la qualité des soins et l'accompagnement des patients.

Le HDH propose, selon les projets, un accompagnement complet et de bout en bout : ressources humaines, technologiques et financières.

Tout citoyen qui le souhaite peut avoir accès à la liste des projets sur le site Internet du HDH¹⁴.

¹² <https://www.entreprises.gouv.fr/fr/la-direction-generale-des-entreprises-dge>

¹³ <https://gnius.esante.gouv.fr/fr/acteurs/fiches-acteur/health-data-hub-hdh>

¹⁴ <https://www.health-data-hub.fr>

1.2 Au niveau régional

1.2.1 Les Agences Régionales de Santé

Les Agences Régionales de Santé (ARS) sont des établissements publics autonomes placés sous la tutelle du ministère chargé de la santé. Elles sont chargées du pilotage régional du système de santé¹⁵, en cohérence avec les orientations nationales et au plus près des besoins de la population. Leur action est incarnée par les projets régionaux de santé (PRS) élaborés en concertation avec l'ensemble des acteurs de santé de la région. Ils fixent les ambitions et les priorités régionales de santé.

Leurs principales missions sont de :

- Piloter la politique de santé publique qui comprend la veille et la sécurité sanitaires, la définition, le financement et l'évaluation des actions de prévention et de promotion de la santé et l'anticipation, la préparation et la gestion des crises sanitaires, en liaison avec le préfet ;
- Réguler l'offre de santé en région qui vise à mieux répondre aux besoins et à garantir l'efficacité du système de santé dans les secteurs ambulatoire (ville et hôpital), hospitalier et médico-social (aide et accompagnement des personnes âgées et handicapées). Concrètement, la régulation se fait par l'autorisation de la création des établissements et services de soins et médico-sociaux, le contrôle de leur fonctionnement et l'allocation de leurs ressources ;
- Favoriser l'émergence de nouvelles organisations et collaborations entre professionnels de santé et du domaine médico-social au service d'une médecine de parcours par le financement d'expérimentations.

Les ARS sont par ailleurs responsables de la politique régionale d'e-santé¹⁶. Elles sont en charge de décliner au niveau régional la politique nationale du numérique en santé avec l'appui d'un groupement régional d'appui au développement de la e-santé (GRADEs) auquel elles délèguent tout ou partie de la maîtrise d'ouvrage régionale. Les ARS accompagnent le développement des services numériques socles (déploiement du Dossier Médical Partagé (DMP), usage des Messageries Sécurisées de Santé (MSS), services numériques territoriaux de coordination de parcours, etc.).

Au sein de l'ARS Occitanie, plusieurs instances participent à la définition du projet régional de santé, notamment en matière de numérique : la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie, le Comité régional de convergence – Filière numérique (usagers, opérateurs, innovateurs, financeurs) et les Conseils Territoriaux de Santé (CTS).

1.2.2 Les Groupements Régionaux d'Appui au Développement de la e-Santé

Les Groupements Régionaux d'Appui au Développement de la e-Santé (GRADEs) sont des Groupements d'Intérêt Public (GIP), opérateurs de l'ARS pour l'élaboration et la mise en œuvre de la stratégie régionale d'e-santé¹⁷. Ils assurent une expertise e-santé pour les territoires et accompagnent les professionnels et établissements des secteurs sanitaire, médico-social et social dans la transition numérique sur leurs métiers. Ils agissent dans l'objectif d'améliorer la qualité des soins tout en respectant la sécurité et la confidentialité des données de santé. Leurs actions ont pour finalité le

¹⁵ <https://gnius.esante.gouv.fr/fr/acteurs/fiches-acteur/agence-regionale-de-sante-ars/>

¹⁶ <https://www.esante-occitanie.fr/ecosysteme-e-sante/>

¹⁷ <https://gnius.esante.gouv.fr/fr/acteurs/fiches-acteur/groupement-regional-dappui-au-developpement-de-la-e-sante-grades>

développement des usages de services numériques de santé en région. Les GRADeS ont pour missions principales de :

- Veiller à l'urbanisation, l'interopérabilité et la sécurité des SI de santé ;
- Animer et fédérer les acteurs autour de la stratégie d'e-santé ;
- Promouvoir l'usage des e-services en santé ;
- Apporter leur expertise aux acteurs régionaux ;
- Porter d'autres projets en partenariat avec les institutions et les offreurs de soins.

Les directions des 17 GRADeS ont créé en 2020 un collège des GRADeS afin de porter une vision commune et de dynamiser la collaboration entre GRADeS comme avec les acteurs nationaux.

Chaque GRADeS a son propre nom mais fonctionne selon des principes communs à tous les GRADeS.

Outre les acteurs institutionnels, certains regroupements professionnels comme les Unions Régionales des Professionnels de Santé des Médecins Libéraux (URPS – ML) ou des Infirmiers Libéraux (URPS – IDEL) sont, dans le cadre de leurs missions, acteurs de la promotion de la e-santé et des outils proposés par les GRADeS.

2. Les principaux programmes pour le développement de la e-santé

Depuis 2016, un grand nombre de programmes ont été créés et déployés afin de réformer le système de santé, en y introduisant des actions visant à assurer une certaine cohérence des politiques publiques. Celles-ci, en constante évolution, ont un impact direct sur l'activité des professionnels qui va devoir se structurer en fonction des mesures envisagées.

Un certain nombre de programmes visant à développer le numérique en santé ont ainsi été développés. Nous allons ici les présenter, sans prétendre à l'exhaustivité, car nombre d'entre eux sont corrélés à d'autres programmes.

2.1 La stratégie nationale de santé

La stratégie nationale de santé (SNS)¹⁸ a été introduite dans le Code de la santé publique en 2016. Elle permet de définir le cadre des politiques publiques de santé de manière pluriannuelle, en définissant « des domaines d'action prioritaires et des objectifs d'amélioration de la santé et de la protection sociale contre la maladie¹⁹ ». Elle est suivie et évaluée chaque année, et les résultats sont rendus publics.

La stratégie nationale de santé fixe ainsi les priorités du gouvernement en matière de santé avec pour objectif de donner de la cohérence à l'action collective de tous les ministères dans le domaine de la santé. Elle permet de définir une vision partagée par l'ensemble des acteurs et de piloter l'avancement des chantiers prioritaires.

Pour la période 2018 – 2022 marquée par la crise sanitaire, la SNS a été nommée « Ma Santé 2022 ».

¹⁸ <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/strategie-nationale-de-sante/>

¹⁹ https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000036515270

Pour établir la nouvelle SNS, le gouvernement a fixé une période de 10 ans : 2023 – 2033. Un premier projet de texte a été rédigé sur la base de l'analyse menée par le Haut Conseil de la santé publique sur l'état de santé de la population et ses déterminants. Conformément à la législation, ce projet est actuellement soumis à la consultation du public²⁰.

2.1.1 *Ma Santé 2022*

Le 19 novembre 2018, « Ma Santé 2022 » est lancée par la Ministre des Solidarités et de la Santé de l'époque, Agnès Buzyn. Cette stratégie de transformation du système de santé se décline en 10 chantiers, dont le numérique en santé, qui comprend entre autres la feuille de route du numérique en santé et le programme e-parcours.

Feuille de route du numérique en santé « Accélérer le virage numérique »

C'est ainsi que la feuille de route « Accélérer le virage numérique » est lancée en avril 2019 et comprend cinq orientations majeures.

a) Renforcer la gouvernance du numérique en santé

La Délégation du Numérique en Santé (DNS) est créée dans ce cadre. Elle est chargée du pilotage de l'ensemble des chantiers de transformation numérique. La DNS est notamment chargée du pilotage resserré de l'Agence du Numérique en Santé (ANS), chargée, elle, de la mise en œuvre de la politique du numérique en santé.

Dans le même temps, le Conseil du Numérique en Santé (CNS) est créé pour impliquer tous les acteurs concernés et les faire débattre des grandes orientations de la politique du numérique en santé.

Par ailleurs, dans l'objectif de parvenir à un alignement de l'ensemble des acteurs de l'écosystème de la e-santé en France autour d'une vision partagée, d'un cadre de référence technique et d'un schéma d'architecture cible, une doctrine technique du numérique en santé est élaborée.

Pour le numérique en santé, la France a misé sur une conception d'État plateforme, mettant à disposition des acteurs (professionnels, industriels, acteurs de la société civile, etc.) des règles (interopérabilité, sécurité, éthique), des référentiels et des services socles, en leur laissant le soin de développer leurs services numériques à l'aide de ces ressources.

La doctrine s'adresse à tous ceux qui développent un projet de services numériques de santé, qu'ils soient maîtres d'ouvrages ou qu'ils en assurent la maîtrise d'œuvre. Elle présente le cadre permettant à l'ensemble des acteurs de savoir comment orienter les travaux sur les services numériques qu'ils mettent en place.

b) Intensifier la sécurité et l'interopérabilité des systèmes d'information en santé

Afin de sécuriser l'accès des professionnels aux données de santé, l'identification numérique de tous les professionnels concourant au système de santé par un même référentiel national doit être généralisée. La dématérialisation des moyens d'authentification doit également permettre de sécuriser l'accès des professionnels aux téléservices. C'est ainsi qu'est lancée la e-CPS (carte numérique de professionnel de santé) pour l'accès aux différents portails numériques.

De même, le déploiement de l'Identité Nationale de Santé (INS) doit être accéléré pour devenir le moyen de reconnaître le patient dans tous les systèmes informatiques et assurer ainsi une continuité des parcours de soins.

²⁰ <https://sante.gouv.fr/actualites/actualites-du-ministere/article/strategie-nationale-de-sante-2023-2033-ouverture-d-une-consultation-publique-en>

Par ailleurs, une étude sur l'opposabilité des référentiels d'interopérabilité communs doit être lancée afin que tous les systèmes anciens ou nouveaux puissent communiquer entre eux.

Enfin, un service national de cybersurveillance en santé doit être déployé, permettant aux acteurs de santé de bénéficier du dispositif de déclaration des incidents de sécurité.

c) Accélérer le déploiement des services numériques socles

La feuille de route « Accélérer le virage numérique » comporte quatre principaux services pour échanger et partager les données de santé :

- Le déploiement du DMP, Dossier Médical Partagé, doit être poursuivi pour stocker toutes les données qu'il est utile de partager entre le patient et les professionnels ;
- L'usage des messageries sécurisées de santé (MSS) pour sécuriser l'échange d'informations de santé entre professionnels doit être élargi et accompagné ;
- La e-prescription doit être développée pour simplifier et sécuriser le circuit de transmission de l'ordonnance depuis la prescription jusqu'à la dispensation par le pharmacien ;
- Les services numériques territoriaux de coordination de parcours devront être déployés.

d) Déployer au niveau national des plateformes numériques de santé

Trois plateformes numériques de santé sont envisagées afin de recevoir différentes applications proposées par les pouvoirs publics ou les acteurs privés. Elles auront pour objectif de permettre aux usagers et PS de trouver leurs repères dans des espaces numériques fiables et simples d'accès :

- L'Espace Numérique de Santé pour permettre aux citoyens de devenir acteurs du système de santé, de choisir et d'accéder à des services numériques de santé dans un cadre sécurisé ;
- Pro Santé Connect (PSC), une plateforme de bouquets de services communicants pour les professionnels ;
- Le Health Data Hub, la plateforme des données de santé, qui rassemblera les données de santé dans un même schéma d'architecture sécurisé pour permettre aux pouvoirs publics de les analyser à grande échelle.

Ces espaces numériques doivent se constituer étape par étape, avec l'évolution de services existants, grâce à des méthodes de co-conception et via des appels à projets.

e) Stimuler l'innovation et favoriser l'engagement des acteurs

De grands programmes d'investissement ont été lancés pour contribuer à l'atteinte des objectifs de la politique nationale :

- Le programme HOP'EN pour le soutien aux systèmes d'information hospitaliers (420 M€)
- Le plan « ESMS numérique » (Etablissements ou services sociaux ou médico-sociaux) pour aider les structures sociales et médico-sociales à s'inscrire pleinement dans le virage numérique.

Par ailleurs, en lançant le « Tour de France de la e-santé », des rencontres doivent être organisées sur une période de six mois pour recueillir le point de vue de tous les acteurs lors de débats autour de la politique nationale du numérique en santé et de ses modalités de mise en œuvre.

Enfin, la feuille de route prévoit l'organisation « d'ateliers citoyens du numérique en santé » pour permettre aux usagers de définir les besoins de leur futur Espace Numérique de Santé, valider les principes ergonomiques et tester les premières maquettes.

Le programme e-parcours

Le programme e-parcours²¹, doté d'un budget de 150 M€, est déployé par la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) pour accompagner la transformation numérique du parcours de santé dans les territoires en appui des professionnels exerçant dans les secteurs sanitaire, médicosocial et social.

Il vise à organiser la mise à disposition des professionnels d'un bouquet de services numériques de coordination dans une logique de prise en charge décloisonnée.

Le programme e-parcours comprend deux volets :

- Un volet financier et organisationnel, en appuyant la mise en œuvre des nouvelles organisations territoriales coordonnées au bénéfice des professionnels et des usagers, dont les CPTS et les Dispositifs d'Appui à la Coordination (DAC) ;
- Un volet numérique, au travers d'un accord-cadre national, porté par le Réseau des Acheteurs Hospitaliers, et ayant permis de retenir 4 consortiums dont les offres de services numériques répondent au cahier des charges national afin d'outiller les dispositifs cibles. Le choix et le déploiement des solutions référencées sont ensuite portés et réalisés au niveau régional.

Le programme e-parcours a atteint sa date limite le 31 décembre 2023.

2.1.2 Feuille de route du numérique en santé 2023 – 2027

Comme évoqué plus haut, la stratégie nationale de santé 2023 – 2033 est aujourd'hui soumise à la consultation du public.

Une nouvelle feuille de route, « Mettre le numérique au service de la santé », a été établie pour la période 2023 – 2027. Elle présente les chantiers prioritaires sur 5 ans déclinés en 4 axes présentés ci-dessous.

a) Développer la prévention et rendre chacun acteur de sa santé

Il s'agit d'encourager l'usage de Mon Espace Santé par tous les citoyens. En effet, Mon Espace Santé est aujourd'hui par défaut créé pour tous les Français. Seules les personnes s'étant formellement opposées à son utilisation ne disposent pas de ce « carnet de santé numérique ».

b) Redonner du temps aux professionnels de santé et améliorer la prise en charge des patients grâce au numérique

Cet axe part du constat que si l'on veut que le numérique améliore la santé et l'accompagnement des Français, il doit d'abord **simplifier la vie des professionnels et améliorer leurs conditions de travail** en facilitant l'accès aux données pertinentes et la lisibilité de l'offre des services qui émergent.

Par ailleurs, le souhait que les PS puissent accéder à l'historique de santé de leurs patients, quel que soit leur lieu d'exercice, est exprimé, tout comme la nécessité d'un accompagnement par un plan ambitieux de formation initiale et continue des professionnels. Les 5 priorités de cet axe sont les suivantes :

- Permettre aux professionnels d'accéder à l'historique de santé des patients qu'ils prennent en charge ;

²¹ <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/e-sante/sih/article/le-programme-e-parcours>

- Améliorer l'intégration et l'ergonomie des services socles dans les outils que les PS utilisent au quotidien ;
- Déployer le bouquet de services aux professionnels, l'ordonnance numérique et des moyens d'identification sécurisés pour les PS ;
- **Simplifier l'outillage de la coordination locale des parcours de santé.** Ce point part du constat de la multiplication des outils et de la nécessité de simplifier, d'améliorer et de rendre plus lisible l'offre de services numériques portés par les structures régionales. Il s'agit alors d'évaluer ces outils et d'arbitrer sur leur mutualisation et leur partage éventuel avec d'autres régions, voire de leur suppression. Notamment, la volonté d'aller vers des coordinations plus fortes est exprimée à travers la nécessité de renforcement des solutions régionales de coordination qui doivent être maintenues et améliorées ;
- Renforcer la formation et l'accompagnement au numérique des PS, du médico-social et du social.

c) Améliorer l'accès à la santé pour les personnes et les professionnels qui les orientent

Les difficultés d'accès à la santé dans les territoires est le point de départ de cet axe qui ambitionne d'abord d'améliorer l'accès à l'information sur la santé et l'offre de santé et d'aider les personnes à trouver un médecin traitant. Le développement de la télésanté dans certaines zones ou pour certaines typologies de patients doit améliorer cet accès à la santé.

En parallèle, il s'agit de promouvoir et articuler entre elles les plateformes numériques de régulation médicale et de prise en charge urgente pour maintenir l'accueil dans les services d'urgences des établissements dans les meilleures conditions.

La feuille de route prévoit également l'accélération du déploiement de l'appli carte Vitale et de l'Identité Nationale de Santé (INS).

d) Déployer un cadre propice pour le développement des usages et de l'innovation numérique en santé

Cet axe se base sur l'impératif que représente aujourd'hui la protection des données de santé par une cybervigilance accrue disposant de moyens à la hauteur des enjeux. En particulier, les établissements sanitaires et médico-sociaux ne sont pour l'heure pas suffisamment protégés. Il s'agit donc d'y renforcer la cybersécurité tout en élaborant des référentiels d'exigences et en sécurisant la conformité des solutions utilisées par les acteurs de santé.

En parallèle, l'ambition de cette feuille de route est de développer la recherche en santé numérique et en particulier l'utilisation secondaire des données de santé.

Ainsi, cet axe place en son centre les données de santé, de leur recueil à leur utilisation pour la recherche, l'innovation et l'amélioration des politiques publiques.

2.2 Le Ségur du Numérique en Santé

Dans le cadre du plan « France Relance », le Ségur du Numérique en Santé a été créé en juillet 2020 dans l'objectif de généraliser le partage fluide et sécurisé des données de santé entre PS et avec l'utilisateur pour mieux prévenir et mieux soigner. Ce programme viendra alimenter Mon Espace Santé, qui permet à chaque citoyen de disposer d'une vision consolidée de son parcours de soins afin d'être acteur de sa santé.

L'ambition affichée du Ségur du Numérique en Santé est de généraliser le partage fluide et sécurisé des données de santé entre PS et usagers et accélérer de façon significative la feuille de route du numérique en santé, en passant de 10 millions à 250 millions de documents médicaux échangés à fin 2023.

Un investissement de 2 milliards d'euros y est consacré, financé à 100% par le Plan de Relance et de Résilience européen et réparti comme suit :

- 1,4 milliards d'euros sur 3 ans pour le partage des données de santé
- 600 millions d'euros sur 5 ans dédiés au secteur médico-social.

Le Ségur du Numérique en Santé, à l'instar de la stratégie nationale Ma Santé 2022, traduit une nouvelle manière de mener une politique publique dans une logique d'Etat-plateforme avec le déploiement d'infrastructures partagées à l'échelle nationale et une intervention inédite de l'Etat dans la mise à jour des logiciels des professionnels, et dans le développement des usages numériques associés. Il a par ailleurs été co-construit avec les PS et les éditeurs de logiciels.

C'est ainsi que le Ségur prévoit le financement progressif de la mise à jour des logiciels professionnels afin qu'ils soient conformes au Cadre d'Interopérabilité des Systèmes d'Informations de Santé (CI-SIS) dans le but, à terme, que tous les documents de santé puissent être partagés de manière sécurisée, notamment en étant versés dans Mon Espace Santé.

La page « transparence » du site dédié communique mensuellement les chiffres-clés du déploiement du Ségur du Numérique en Santé quant à l'alimentation de Mon Espace Santé²².

2.3 La stratégie d'accélération « Santé Numérique »

La stratégie d'accélération Santé Numérique²³ a été annoncée par le gouvernement dans le cadre du Plan France 2030. Cette stratégie quinquennale associe, au moment de son lancement, le Ministère de la Santé et de la Prévention, le Ministère de l'Economie des Finances de la Souveraineté industrielle et numérique, le Ministère de l'Enseignement Supérieur de la Recherche et de l'Innovation, et le Secrétariat Général pour l'Investissement (SGPI). Elle est dotée d'un budget de 670 millions d'euros.

Cette stratégie a pour objectif affiché de favoriser l'émergence en France de solutions innovantes et soutenir l'économie avec des propositions de valeurs médico-économiques fortes au bénéfice de la population générale et des patients.

Elle permet de soutenir et financer des projets et actions répondant à l'objectif de faire de la France un leader mondial en santé numérique. Les financements peuvent être publics ou privés (près de 1,5 Mds d'euros de la part d'acteurs privés). Ses actions s'inscrivent dans un continuum d'investissements publics dans la filière e-santé. Entre son lancement mi-octobre 2021 et fin 2023, 148 projets lauréats répartis sur l'ensemble du territoire ont reçu des financements d'un montant global de 320 millions d'euros²⁴. Par exemple, Toulouse Santé Numérique est un projet qui a bénéficié d'un financement dans le cadre de l'appel à projets « Tiers-Lieux d'Expérimentation ».

²² <https://esante.gouv.fr/segur/transparence>

²³ <https://gnius.esante.gouv.fr/fr/programmes-nationaux/strategie-daceleration-sante-numerique>

²⁴ <https://www.mutualite.fr/actualites/148-cest-le-nombre-de-projets-laureats-finances-en-2-ans-dans-le-cadre-de-la-strategie-daceleration-sante-numerique-du-plan-france-2030/>

2.4 Le Plan Innovation Santé 2030

Doté d'un budget de 7,5 milliards d'euros, le Plan Innovation Santé 2030, lancé en 2021, est le volet santé du Plan d'investissements France 2030. Il est piloté par l'Agence de l'Innovation en Santé au sein du Secrétariat Général Pour l'Investissement.

L'une des 7 mesures principales de ce plan cible le passage à la médecine 5P (préventive, personnalisée, prédictive, participative et basée sur les preuves) grâce au numérique. 650 millions d'euros sont dédiés à cette mesure.

Ainsi, concernant le numérique en santé, le Plan Innovation Santé 2030 vient, en complément de la stratégie d'accélération Santé Numérique, fournir une source de financement supplémentaire aux projets dans le domaine de la e-santé.

III. L'écosystème de la e-santé en région Occitanie

1. Le territoire de santé

1.1 Les acteurs de la santé

L'écosystème de santé en Occitanie est particulièrement dense et dynamique, regroupant des compétences historiques aussi bien en matière de recherche que de développements industriels (DREETS Occitanie, 2023), en particulier dans les domaines de l'oncologie, des dispositifs médicaux et du diagnostic in vitro. La région regroupe des expertises reconnues ou bien émergentes en santé numérique, imagerie médicale, robotique et audiologie. De nombreux acteurs²⁵ contribuent au dynamisme de ce secteur, dont :

- 3 CHU (Montpellier, Nîmes et Toulouse)
- 1 Oncopôle réunissant chercheurs et soignants pour la lutte contre le cancer
- 303 établissements de santé
- Plus de 2 000 pharmacies
- 96,9 médecins généralistes/100 000 habitants
- 7 000 chercheurs
- 240 000 emplois dans la filière santé
- Plus de 10 000 étudiants en médecine, pharmacie et soins médicaux

1.2 Les acteurs de la e-santé

En Occitanie, le GRADeS se nomme e-santé Occitanie et intervient en appui du Projet Régional de Santé (PRS) en ce qui concerne la stratégie régionale d'e-santé. e-santé Occitanie s'adresse plus spécifiquement aux professionnels ou structures de santé ou aux acteurs de la coordination pour favoriser les pratiques numériques dans la prise en charge des patients. Le GRADeS promeut par ailleurs l'usage des outils numériques nationaux et locaux en déployant des actions auprès des acteurs de la santé.

²⁵ ImmoHub Occitanie 2019

Par ailleurs, la région Occitanie est réputée pour ses capacités à innover dans plusieurs filières dont la santé, et par extension, la e-santé. En effet, les initiatives et projets dans le domaine de la e-santé sont très nombreuses, la région accueillant 231 entreprises de santé numérique qui couvrent des domaines très variés comme les outils de gestion, d'administration et de pilotage, les data et le traitement de la donnée, la télésanté ou encore les outils cliniques et logiciels métiers. C'est ainsi que la région a développé l'Agence de Développement Economique AD'OCC pour accompagner les entreprises de la région dans leur développement. AD'OCC intervient, entre autres, auprès des entreprises de la santé numérique mais d'autres collectivités territoriales, comme Toulouse Métropole, et organismes associés, comme Nubbo, un incubateur de startups, y contribuent également.

En matière de recherche, un grand nombre d'acteurs académiques ou de la recherche clinique s'investissent également dans le domaine de la santé numérique. Par exemple, l'école d'ingénieurs ISIS (Informatique et Systèmes d'Information pour la Santé)²⁶ à Castres forme des ingénieurs spécialisés en e-santé ou encore le Gérontopôle de Toulouse qui a développé le robot conversationnel ICOPEBOT dans le cadre de l'implémentation du programme ICOPE de l'OMS²⁷.

Plusieurs clusters comme Digital 113 ou la Mêlée Numérique investis dans le domaine du numérique en Occitanie soutiennent également la filière e-santé.

2. Les principaux outils proposés par le GRADeS e-santé Occitanie

Le GRADeS e-santé Occitanie, en tant que relais régional, propose un certain nombre de solutions numériques de santé et a pour mission de contribuer au déploiement de ces outils et à l'accompagnement des pratiques des utilisateurs.

Ces solutions numériques sont accessibles grâce à la Carte de Professionnel de Santé (CPS) qui existe aujourd'hui sous forme dématérialisée. Il s'agit d'une carte d'identité professionnelle électronique délivrée à toute personne exerçant dans un établissement de soins ou du domaine de la santé, en cabinet libéral, en laboratoire ou en officine. Elle contient les données d'identification de son porteur et permet à son titulaire d'attester de son identité et de ses qualifications professionnelles. La CPS est indispensable pour accéder aux données de santé et effectuer un certain nombre de démarches comme la transmission des feuilles de soins électroniques, l'utilisation des messageries sécurisées de PS (MSSanté) ou encore l'accès à des plateformes régionales proposant des espaces collaboratifs destinés aux PS.

2.1 SPICO

Dans le cadre du programme e-parcours de Ma Santé 2022, un appel d'offres national a été lancé pour le marché des Services Numériques d'Appui à la Coordination (SNACs). 4 consortiums ont été retenus parmi lesquels chaque région a opéré un choix.

C'est ainsi qu'à l'instar de 3 autres GRADeS, e-santé Occitanie a retenu l'outil SPICO, nommé différemment en fonction des régions mais proposant la même architecture et les mêmes fonctionnalités.

²⁶ <https://isis.univ-jfc.fr/>

²⁷ <https://inspire.chu-toulouse.fr/fr/programme-icope/>

SPICO, Système de Partage d'Information et de Coordination en Occitanie, porte la promesse de « simplifier et sécuriser les échanges d'informations et la coordination des prises en charge » grâce à deux composantes intégrées : SPICO Discussions et SPICO Dossiers, présentées ci-après.

SPICO est accessible aussi bien à partir d'un ordinateur fixe qu'en mobilité sur un smartphone grâce à une application mobile. Néanmoins, l'application mobile n'est pas disponible en mode hors connexion, c'est-à-dire que SPICO ne peut être utilisé en mobilité si l'utilisateur se trouve dans une zone où les réseaux d'accès à la 4G/5G ne sont pas opérants.

Dans les deux premières années suivant son lancement, SPICO a connu un grand nombre de problèmes techniques, empêchant son lancement dans de bonnes conditions et générant un rejet des professionnels auprès desquels l'outil était promu. Il est toutefois à noter que les choix de conception et de développement de SPICO intégraient la volonté de faire évoluer et d'améliorer l'outil en fonction des besoins des nombreux utilisateurs auquel il se destinait. Ceci laisse penser que les besoins desdits utilisateurs n'avaient pas été pris en compte lors de la conception de l'outil, ce qui peut expliquer le rejet des utilisateurs sur lesquels le travail de développement a été reporté, s'éloignant en cela de leur cœur de métier.

2.1.1 SPICO Discussions

SPICO Discussions est une messagerie instantanée sécurisée. Lors de son lancement novembre 2020, la promesse de SPICO Discussions est de permettre aux professionnels de :

- Communiquer en instantané et de manière sécurisée ;
- Créer des échanges centrés patient/usager ;
- Editer une synthèse pdf des échanges ;
- Trouver des professionnels dans l'annuaire ;
- Partager des documents ou photos.

2.1.2 SPICO Dossiers

SPICO Dossiers, déployé depuis avril 2021, est un outil de coordination des parcours complexes grâce à la mise en œuvre de dossiers patients / usagers partagés entre les professionnels de la prise en charge. SPICO Dossiers comprend :

- L'annuaire du cercle de soin (équipe de prise en charge, aidants, représentant légal, etc.) ;
- Le cahier de liaison dématérialisé ;
- La ligne de vie du patient : identification et suivi des parcours ;
- Des formulaires par thématique : administratif et social, médical, cadre de vie, le Plan Personnalisé de Coordination en Santé (PPCS)
- Le partage sécurisé de documents liés à la prise en charge du patient.

Des fonctionnalités ont également été prévues pour faciliter la coordination : un agenda partagé des professionnels et un tableau de bord intégrant les tâches et alertes pour les professionnels connectés.

La promesse de SPICO Dossiers est d'être un outil utilisé par les structures dédiées à la coordination mais également par tous les professionnels des secteurs impliqués dans la prise en charge des parcours complexes. Néanmoins, les niveaux d'accès aux informations contenues dans le dossier sont variables en fonction des métiers et des utilisateurs.

Au-delà de SPICO, un certain nombre d'outils sont proposés aux professionnels. Nous en décrivons ici les principales caractéristiques.

2.2 ViaTrajectoire

ViaTrajectoire est un outil national d'orientation permettant principalement aux médecins traitants d'orienter leurs patients vers une prise en charge dédiée. Actuellement, 4 types d'orientation sont intégrées dans ViaTrajectoire :

- ViaTrajectoire Sanitaire pour orienter en Soins de Suite et de Réadaptation (SSR), en Unité de Soins Palliatifs (USP) ou en Hospitalisation A Domicile (HAD) ;
- ViaTrajectoire Grand Âge pour orienter en EHPAD, Résidence Autonomie, Accueil de jour et Unité de Soins de Longue Durée (USLD) ;
- ViaTrajectoire TND (Troubles du Neuro-Développement) pour orienter vers les Plateformes de Coordination et d'Orientation (PCO) ;
- ViaTrajectoire Handicap pour orienter vers un établissement ou service social ou médico-social (ESMS). Ce service n'est pas disponible partout en France mais proposé, entre autres GRADeS, par e-santé Occitanie.

2.3 Médimail

Médimail est la messagerie sécurisée de santé déployée en Occitanie. Elle est intégrée dans l'espace de confiance MSSanté. Cet espace de confiance partagé assure l'interopérabilité entre les messageries de santé sécurisées. De plus, MSSanté protège la responsabilité des professionnels habilités à échanger des données de santé. Ainsi, utiliser une messagerie sécurisée doit permettre de préserver les données du patient dans le respect du secret médical, cadre posé par la CNIL et le Code de la santé publique.

Une version mobile est également disponible.

2.4 Téléo

Téléo est une offre régionale de télémedecine (téléconsultation, télé-expertise, télésoin) proposée par e-santé Occitanie aux PS de ville. Au-delà du volet télémedecine, Téléo comporte plusieurs autres applications répondant à différents usages comme le transfert d'imagerie, la gestion des urgences, la prise en charge d'une suspicion AVC, etc.

2.5 Mon Espace Santé

e-santé Occitanie promeut également l'usage de Mon Espace Santé à travers des actions d'information et de sensibilisation des PS par les animateurs territoriaux.

L'ensemble de ces éléments montre que le monde du numérique en santé a beaucoup évolué en peu de temps et continue de se structurer, la dernière Feuille de route du numérique en santé qui vient compléter ou corriger certains aspects de la Feuille de route précédente en est la preuve. Ces évolutions ne sont pas sans conséquence sur le travail des professionnels de terrain qui subissent également les transformations liées aux réformes de santé et à l'évolution des prises en charge.

Dans un contexte où la tension hospitalière est à son comble (crise des urgences, pénurie de soignants, conditions de travail difficiles, etc.), où la médecine de ville ne parvient plus à faire face aux demandes des patients (délais de rendez-vous de plus en plus longs, répartition inégale des médecins dans les territoires, pénurie de médecins ayant pour conséquence le renoncement aux soins d'une partie de la population), on peut aisément comprendre que celles et ceux qui font le travail de soin se sentent éloignés d'un écosystème qui se veut résolument tourné vers l'avenir et l'innovation alors que le présent des effecteurs de soin semble se ternir de jour en jour. En effet, si l'innovation en santé peut être porteuse de promesses pour l'avenir, les difficultés rencontrées par les professionnels peuvent engendrer chez eux un désintérêt, notamment pour les évolutions concernant le numérique en santé.

Comment le numérique transforme le travail des professionnels de terrain ? Comment le concevoir et l'implémenter de manière à soutenir l'activité plutôt qu'à la contraindre ? Le fait de disposer d'outils numériques considérés comme performants est-il le gage d'une meilleure qualité des soins ?

C'est ce que nous proposons d'étudier dans ce projet de recherche en l'abordant au travers des technologies numériques dans le soin à domicile.

Deuxième partie : Fondements théoriques et objectifs de la recherche

Cette partie présente les principaux fondements théoriques de la recherche. Nous détaillerons ensuite les objectifs, ainsi que les raisons qui ont conduit à réorienter et ajuster les objectifs et méthodes aux réalités du terrain.

I. Etat de l'art

1. Le soin à domicile

Le soin à domicile est un domaine peu investigué en recherche. Pourtant, il constitue un objet d'analyse central pour au moins trois raisons. D'une part, si la progression des offres de soins prodigués à domicile est jugée insuffisante, comme en témoigne le rapport de la Cour des Comptes de 2021²⁸, les besoins de prises en charge à domicile ne cessent d'augmenter, pour les raisons expliquées ci-dessus. D'autre part, le soin s'effectue dans la sphère privée, au sein d'environnements qui ne sont pas pensés pour prodiguer des soins. Enfin, la réalisation des soins à domicile requiert une coordination interprofessionnelle pour assurer des prises en charge de plus en plus complexes.

1.1 Une forme particulière de relation de service

Le soin est une forme particulière de situation de service où la production du service est vue comme une activité coopérative (Hoc, 1996) ou de co-production (Gadrey, 1994).

Nous parlerons de « patient » et non de « client » ou « d'utilisateur », dans la mesure où la notion permet de dégager un certain nombre de caractéristiques relatives à la position du patient, et ce faisant à la nature de la relation qui s'instaure entre lui et le professionnel de santé. En se basant sur des recherches en ergonomie, nous pouvons présenter quatre caractéristiques principales de la relation soignant-patient (Falzon & Lapeyrière, 1998 ; Cerf & Falzon, 2005)²⁹ :

- un objet de travail commun, en l'occurrence : la santé des patients.
- une relation de nécessité. Bien qu'elle soit initiée par le patient pour répondre à un besoin de prise en charge particulier, la relation est fondée sur une pathologie subie, et non sur un souhait personnel du patient, comme c'est le cas par exemple dans une agence de voyages. La nature de la relation est donc différente.
- une relation asymétrique, marquée à la fois par une forme de dépendance et une complémentarité qui font que l'objectif ne peut être atteint par l'un ou l'autre acteur pris isolément. En effet, si les soignants disposent de l'expertise nécessaire pour établir un diagnostic et définir l'attitude thérapeutique à adopter, les patients sont les seuls capables d'évaluer l'impact des traitements sur leur qualité de vie (Gafni *et al.*, 1998).

²⁸ https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2022-01/20220124-services-soins-domicile_0.pdf

²⁹ Afin de faciliter la lecture, nous utilisons la notion de « patient » pour signifier le patient et son entourage.

- une relation qui implique un travail de gestion des émotions, lié d'une part à l'impact psychologique de la pathologie sur le patient, et d'autre part à la gestion des émotions suscitées chez le soignant (Djaoui, 2011). Cet aspect est d'autant plus marqué lorsqu'il s'agit de pathologies chroniques.

Ces caractéristiques soulignent que soignants et patients disposent de connaissances et compétences propres, qui devront être intégrées afin de réaliser une prise en charge adaptée, c'est-à-dire qui donne satisfaction à l'ensemble des parties prenantes. Comme le souligne Hesbeen (2002), « *les ressources du soignant-expert ne s'opposent pas aux ressources de la personne soignée et de son environnement. Loin de les annuler, elles sont au service de la personne, elles viennent en complément de celles qu'elle-même peut mobiliser* » (p.35).

Le concept de soin renvoie à deux significations en français : *soigner* et *prendre soin* (Teiger, Cloutier et David, 2005) ou *faire le soin* et *prendre soin* (Hesbeen, 1999). Ces deux dimensions sont intimement liées dans l'activité. La dimension « soigner, ou faire le soin » fait référence au soin technique, ou *cure*. La dimension « prendre soin, ou *care* », consiste à « être attentif à une personne en vue de tenter de lui venir en aide dans la situation de vie particulière qui est la sienne » (Hesbeen, 2002, p.23). Pour Teiger *et al.* (op.cit.), elle comprend une activité relationnelle instantanée et une activité de veille attentive qui consiste à « évaluer l'état des patients (construire un modèle de l'autre en continu), pour ajuster l'action en cours aux réactions du patient et pour anticiper la façon dont pourra s'effectuer la suite des opérations. Elle exige le "sens de l'opportunité" (différente de l'opportunisme) » (p.195). Pour Molinier (2006), si le soin technique ou *cure* constitue la part visible et reconnue du travail, le *care* renvoie au travail invisible de l'attention portée à l'autre, un travail discret qui vise à ne pas déranger, à ne pas fatiguer.

Les soins à domicile comprennent les gestes et paroles visant le soutien, l'aide et l'accompagnement des personnes fragilisées ou dépendantes. Outre le traitement, la reconnaissance des symptômes et le diagnostic, ils font également référence aux tâches d'apprentissage, d'éducation à la santé et d'accompagnement. Les pratiques d'aide et de soin sont intentionnelles du fait de leur finalité : aider à maintenir en vie, à acquérir ou restaurer ses capacités ou son autonomie (Heyden & Mollo, 2013).

L'environnement du soin, quant à lui, donne un cadre qui fixe le moment et la manière de donner les soins. L'environnement du domicile présente des spécificités qui le différencient du soin hospitalier :

- les lieux de travail relèvent de la sphère privée et ne sont pas nécessairement adaptés au travail de soin, exposant les soignants à des risques (chaleur, salubrité, locaux inappropriés, équipements inadaptés, etc.)³⁰ ;
- les soignants doivent gérer simultanément le soin, la relation avec le patient et son entourage, la relation éventuelle avec d'autres professionnels ;
- la gestion permanente d'aléas qui rendent impossible une planification précise de l'activité ;
- la pénibilité des tâches. À domicile, la charge émotionnelle est d'autant plus forte que les soignants interviennent seuls et doivent gérer les angoisses des patients et leur entourage, la souffrance, voire la mort.

³⁰ <https://www.inrs.fr/metiers/sante-aide-personne/aide-domicile.html>

1.2 Une activité de coordination distribuée asynchrone

Le soin à domicile présente deux caractéristiques supplémentaires qui nécessitent un important travail de coordination afin d'assurer une continuité des soins répondant aux besoins de santé du patient tout en assurant l'efficacité et la sécurité des soins (Mollo & Falzon, 2008 ; Pernet, Mollo & Falzon, 2018).

D'une part, le soin est une situation « dynamique », dans le sens où l'état de santé des patients n'est pas complètement prévisible et peut évoluer indépendamment des actions que les professionnels exercent sur eux. De plus, les effets des actions peuvent présenter une multitemporalité (Pueyo et Millanvoye, 2004) : certaines actions ont des effets différés dans le temps ; et dans certains cas les soignants ne seront même pas certains de l'effet réel de leurs actions, ou ne pourront y accorder du sens que bien plus tard. Le soin apparaît ainsi comme un « *perpétuel pari sur l'avenir, à cause de l'incertitude qui l'accompagne* » (Claire-Louisor, 2004) : incertitude du diagnostic, de la prescription, de l'action.

D'autre part, le soin relève le plus souvent d'un travail collectif, et plus spécifiquement d'un collectif transverse (Motté, 2012), à savoir que la conception et la réalisation d'un soin impliquent l'intervention coordonnée d'une pluralité d'acteurs appartenant à un même métier ou à des métiers différents (Mollo, 2004 ; Nascimento et al., 2013). A l'hôpital, plusieurs soignants interviennent auprès d'un même patient, que ce soit au cours d'une même action, ou au cours des actions successives. Ces derniers ne peuvent donc pas « contrôler » en permanence tous les aspects de l'hospitalisation des patients dont ils ont la responsabilité. Dans le cadre du soin à domicile, la prise en charge des patients repose sur l'intervention d'une diversité de professionnels appartenant à différentes spécialités et différentes institutions (infirmiers, médecins libéraux, psychologues, kinésithérapeutes, pharmaciens, assistantes sociales, auxiliaires de vie...).

La coordination requiert d'importantes ressources communicationnelles afin que les professionnels se synchronisent sur le plan cognitif et opératoire (Darses & Falzon, 1996). La synchronisation cognitive participe à élaborer une représentation commune de la situation. Elle permet de s'assurer que chacun a connaissance de l'état du patient et de son évolution en temps réel, ainsi que des actions et décisions prises par chaque professionnel. La synchronisation opératoire, quant à elle, consiste à répartir les tâches entre les différents partenaires et à ordonnancer les actions à réaliser.

Cette coordination est d'autant plus cruciale et compliquée à organiser lorsque les professionnels ne partagent pas une même unité de lieu et/ou de temps. C'est le cas dans le soin à domicile en raison de la distribution des intervenants qui travaillent au sein de structures différentes, en des lieux différents, et selon des horaires qui peuvent varier également. Elle demande également beaucoup de temps : temps d'échanges, temps de transmissions, temps de rappels, etc.

Les technologies numériques peuvent alors constituer une ressource à l'activité individuelle et collective. Mais elles peuvent également constituer une contrainte si elles sont introduites sans tenir compte des conditions réelles de réalisation du travail (Cuny-Guerrier et Pierrette, 2023).

2. Des usages attendus aux usages effectifs : l'analyse de l'activité pour comprendre l'impact des technologies numériques sur le travail

L'invasion numérique dans le milieu de la santé n'est pas sans conséquence sur l'organisation et le travail de soin. Elle s'accompagne souvent d'une vision technocentrée, de "promesses technoscientifiques" (Joly, 2010, 2015) qui sont apportées comme des solutions clés en main pour répondre aux enjeux majeurs d'aujourd'hui et de demain : une meilleure coordination des soins sur les territoires, l'accès aux soins pour tous, une sécurisation des parcours, etc.

S'il est indéniable que le numérique a permis et contribuera encore à des avancées majeures dans le domaine de la santé, on ne peut exclure que l'introduction de nouvelles technologies, qu'elles soient numériques ou autres, transforme le travail. Aussi est-il important de comprendre le travail tel qu'il est effectué au quotidien pour mesurer les opportunités mais aussi les contraintes que ces technologies engendrent au quotidien pour les différents professionnels.

2.1 L'analyse ergonomique du travail

Le cadre théorique mobilisé dans cette recherche est celui de l'ergonomie de l'activité, qui place au cœur de sa démarche l'analyse de l'activité des hommes et des femmes au travail (Ombredane et Faverge, 1955). L'activité est la rencontre singulière entre une personne donnée et un contexte social, technique et organisationnel qui fixe le cadre au sein duquel le travail va se réaliser. L'analyse de l'activité consiste à observer des professionnels *in situ* en vue d'analyser ce qu'ils mettent en œuvre effectivement dans leurs contextes de travail (Leplat, 2006). L'activité réelle, ou effective, se distingue de la tâche prescrite, à savoir le but à atteindre dans des conditions déterminées par la hiérarchie, les procédures, l'environnement. Il y a toujours un écart entre le prescrit et le réel, que l'analyse de l'activité permet de comprendre.

Nous nous appuyons sur le modèle quadripolaire proposé par Caroly (2010) dans le cadre des situations de service pour caractériser la situation de travail dans laquelle se réalise l'activité (Figure 5).

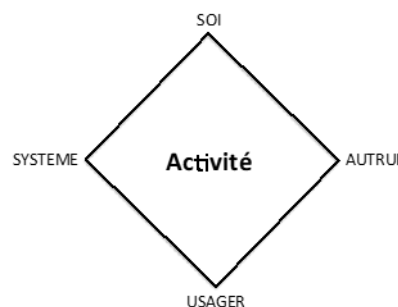


Figure 5 : Modèle des situations de travail (adapté de Caroly, 2010)

Selon ce modèle, l'activité est une interaction permanente entre quatre pôles de la situation de travail :

- Le pôle soi qui renvoie à la personne avec ses compétences, son expérience, les valeurs qui guident ses actions, son état physiologique et psychologique, son statut, etc.
- Le pôle système qui réfère au cadre structurel en termes d'objectifs attendus, de moyens disponibles (outils, équipements, procédures, temps de travail, etc.) ainsi qu'à l'environnement global et structurel.
- Le pôle autrui qui renvoie aux buts et exigences des différents collectifs d'appartenance (collègues de même métier, équipe inter-métiers, réseau de partenaires, etc.) ;
- Le pôle usager dans son acception large, comprenant les bénéficiaires du service (patient, client, citoyen, etc.) et leur entourage (aidants, famille, etc.), qui ont des attentes spécifiques et disposent de leurs propres buts et moyens.

Tout professionnel est ainsi engagé dans un triple rapport : un rapport de production (réaliser le travail demandé) ; un rapport à soi-même aux plans physique, cognitif, psychologique (préserver sa santé, etc.) ; un rapport aux autres : collègues, encadrants et usagers. Aussi, le travail n'est jamais une simple exécution, ni une reproduction à l'identique d'une action passée, parce que le système est variable (composition des équipes, état des moyens techniques, aléas, etc.), parce que les travailleurs sont variables (cette variabilité englobe la diversité des personnes et la variabilité propre à chaque personne : âge, expérience, état de fatigue, etc.), et parce que les usagers sont variables (les demandes et besoins différent d'un usager à l'autre, et pour un même usager tout au long de la production du service). Ainsi, un professionnel « est vu non comme celui qui effectue une tâche, mais comme le créateur de sa propre mobilisation, articulant en contexte exigences de la tâche et volonté de se préserver, de réussir et d'apprendre, régulant son activité en fonction des résultats qu'elle produit, tant du point de vue de l'atteinte des objectifs de la tâche que de ses effets sur lui-même et sur les collectifs » (Falzon, 2013, p.4).

2.2 Numérique et activité

Ce positionnement théorique a plusieurs implications concernant les liens entre numérique et travail.

D'une part, l'introduction de technologies numériques ne peut être vue uniquement comme l'octroi de ressources supplémentaires aux professionnels. Les technologies numériques transforment la situation de travail dans son ensemble. Elles structurent de façon plus ou moins importante l'activité des personnes, et peuvent être vues comme des formes de prescriptions qui s'ajoutent aux prescriptions déjà existantes. Dans le même temps, les usages de ces technologies ne peuvent être déterminés indépendamment des personnes qui les utilisent. Ils se construisent au travers de l'activité individuelle et collective, au regard des caractéristiques des personnes, de leurs perceptions face à l'introduction de telles technologies, mais aussi des conditions réelles dans lesquelles elles travaillent (pression temporelle, absence de réseau, etc.) (Bobillier Chaumon, 2003). Ainsi, les technologies numériques ne peuvent être évaluées indépendamment des situations dans lesquelles elles s'insèrent, de la perception et des usages qu'en font leurs utilisateurs.

D'autre part, l'approche ergonomique distingue la logique de fonctionnement, correspondant aux fonctions théoriques pour lesquelles une technologie numérique est conçue, et la logique d'utilisation, qui renvoie aux différents usages de la technologie en fonction des personnes et des contextes dans lesquels elle est déployée (Rabardel, 1995). La logique de fonctionnement renvoie au monde des concepteurs, alors que la logique d'utilisation renvoie au monde des professionnels utilisateurs (Béguin, 2010). Au-delà de la distinction entre les usages théoriques et les usages réels, cette distinction

souligne que la conception se poursuit dans l'usage, à travers deux niveaux d'apprentissage (Béguin, 2007a, 2007b). Un premier niveau correspond à l'appropriation par les professionnels du résultat du travail des concepteurs. Un second niveau d'apprentissage concerne l'appropriation par le concepteur du travail des professionnels, qui peut conduire à des ajustements et des évolutions de l'outil, à condition, comme le souligne l'auteur, qu'il puisse avoir accès et débattre de cette conception continue dans l'usage : « L'appropriation de l'artefact par les opérateurs produit une réponse qui peut valider, mais aussi invalider les hypothèses cristallisées des concepteurs véhiculées par l'artefact. L'appropriation constitue donc une source potentielle d'inattendus, d'interrogations nouvelles, et elle peut éventuellement conduire à remaniement, genèse, et à un « apprentissage second » chez le concepteur. A condition toutefois que cette réponse lui soit rendue disponible ; qu'elle ne reste pas intrapsychique mais qu'elle devienne interpsychique » (Béguin, 2010, p.109). Ces éléments mettent en avant l'importance d'analyser les usages comme moyen de développer la conception. La mise en place d'une démarche participative peut être un moyen de confronter ces différentes logiques afin d'aboutir à des pistes d'amélioration. L'analyse de l'activité est également un moyen de comprendre pourquoi et comment les technologies numériques sont ou ne sont pas utilisées, les opportunités qu'elles offrent mais également les difficultés qu'elles engendrent dans le travail au quotidien professionnels.

II. Objectifs et réorientation de la recherche

Le projet DoNuTS vise à comprendre le rôle joué par les technologies numériques dans le travail au quotidien des professionnels de santé intervenant à domicile, et leur place dans la collaboration et la coordination interprofessionnelle. La mise en œuvre de la recherche s'est heurtée à des difficultés qui ont conduit à revoir certains objectifs. Nous présentons ici les principaux objectifs de la recherche, ainsi que les ajustements opérés entre la démarche initialement prévue et la réalisation concrète sur le terrain.

1. Objectifs de la recherche

La recherche comporte deux objectifs principaux.

Le premier objectif est de **faire un état des lieux des différents supports numériques** que les professionnels ont à leur disposition, de leur(s) fonction(s) et de la perception qu'en ont les professionnels quant à leur utilité et leur utilisabilité (Bastien & Scapin, 1993) dans le cadre du soin à domicile. L'utilité indique l'adéquation de la technologie aux besoins de son utilisateur. L'utilisabilité renvoie au « degré selon lequel un produit peut être utilisé, par des utilisateurs identifiés, pour atteindre des buts définis avec efficacité, efficience et satisfaction, dans un contexte d'utilisation spécifié » (ISO 9241-11). L'efficacité correspond à la capacité de la technologie à atteindre le but attendu. L'efficience renvoie à l'effort demandé pour atteindre le but (plus l'effort est important moins l'usage est efficient). La satisfaction renvoie au ressenti global de l'utilisateur ; elle est également liée à l'utilité.

Le deuxième objectif est d'**analyser les usages d'outils numériques au cours de l'activité de travail** quotidienne des professionnels. Cette analyse vise d'une part à décrire les fonctions effectives que les outils permettent de remplir (coordination, synchronisation, traçabilité, etc.). D'autre part, elle a pour objectif de montrer l'impact du numérique sur :

- Les conditions de travail des professionnels : gagnent-ils du temps pour mieux investir la prise en charge au domicile des patients ? L'outil numérique constitue-t-il une ressource ou une contrainte à la réalisation du travail ? Quels impacts sur la charge de travail ? etc.
- La collaboration et la coordination interprofessionnelles : l'outil numérique facilite-t-il l'interdisciplinarité et la collaboration ? Permet-il la synchronisation cognitive et opératoire ? Favorise-t-il le lien social ?
- La relation et la prise en charge des patients : l'outil numérique est-il une ressource, un soutien, ou au contraire un obstacle à la dimension relationnelle du soin et à la prise en charge à domicile ?

L'hypothèse de départ est que les usages des outils numériques varient en fonction des professionnels, mais également pour un même professionnel en fonction des patients qu'il est amené à traiter (en fonction de l'âge, du type de pathologie, etc.).

2. Réorientation de la recherche

2.1 D'un projet participatif centré sur l'analyse des usages de SPICO au sein d'une CPTS...

La démarche initialement envisagée s'inscrivait totalement dans un objectif de recherche-action, à savoir « un processus dans lequel les acteurs sociaux ne sont plus considérés comme de simples objets passifs d'investigation, deviennent de plus en plus des sujets conduisant une recherche avec la collaboration de chercheurs professionnels. Ce sont donc les groupes sociaux concernés qui vont identifier les problèmes qu'ils veulent étudier, en réaliser une analyse critique et rechercher les solutions correspondantes » (Le Boterf, 1983, p.44). Pour ce faire, la méthodologie déployée était essentiellement participative, et consistait à impliquer activement les différents acteurs de terrain dans la conception et l'évaluation de toutes les étapes de la recherche, avec la connaissance et le pouvoir d'influencer le processus et les résultats (Wilson, 1991). C'est pourquoi le projet lui-même avait été conçu avec des professionnels de terrain et des représentants du bureau de la Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS) des Portes du Lauragais, ainsi que des représentants du Groupement d'Intérêt Public (GIP) e-santé Occitanie. Il visait à comprendre, au travers de l'outil SPICO, le rôle joué par les technologies numériques dans le travail au quotidien des professionnels intervenant à domicile, et leur rôle dans la collaboration et la coordination interprofessionnelle au sein de la CPTS. SPICO (Système de Partage d'Informations et de Coordination en Occitanie) est l'outil numérique choisi par e-santé Occitanie afin que tous les professionnels du sanitaire, du médico-social et du social disposent d'un même outil numérique régional pour simplifier et sécuriser les échanges d'informations, et coordonner les prises en charge.

Outre les objectifs présentés ci-dessus, le projet visait à mettre en discussion les résultats de nos analyses avec les professionnels et représentants institutionnels tout au long de la recherche, en vue de garantir la validation des données recueillies, de favoriser l'appropriation des résultats par les différents acteurs, de formaliser les besoins effectifs et d'engager, chemin faisant, une transformation des situations.

Dès juin 2022 (la recherche ayant démarré en avril 2022), nous avons observé une réelle difficulté d'accès aux PS du territoire, nos différents appels à participation ayant rencontré peu de succès malgré

des efforts répétés et le soutien de la secrétaire de la CPTS. Nos analyses ont abouti à deux explications majeures³¹.

D'une part, au démarrage de notre recherche, la CPTS des Portes du Lauragais était une association de préfiguration, qui n'a atteint sa forme définitive qu'en décembre 2022. La structure n'avait pas engagé d'actions relatives à son projet de soins, et ne disposait donc pas d'un niveau de maturité suffisant pour accueillir une recherche comme la nôtre et nous faciliter l'accès aux PS du territoire.

D'autre part, le sujet du numérique n'a pas rencontré l'intérêt de certains professionnels. Plus particulièrement, l'introduction d'un outil numérique déployé par e-santé Occitanie était jugée comme secondaire, voire comme une contrainte supplémentaire imposée et non choisie, qui les éloigne de leur cœur de métier qu'ils considèrent être la relation de soin.

Après plusieurs échanges avec le président et la secrétaire de la CPTS d'une part, les représentants de la DREES et d'autres chercheurs d'autre part, nous avons été amenées à réorienter notre projet et avons décidé d'élargir notre recherche à d'autres structures de soin.

2.2 ... à une recherche pluricentrique élargie aux outils numériques

Notre recherche avait à l'origine pour objectif, entre autres, de comprendre les usages de SPICO par les PS dans le soin à domicile et d'en évaluer l'impact sur leurs conditions de travail, sur la coordination interprofessionnelle et sur la prise en charge singulière des patients. Nous avons maintenu cet objectif, plus particulièrement en ce qui concerne SPICO Discussions, mais nous avons élargi notre recherche à d'autres outils, pas nécessairement proposés par e-santé.

Par ailleurs, nous sommes intervenues sur cinq terrains différents, de manière à croiser deux objectifs principaux :

- Analyser diverses formes de pratiques de soins à domicile de façon à comprendre les similitudes et spécificités, ainsi que la place du numérique. C'est ainsi que nous avons mené des analyses auprès de professionnels libéraux de la CPTS des Portes du Lauragais, au sein de trois services d'hospitalisation à domicile (HAD) et dans une Maison de santé Pluriprofessionnelle (MSP).
- Mener des analyses en miroir au sein de structures de soins à domicile similaires mais ayant des pratiques numériques différentes. C'est ainsi que nous avons conduit des observations et entretiens au sein de deux HAD : l'HAD de Montauban, qui ne dispose pas d'outil numérique spécifique, et l'HAD d'Albi ayant déployé un outil numérique dédié.

Enfin, nous avons maintenu notre relation de partenariat avec le GRADeS e-santé Occitanie et avons mis en place des réunions de suivi de notre recherche avec notre interlocutrice principale, animatrice territoriale sur la Haute-Garonne. Ces réunions, tenues à raison d'environ une par mois, avaient principalement pour objet des échanges concernant notre recherche et ses avancées, mais également un partage d'informations et de contacts. L'animatrice territoriale a été une ressource importante pour nous et a largement contribué à notre mise en relation avec d'autres personnes au sein d'e-santé Occitanie ou des professionnels impliqués dans la coordination des soins.

³¹ Nous présentons ici une synthèse des principaux arguments détaillés dans le rapport de mi-parcours.

Troisième partie : Terrains de recherche et méthodologie générale

Cette partie est consacrée à la présentation des terrains sur lesquels nous avons choisi de conduire notre recherche, ainsi que les principales méthodes déployées sur chacun des terrains. Le détail des méthodes par terrain sera présenté dans la partie suivante, consacrée aux résultats.

I. Terrains de recherche

La figure 6 situe les 4 terrains de notre recherche : une CPTS, 2 HAD, dont une comportant deux spécialités différentes, et une MSP.



Figure 6 : Localisation de nos terrains de recherche

1. Une Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS)

1.1 Cadre légal et missions d'une CPTS

Souhaitées par les professionnels de santé, et dans le cadre de la territorialisation de la politique de santé, la Loi de Modernisation de notre Système de Santé (LMSS) du 26 janvier 2016 a défini par ses articles L1434-12 et L1434-13 les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé³² (CPTS).

Une CPTS est créée à l'initiative de professionnels d'un même territoire qui souhaitent s'organiser autour d'un projet de santé pour répondre à des problématiques communes. Elle est composée de professionnels de santé du premier ou du second recours, d'acteurs médicaux-sociaux et sociaux, d'établissements de santé du territoire.

³² <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGISCTA000031917906>

L'objectif premier d'une CPTS est d'assurer une meilleure coordination de l'action des professionnels et de participer à la structuration des parcours de santé de la population du territoire afin de favoriser l'accès aux soins, de développer les parcours pluriprofessionnels et de renforcer le lien Ville-Hôpital.

Quatre missions socles sont retenues pour les CPTS :

- Organisation des soins non programmés et accès à un médecin traitant ;
- Organisation de parcours pluriprofessionnels ;
- Prévention ;
- Participation à la gestion de crise sanitaire.

Les actions en faveur de la qualité et de la pertinence des soins et de l'accompagnement des professionnels de santé sur le territoire constituent les deux missions complémentaires.

Le financement d'une CPTS se fait dans le cadre d'un Accord Conventionnel Interprofessionnel (ACI) signé avec l'ARS et l'Assurance Maladie, en prenant en compte, à travers des indicateurs négociés, l'atteinte des objectifs sur les missions précitées.

1.2 La CPTS des Portes du Lauragais

Nous avons développé notre recherche sur le territoire de la CPTS des Portes du Lauragais d'avril à septembre 2022.

Cette CPTS s'étend sur un territoire très vaste de 30 communes du sud-est toulousain et compte environ 130 membres, tous professionnels de santé confondus.

Les PS présents sur le territoire de la CPTS ont un statut libéral et travaillent soit seuls, soit au sein d'un cabinet médical, infirmier ou de kinésithérapie.

Au démarrage de notre recherche, la CPTS a un statut d'association de préfiguration et est en attente de la signature de l'ACI avec l'ARS et l'Assurance Maladie.

Les outils numériques utilisés sont choisis par les professionnels soit individuellement, soit avec leurs collègues s'ils sont plusieurs au sein d'un même cabinet.

Aucun système d'information ou messagerie instantanée sécurisée n'est commun aux professionnels membres de la CPTS.

2. Des services d'Hospitalisation A Domicile (HAD)

Nous avons mené notre recherche dans 3 services d'Hospitalisation A Domicile (HAD) publics, dont 2 à Montauban et 1 à Albi, dans les Centres Hospitaliers (CH) respectifs.

Les HAD prennent en charge des patients pour divers types de pathologies nécessitant un suivi régulier pour une période donnée, qui peut toutefois être régulièrement renouvelée. Les patients sont considérés comme hospitalisés, même si la prise en charge se fait à domicile, un EHPAD ou un

établissement social ou médico-social étant également considérés comme le domicile des patients. Les soins sont donc délivrés 24h/24 et 7j/7 par l'équipe de l'HAD, afin de garantir une continuité des soins du patient. Les PS se déplacent systématiquement au domicile des patients pour prodiguer les soins ou évaluer leur état de santé. Néanmoins, l'HAD ne disposant pas du personnel suffisant pour assurer un suivi de tous les patients, le service s'appuie sur les PS libéraux du territoire avec lesquels le CH signe une convention de collaboration. La prise en charge de chaque patient est alors répartie entre les PS de l'HAD et les PS libéraux. Ces PS libéraux sont d'ailleurs souvent déjà connus des patients. Dès l'admission, l'HAD devient l'interlocuteur privilégié du patient. Toutes les démarches concernant son parcours de santé sont effectuées par l'HAD et tous les professionnels intervenant au domicile du patient doivent adresser leurs factures à l'HAD. Ils deviennent en quelque sorte les prestataires de l'HAD.

Comme les hôpitaux et les cliniques, les établissements d'HAD sont des établissements de santé, soumis aux mêmes exigences de qualité et de sécurité, dont la traçabilité des actes et la sécurisation des données de santé des patients.

2.1 L'HAD de Montauban

L'HAD du Centre Hospitalier (CH) de Montauban comporte 2 services distincts : l'HAD somatique qui traite tous types de pathologies (dans le cadre prévu pour les HAD) et l'HAD psychiatrique qui se concentre sur le suivi de patients atteints de troubles psychiatriques. Ces deux services se trouvent dans les mêmes locaux au sein de l'établissement et partagent plusieurs ressources communes.

2.1.1 L'HAD somatique

Nous avons mené notre recherche au sein de l'HAD somatique de Montauban sur 16 journées réparties entre début janvier et mi-mars 2023.

L'HAD somatique dispose d'une autorisation de 30 lits délivrée par l'Agence Régionale de Santé (ARS). Le territoire couvert par l'HAD somatique comprend la moitié du Tarn-et-Garonne, l'autre moitié étant couverte par l'HAD de Moissac.

Ce service comprend 21 professionnels dont 5 partagés avec l'HAD psychiatrique.

L'HAD somatique n'a pas de système d'information propre et utilise le Dossier Patient Informatisé (DPI) du CH. Des dossiers papier sont constitués au sein du service pour le suivi des patients et un classeur de soins est laissé au domicile de chaque patient.
Les PS n'ont accès à aucun dossier numérique en mobilité.

2.1.2 L'HAD Psychiatrique

Notre recherche au sein de l'HAD psychiatrique a eu lieu sur 6 journées entre fin mars et mi-avril 2023.

L'HAD psychiatrique dispose d'une autorisation de 10 lits de la part de l'ARS mais au moment où nous avons mené notre recherche, les demandes d'hospitalisation à domicile étaient très nombreuses et l'HAD psychiatrique prenait en réalité une vingtaine de patients en charge.

Contrairement à l'HAD somatique qui n'intervient que sur la moitié du département du Tarn-et-Garonne, l'HAD psychiatrique intervient sur l'intégralité du département.

Ce service comprend 15 professionnels dont 4 partagés avec l'HAD somatique.

L'HAD psychiatrique n'a pas non plus de système d'information propre et utilise le Dossier Patient Informatisé (DPI) du CH. Des dossiers papier sont constitués au sein du service pour le suivi des patients, mais aucun dossier n'est laissé au domicile des patients.
Les PS n'ont accès à aucun dossier numérique en mobilité.

2.2 L'HAD d'Albi

Nous avons mené notre recherche au sein de l'HAD du CH d'Albi sur 20 journées entre mi-juin et fin octobre 2023.

Il s'agit d'une HAD somatique qui dispose d'une autorisation de 48 lits délivrée par l'ARS. Dans les faits, il arrive souvent qu'entre 50 et 52 patients soient pris en charge. Cette HAD couvre une zone correspondant à environ 1/3 de la superficie du département du Tarn.

Ce service comprend 27 professionnels.

L'HAD d'Albi dispose depuis 3 ans d'un logiciel dédié, MH Care, conçu pour les HAD. La pharmacie à Usage Interne (PUI) du CH utilise également MH Care pour les patients de l'HAD.
Ce logiciel n'est pas interopérable avec le DPI du CH.
Une tablette donnant accès au logiciel est laissée au domicile de chaque patient et une application mobile est disponible depuis 2022.
Lors de l'admission, un dossier comprenant des documents administratifs ou d'information est laissé au domicile du patient. Celui-ci ne contient aucune donnée de santé.

3. Une Maison de Santé Pluriprofessionnelle (MSP)

3.1 Cadre légal et missions d'une Maison de Santé Pluriprofessionnelle

La loi n° 2007 – 1786 du 19 décembre 2007 définit dans son article L6323-3³³ les Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP) et énonce qu'elles « assurent des activités de soins sans hébergement et peuvent participer à des actions de santé publique ainsi qu'à des actions de prévention et d'éducation pour la santé et à des actions sociales. Les maisons de santé sont constituées entre des professionnels de santé. Elles peuvent associer des personnels médico-sociaux ».

Une MSP est ainsi un établissement réunissant des professionnels de santé libéraux de soins primaires (de premier recours, éventuellement de second recours) d'une même zone géographique autour d'un projet de santé commun, témoignant d'un exercice coordonné et pluriprofessionnel autour d'une patientèle commune. Parmi eux figurent obligatoirement des médecins, mais on peut également y trouver d'autres professions médicales (sages-femmes ou dentistes par exemple), des auxiliaires médicaux (infirmiers, kinésithérapeutes, opticiens, pédicures-podologues, etc.) ou encore des pharmaciens ou des biologistes.

Cette équipe pluriprofessionnelle peut être amenée à accueillir d'autres professionnels du champ de la santé (psychologues ou ostéopathes par exemple), et travailler avec des établissements et services sociaux et médico-sociaux, des établissements de santé ou encore d'autres acteurs du territoire (éducateurs spécialisés ou associations d'usagers par exemple).

Une MSP peut être mono-site, hébergeant ainsi tous les professionnels dans les mêmes locaux, ou multisites.

Le projet de santé est défini et porté par les professionnels de santé libéraux et décrit les objectifs communs et les modalités d'amélioration du service aux patients. Il détaille par ailleurs la coordination pluriprofessionnelles sur le territoire.

Le financement d'une MSP se fait dans le cadre d'un Accord Conventionnel Interprofessionnel (ACI), est calculé et versé chaque année, en fonction de l'atteinte des objectifs sur lesquels la MSP s'est engagée. Ceux-ci sont répartis en 3 grands axes :

- L'accès aux soins
- Le travail en équipe et la coordination
- Les systèmes d'information

Le financement perçu dans le cadre de l'ACI est toutefois principalement destiné au financement de la coordination et de l'exercice pluriprofessionnel en général.

3.2 La MSP « La Bouyère »

Nous avons mené notre recherche au sein de la MSP « La Bouyère » sur 9 journées entre mi-avril et mi-juin 2023. Cette MSP monosite, située à Labastide Saint-Pierre dans le Tarn-et-Garonne, est constituée de 25 professionnels.

La MSP suit les patients d'un secteur qui couvre 8 villages en zone rurale dans le Tarn-et-Garonne. Sa file active est de 1 000 patients.

³³ <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGIARTI000017833749/2007-12-22>

Comme cela est prévu dans le cadre des missions des MSP, la MSP La Bouyère organise des Réunions de Concertation Pluridisciplinaire (RCP) d'1h30 par mois en y conviant les professionnels impliqués dans la prise en charge des patients du secteur (pharmacie, SSIAD, centre médico-social, DAC, dentistes, etc.).

Ce sont principalement les 5 IDEL de la MSP qui pratiquent des soins au domicile des patients. Certains MG font quelques rares visites à domicile et d'autres, pas du tout.

Les PS de la MSP disposent d'un logiciel commun qui comporte tous les dossiers des patients suivis au sein de la MSP. Ce logiciel est disponible en consultation en mobilité grâce à une application mobile. Seules 2 IDEL ont choisi de ne pas adopter ce logiciel et ont conservé leur logiciel métier précédent.

Par ailleurs, les PS de la MSP communiquent entre eux en utilisant divers fils de conversation de l'application Telegram.

II. Méthodologie générale

La démarche scientifique mise en œuvre dans cette recherche s'inscrit dans le champ de la recherche ancrée ou enracinée (Grounded Theory, Glaser & Strauss, 1967). Elle repose sur une approche qualitative et inductive. L'attention portée à ce qui émerge du terrain (ou des acteurs qui vivent les phénomènes) permet de découvrir des points de vue inédits, et implique que l'analyse se développe selon des questionnements qui proviennent du terrain et non des cadres théoriques existants (Guillemette, 2006).

La méthodologie proposée s'inscrit dans la tradition francophone de l'ergonomie de l'activité, qui repose sur une vision systémique et constructive : « L'activité résulte d'une construction personnelle à l'opérateur. Elle est le produit d'une interaction intelligente d'un opérateur avec les exigences de sa tâche, les contraintes de l'environnement » (Wisner, 1995). L'activité ne peut donc être analysée indépendamment du contexte dans lequel elle se réalise et de la personne qui en est l'auteur.

Par ailleurs, la méthodologie repose sur une triangulation des méthodes, dont l'objectif est de croiser des sources de données diverses afin de garantir la fiabilité des résultats. La figure 7 présente les différentes méthodes déployées et les objectifs recherchés.

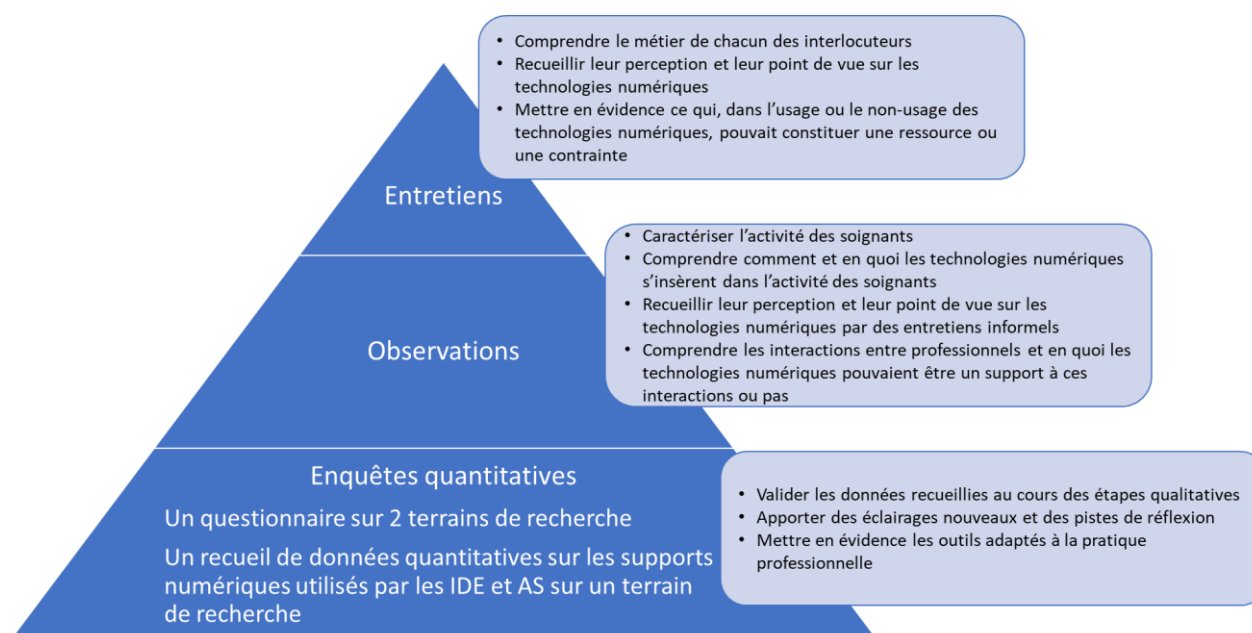


Figure 7 : Les différentes méthodes déployées au cours de notre recherche

Notre démarche s'appuie sur des méthodes ethnographiques pour mieux comprendre les différents aspects de l'activité des soignants observés, ceci afin de caractériser en quoi l'usage ou le non-usage de technologies numériques peut avoir des effets sur l'activité des professionnels. Une enquête quantitative par questionnaire a toutefois été développée sur 2 de nos terrains de recherche. En complément, nous avons procédé à un recueil de données quantitatives sur les supports numériques utilisés par les soignants sur l'un de nos terrains de recherche.

Les différents terrains sur lesquels nous avons mené notre recherche ne sont pas équipés avec les mêmes outils numériques et n'en ont pas les mêmes niveaux et objectifs d'usage.

Au-delà de nos terrains de recherche, nous avons également cherché à comprendre les différents contextes de déploiement et d'usage des outils numériques, à travers des entretiens avec des acteurs ayant des enjeux différents.

Enfin, un suivi régulier de notre recherche a été mis en place avec une animatrice territoriale d'e-santé Occitanie, partenaire de notre recherche dès la construction du projet.

1. Les entretiens

1.1 Avec des professionnels de santé

Au total, 27 entretiens individuels ouverts formels, d'une durée variant de 1 heure à 3 heures ont été conduits avec différents professionnels de santé. Ces entretiens avaient pour objectif d'une part de comprendre le métier de chacun des professionnels interrogés et d'autre part, de recueillir leur point de vue et leur perception sur l'impact de l'usage ou du non-usage des technologies numériques sur

leur activité et en quoi celles-ci pouvaient constituer une ressource ou au contraire une limite ou une contrainte dans le cadre de leur pratique.

Par ailleurs, du fait de nos points mensuels avec l'animatrice territoriale relatifs au suivi de la recherche, nous avons pu rencontrer d'autres acteurs en charge du déploiement de SPICO ou de son utilisation dans le cadre de la coordination des soins.

1.2 Avec des acteurs au sein d'e-santé Occitanie

Afin d'avoir une meilleure compréhension d'une part des différents outils déployés par e-santé Occitanie et d'autre part des acteurs concernés, nous avons pu mener deux entretiens d'une durée totale de 4h à plusieurs semaines d'intervalle avec un chargé de mission d'e-santé Occitanie, plus spécifiquement en charge du déploiement de SPICO auprès des CPTS. Ces entretiens ont également été l'occasion d'obtenir des informations sur le contexte et l'organisation de l'écosystème de santé sur l'agglomération toulousaine.

Nous avons également mené deux entretiens d'une durée totale de 5h avec l'animateur territorial d'e-santé Occitanie en charge du département du Tarn-et-Garonne (où se trouvent l'HAD de Montauban et la MSP La Bouyère). Ces entretiens nous ont permis d'avoir un aperçu des avancées, en particulier du déploiement de SPICO, sur ce territoire, et ont aussi été très utiles pour comprendre les enjeux des différents acteurs du territoire, utilisateurs ou non des outils d'e-santé Occitanie. Ainsi, un contact régulier avec l'animateur territorial a été établi afin d'obtenir des informations lorsque cela s'avérait utile et d'actualiser notre niveau de connaissances si besoin.

1.3 Avec des coordinatrices

Nous avons conduit 3 entretiens individuels avec les coordinatrices de différentes structures utilisant soit SPICO Dossiers, soit SPICO Discussions, soit les deux, afin de comprendre les apports de SPICO dans la coordination interprofessionnelle et des parcours de soins.

Un premier entretien a été effectué avec la coordinatrice de la CPTS du Nord-Aveyron, recrutée en tant que telle et travaillant à temps plein pour la CPTS. Cette CPTS a choisi d'utiliser SPICO Dossiers, plus particulièrement pour la coordination des parcours enfants dont l'objectif est d'organiser le dépistage et la prise en charge précoce des Troubles du Neuro-Développement (TND).

Nous avons également mené un entretien avec la coordinatrice de 4 MSP différentes situées à Rieux-Volvestre, Aurignac, Muret (en Haute-Garonne) et une MSP multisites dans le Tarn. La coordinatrice a un statut indépendant et a pour mission d'aider les professionnels de chacune des MSP qu'elle accompagne dans la mise en œuvre de son projet. Pour cela, entre autres actions, elle a choisi de déployer SPICO Discussions au sein des MSP et d'accompagner les professionnels dans son usage.

Enfin, nous avons mené un entretien avec une des coordinatrices de la Plateforme de Coordination et d'Orientation (PCO) de la Haute-Garonne. La PCO est une structure de coordination dédiée aux enfants de 0 à 6 ans atteints de Troubles du Neuro-Développement (TND). La PCO utilise SPICO Dossiers pour constituer les dossiers des patients et contraint les professionnels qui travaillent avec elle à utiliser SPICO Dossiers également.

La majeure partie des entretiens a été enregistrée puis retranscrite soit par les ergonomes, soit à l'aide du logiciel oTranscribe.

2. Les observations

Des observations ont été menées dans différentes structures et auprès de différents professionnels. Elles avaient pour objectif d'analyser l'activité des professionnels et comprendre comment et en quoi les technologies numériques s'inséraient dans cette activité. Ces observations ont également été l'occasion de mener des entretiens informels pour recueillir la perception et le point de vue des professionnels sur les technologies numériques et leur impact sur leur activité. Par ailleurs, au cours des observations, nous avons pu mettre en évidence les interactions entre les professionnels, issus d'un même collectif ou pas, et la place que les technologies numériques occupent dans ces interactions, ceci afin de caractériser la coordination médiée par les technologies.

Nous tenons à préciser que lors des journées d'observation, l'accord des patients sur notre présence a systématiquement été demandé et que, sauf de très rares exceptions, les patients ont favorablement accueilli notre présence.

3. Les enquêtes quantitatives

Deux enquêtes par questionnaires ont été conduites sur 2 terrains de recherche. Elles avaient pour objectifs d'une part, de recueillir la perception des professionnels sur les technologies numériques, d'autre part de valider les données issues des observations et enfin, de nous apporter, le cas échéant, des éclairages nouveaux et des pistes de réflexion.

Le recueil de données quantitatives sur les supports utilisés par les infirmières et aides-soignantes sur l'un de nos terrains de recherche avait pour objectif de mettre en évidence les outils les plus adaptés à leur pratique professionnelle.

L'ensemble de ces méthodes, détaillées ci-dessous, est représenté dans la figure 8.

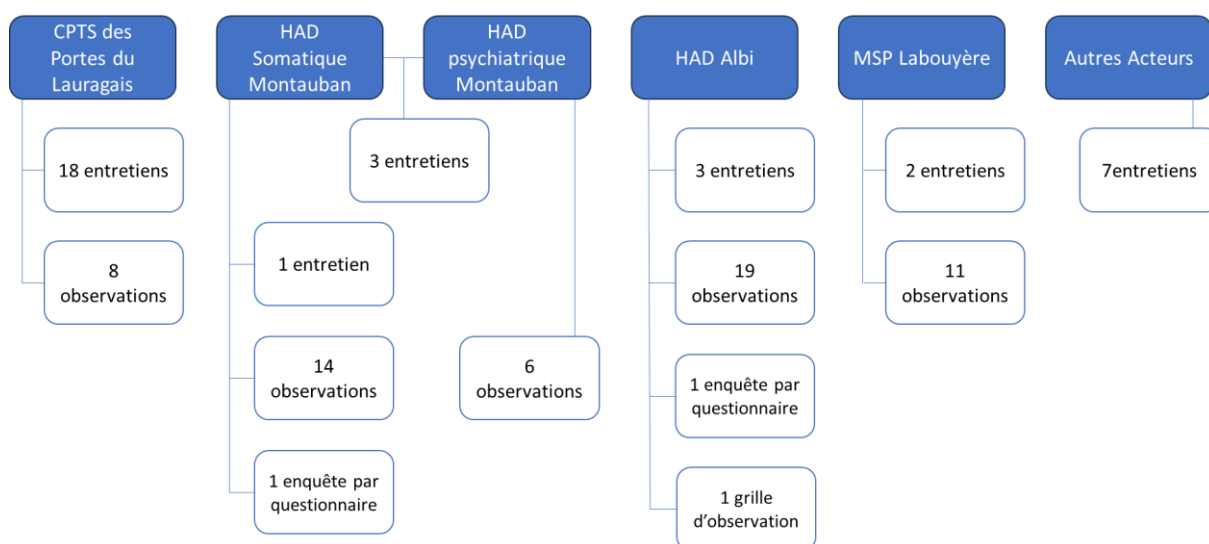


Figure 8 : Les différentes méthodes déployées par terrain

Quatrième partie : Méthodologie et résultats par terrain

Cette partie est consacrée à la présentation des résultats par terrain. Pour chaque terrain, nous décrivons la méthodologie déployée, l'organisation générale du travail ainsi que la prise en charge des patients. Nous développerons ensuite les supports à l'activité des soignants, qu'ils soient numériques ou pas. Enfin, nous analyserons la coordination interprofessionnelle en s'attachant à préciser les usages ou non-usages des outils numériques.

I. La CPTS des Portes du Lauragais

Au moment où nous avons développé notre recherche au sein de la CPTS des Portes du Lauragais, celle-ci envisageait d'utiliser SPICO comme outil de messagerie instantanée sécurisée commun aux PS du territoire, quels que soient les métiers concernés.

Nous avons ainsi orienté nos entretiens et observations sur les usages ou non-usages de SPICO, et plus particulièrement SPICO Discussions, tout en élargissant notre analyse aux outils numériques en général.

1. Méthodologie

La CPTS des Portes du Lauragais couvre un vaste territoire de 30 communes du sud-est toulousain et comprend environ 130 membres, principalement des PS libéraux travaillant soit seuls, soit au sein d'un cabinet.

En accord avec le bureau de l'association porteuse de la CPTS, nous avons sollicité les professionnels de santé (PS) du territoire, à plusieurs reprises et par différents moyens, afin de conduire notre recherche avec eux. Seules 16 réponses spontanées nous sont parvenues, dont 5 négatives. Parmi les professionnels ayant répondu positivement à notre appel à participation, 2 ont été écartés, ne répondant pas aux critères de notre recherche. Ces réponses ont donné lieu à 9 entretiens semi-directifs menés soit en présentiel, soit en distanciel, par visioconférence ou téléphone. Par ailleurs, 9 autres entretiens semi-directifs résultant de différentes démarches de notre part ont été menés. Ces 18 entretiens, majoritairement avec des médecins généralistes (MG) et des infirmières libérales (IDEL), ont donné lieu à 8 demi-journées d'observations.

Le tableau 1 précise les différents PS concernés par les entretiens et observations.

Entretiens	Observations
4 MG	1 MG
10 IDEL	4 IDEL
1 infirmière Asalée	
2 kinésithérapeutes	2 kinésithérapeutes
1 ergothérapeute	1 ergothérapeute

Tableau 1 : Les différents PS concernés par les entretiens et observations

2. La prise en charge des patients

Le soin à domicile se caractérise par l'intervention de plusieurs professionnels issus de différents métiers. Dans cette partie, nous nous concentrerons sur l'organisation coordonnée de la prise en charge et les supports à cette coordination.

2.1 L'organisation des soins

Le médecin généraliste a une place centrale dans l'organisation des soins et chaque PS se réfère aux ordonnances et instructions données par celui-ci, qui, sauf besoin spécifique ou sollicitation expresse d'un PS, ne rend visite au patient qu'une fois par mois, le plus souvent pour une visite de routine et un renouvellement d'ordonnance.

Les PS libéraux, en particulier les infirmières, dont l'activité a été observée, connaissent très bien leurs patients et leurs particularités et ont une connaissance incorporée des tâches à accomplir chez chaque patient. Chacun des IDEL a sa propre manière d'organiser ses tournées, en fonction des tâches prévues chez chaque patient, mais aussi des zones géographiques, pour optimiser les déplacements. La plupart utilise un carnet sur lequel est noté l'ordre de la tournée, carnet qui est consulté une ou deux fois dans la demi-journée pour s'assurer de n'oublier personne. Au besoin, des régulations sont opérées en cours de tournée. Les patients impactés par ces régulations sont alors informés par téléphone pour s'assurer de leur disponibilité.

Au-delà des tâches qui relèvent purement du soin, les PS ont développé une véritable relation avec leurs patients. Cette relation va parfois beaucoup plus loin que le « simple » soin et il existe, dans certains cas, une réelle relation de proximité entre soignants et patients. En particulier, les infirmières ont leurs « *patients préférés* » chez qui elles se sentent davantage à l'aise. C'est souvent chez ces patients qu'elles font leurs pauses : « *c'est ici que je me fais un café* » ; « *ici, tu peux aller aux toilettes si tu as besoin, c'est propre* ». Nous avons par exemple observé une infirmière allaitante qui, lors de sa pause au domicile d'une patiente, a tiré son lait et l'a rangé dans le réfrigérateur de sa patiente pour le récupérer en fin de journée.

2.2 Une diversité d'acteurs engendrant une diversité de formes et de supports de coordination

2.2.1 Une reconfiguration permanente des équipes de soins

Les professionnels intervenant au domicile d'un patient ne sont pas préalablement constitués en équipe. Le médecin traitant prescrit les actes qui doivent être pratiqués par les autres PS, mais il appartient au patient de choisir et contacter ces derniers, quels que soient leurs métiers. La notion même d'équipe semble donc incongrue dans le contexte libéral où les collectifs sont sans cesse recomposés en fonction des besoins de la prise en charge. En effet, selon les patients et les pathologies, les professionnels intervenant à domicile varient en nombre et en spécialité. Il arrive donc que les PS intervenant au domicile d'un même patient ne se connaissent pas, ce qu'exprime très bien un MG au sujet des PS concernés par la CPTS : « *pour se coordonner, il faudrait déjà qu'on se connaisse* ». En effet, le territoire géographique de la CPTS étant très vaste, les PS d'une zone ne connaissent pas ou très peu ceux d'une autre zone. Même si sur une même zone, les PS se connaissent souvent, cela n'induit pas nécessairement une démarche de coordination entre eux.

Il existe une réelle diversité de pratiques parmi les PS libéraux observés. La mise en place de pratiques communes de coordination semble alors complexe et la « coordination » se résume souvent à de rares informations renseignées dans le classeur de soins.

2.2.2 Le classeur de soins : un objet de liaison entre les divers intervenants au domicile

Lorsqu'ils se trouvent au domicile des patients, les PS veillent à dispenser les soins au patient tout en gérant leur temps de présence, sachant qu'ils ont d'autres patients à visiter dans un temps déterminé. Il s'agit alors que les informations les plus pertinentes concernant l'état de santé du patient soient accessibles, pour eux comme pour les autres PS.

Ainsi, le classeur de soins, conçu par les infirmiers, se trouve au domicile de la majorité des patients chroniques pour permettre d'une part le suivi régulier du patient et d'autre part, les échanges entre PS. Au-delà des feuilles de suivi sur lesquelles figurent les constantes et les actes pratiqués par date, on y trouve tous les résultats d'analyses, toutes les ordonnances et le cas échéant, les courriers concernant la santé du patient.

Néanmoins, les PS ne consultent ni ne renseignent systématiquement le classeur de soins. Par exemple, une infirmière qui ne fait que des soins d'hygiène au patient estime qu'il n'est pas nécessaire d'indiquer cette information à chaque passage. Elle coche donc une fois par semaine les cases « douche » de la feuille de suivi pour plusieurs passages.

Dans certains cas, les infirmières ont développé une astuce qui consiste à sortir une feuille en partie du classeur pour attirer l'attention du médecin sur une information qu'il doit connaître. Il s'agit là d'une forme de coordination qui ne nécessite pas de retour immédiat de la part du médecin mais qui permet de le tenir informé de l'évolution de l'état de santé du patient.

Il arrive, chez certains patients, qu'en plus du classeur de soins, un cahier de liaison soit mis en place pour permettre aux différents acteurs de laisser des messages destinés soit aux PS, soit aux aidants. Néanmoins, une kinésithérapeute souligne le fait qu'elle n'a pas de réponse à un message laissé à l'infirmière une semaine plus tôt. Ceci laisse donc penser que ce cahier n'est pas toujours consulté par tous les PS lors de leurs passages.

Le classeur de soins est également utile aux aidants professionnels (aides à domicile, auxiliaires de vie) ou non (famille, voisins, amis) qui y trouvent des informations leur permettant de venir en soutien au patient. Par ailleurs, les PS sont régulièrement en contact en présentiel ou par téléphone avec les familles des patients en perte d'autonomie.

Cette forme de coordination s'exonère de l'usage de tout outil numérique, en faisant fi de la sécurisation des données, mais permet d'impliquer et d'informer tous les acteurs intervenant dans le soin au patient, qu'ils soient PS ou non.

La variabilité des intervenants au domicile des patients (professionnels ou non) est telle qu'il semble difficile de développer un outil accessible à tous. Si tel était le cas, il y aurait nécessité, selon eux, de définir des protocoles très stricts d'usages afin d'éviter la multiplication des messages inutiles dans un outil de coordination partagé avec tous.

Dans l'immédiat, SPICO, comme tous les autres outils numériques, occulte la place des aidants autres que professionnels alors qu'on sait qu'un très grand nombre d'aidants se trouve dans la sphère familiale (8 à 11 millions de proches aidants selon le ministère des Solidarités et de la Santé) et que leur rôle est prépondérant dans le suivi des patients à domicile.

2.2.3 Les autres supports de partage d'informations

Au-delà du classeur de soins, d'autres outils sont utilisés par les PS pour échanger et partager des informations sur les patients.

La majorité des échanges a lieu entre un professionnel paramédical et le médecin mais il y a peu d'interactions entre professionnels paramédicaux de métiers différents. Les professionnels paramédicaux savent que les médecins sont le plus souvent surchargés et indisponibles, et ont assimilé cela comme une contrainte de l'activité des médecins, ce qui va déterminer une partie de leur propre activité et les amener à développer des stratégies pour se prémunir de l'indisponibilité médicale en garantissant la qualité du soin.

Dès lors, le type de communication et le support utilisé dépendent de la nature du besoin. Qu'il s'agisse des IDEL ou des kinésithérapeutes ou ergothérapeutes, les échanges avec le médecin se font par l'intermédiaire d'une note dans le classeur de soins ou d'un courriel si la situation ne présente aucun caractère urgent. Mais s'il arrive que l'un de ces PS ait besoin d'échanger rapidement avec le médecin, il lui téléphone ou lui envoie un message par SMS ou WhatsApp. L'utilisation du téléphone est dans la plupart des cas réservée à des situations d'urgence. Dans les autres cas, ce sont les SMS et WhatsApp qui sont privilégiés.

Les PS paramédicaux comme les MG ont bien conscience que ces échanges ne sont pas sécurisés mais lorsqu'ils ont besoin d'échanger rapidement, la sécurisation des données devient secondaire pour eux et ils se concentrent sur la situation de soin et la garantie d'une prise en charge efficiente.

Les kinésithérapeutes et ergothérapeutes plus particulièrement informent les médecins de l'état de santé du patient en leur envoyant des bilans de début de suivi et, le cas échéant, une fiche de synthèse en fin de traitement. Ces documents sont dans la majorité des cas envoyés par Médimail. Or, il semblerait que les médecins ne consultent pas souvent ces bilans, ce qui est vérifiable sur Médimail. Ces PS expliquent la non-lecture par le manque de temps des médecins mais continuent à les envoyer, puisqu'il s'agit d'une obligation réglementaire. Il s'agit là d'un cas typique d'usage d'un outil numérique qui est chronophage mais qui ne fait « que » répondre à des objectifs réglementaires alors qu'il n'a pas de sens dans l'activité des professionnels.

Ces PS n'ont par ailleurs pas ou très peu d'échanges avec les infirmières et s'organisent même pour ne pas se trouver au domicile des patients en même temps. Cette stratégie d'évitement est développée par les uns et les autres de manière à ne pas se gêner mutuellement. Mais s'ils se rencontrent de manière fortuite, ils n'hésitent pas à échanger rapidement sur le patient, chacun ayant son propre planning à respecter. Tout débordement dans ce planning représenterait du temps de soin en moins pour les patients.

2.2.4 Des professionnels impliqués dans la prise en charge mais non identifiés par l'outil numérique

Il arrive que les IDEL aient besoin d'obtenir une ordonnance de manière urgente de la part d'un médecin. Dans ce cas, ils s'adressent le plus souvent au secrétariat du MG puisqu'ils savent ce dernier surchargé et indisponible. La secrétaire médicale prépare l'ordonnance sur le champ et la présente au médecin pour contrôle et signature, ce qui permet aux IDEL de la récupérer en cours de tournée.

Il y a donc un écart entre les modes de coordination théoriques prévus par SPICO (entre IDEL et MG) et les modes de coordination réels (entre IDEL et secrétaire) qui répondent aux besoins de l'activité des IDEL. Les secrétaires médicales jouent un rôle prépondérant dans cette activité de coordination.

Pourtant, au moment de notre recherche, elles ne sont pas identifiées comme personnes ayant accès à l'outil.

De la même manière, les aides à domicile sont considérées comme des personnes ressources très importantes par les MG et les IDEL. Ce sont les professionnels qui passent le plus de temps auprès des patients et qui sont donc susceptibles de percevoir un changement dans leur état (général, de santé, mental, etc.) et de le rapporter aux PS. Les IDEL en particulier interagissent beaucoup avec les aides à domicile, comme avec les aidants familiaux. Ces interactions se font dans la majorité des cas oralement, au domicile du patient lorsqu'ils s'y trouvent en même temps, ou bien par téléphone. Cette situation est révélatrice d'une coordination effective, toujours avec le souci central du soin au patient. Or, au moment de notre recherche, les professionnels de l'aide à domicile n'avaient pas accès à SPICO.

Dès lors, il y a lieu de s'interroger sur les ambitions d'un dispositif numérique dont la promesse est de permettre la coordination entre tous les acteurs intervenant dans le parcours de soins du patient, et les possibilités et conditions réelles de son usage par ces mêmes acteurs, déjà soumis à des contraintes de diverses natures.

3. L'introduction de SPICO au sein d'un écosystème numérique et de travail

L'ajout d'un outil comme SPICO s'intègre dans un écosystème déjà en place, ayant ses propres outils et ses propres contraintes. Le rapport à l'outil ne peut alors pas être pensé indépendamment des outils existants et des exigences de l'activité de travail.

3.1 Une pluralité d'outils numériques déjà utilisés

Il existe sur le marché privé de nombreux logiciels destinés aux PS mais il serait très complexe de lister tous ces logiciels métier. En effet, il existe des logiciels dédiés aux différents métiers (médecins, infirmiers, kinésithérapeutes, etc.) avec des spécificités en fonction des métiers et des usages souhaités, certains logiciels pouvant être partagés, d'autres non. Certains de ces logiciels sont très complets et permettent aux PS de gérer tous les aspects de leur métier en intégrant l'agenda, les dossiers patients, les résultats d'examens ou bilans, la facturation, etc. (par exemple, Docorga).

A de très rares exceptions près, tous les PS libéraux du territoire de la CPTS sont équipés de logiciels métiers sécurisés, dont certains proposent une solution mobile qui leur permet d'avoir accès aux données de santé lorsqu'ils se rendent au domicile des patients. Il n'y a donc pas une attitude d'opposition vis-à-vis des outils numériques qui font partie intégrante de l'activité des PS libéraux à domicile. Le lecteur de Carte Vitale et le smartphone en sont les exemples typiques.

Le niveau de performance des outils numériques développés par les entreprises privées est jugé bien plus élevé que celui des outils proposés par e-santé Occitanie, notamment SPICO. Les PS libéraux étant soumis à une pression temporelle importante, ils attendent d'un outil numérique une efficacité leur permettant de gagner du temps : « *je ne suis pas là pour résoudre des problèmes informatiques* » nous dit un médecin généraliste en se référant aux difficultés techniques rencontrés avec les outils d'e-santé Occitanie.

Un grand nombre de PS affirme d'ailleurs préférer utiliser un outil payant et performant que gratuit mais chronophage et inopérant, ce qui était le cas de SPICO au moment où nous avons analysé le travail des PS sur le territoire de la CPTS des Portes du Lauragais. Dès lors, nous avons relevé un écart entre les présupposés d'e-santé Occitanie et la perception des acteurs de terrain puisque la gratuité, qui est

l'un des arguments avancés par e-santé Occitanie pour promouvoir SPICO, ne semble pas être un argument pertinent pour ces PS.

Par ailleurs, malgré l'exigence d'interopérabilité intégrée dans le Ségur du Numérique en Santé, il n'existe pas d'interopérabilité entre SPICO et les différents logiciels métiers, pas plus qu'entre ces logiciels d'ailleurs, ce qui représente une contrainte supplémentaire pour les PS qui se verraient obligés de procéder à une double saisie des informations en cas d'utilisation de SPICO.

3.2 SPICO : entre promesse technologique et réalité du travail

D'une manière générale, les PS libéraux sont conscients de la nécessité de sécuriser les données de santé des patients et y veillent. Toutefois, l'usage de SPICO entre en conflit avec d'autres exigences de l'activité, qui ne se limitent pas à la sécurisation.

D'une part, la sécurisation des données devient secondaire lorsque les PS ont besoin d'échanger en urgence. Dans ce cas, ce sont majoritairement l'appel téléphonique, le SMS ou WhatsApp qui sont utilisés, par nécessité d'avoir une réponse immédiate. Il s'agit là de situations de coordination, souvent entre 2 PS et non pas élargies à tous les professionnels impliqués dans le soin au patient. Les PS privilégient donc des outils simples et efficaces qui correspondent aux besoins de leur activité et qui permettent d'obtenir l'information nécessaire ou de joindre l'interlocuteur de manière rapide, pour servir l'objectif premier qui reste le soin prodigué aux patients.

D'autre part, pour servir un objectif de coordination sécurisée, il est nécessaire que tous les PS disposent du même outil numérique. Or, même si certains PS souhaitent utiliser SPICO Discussions, ils n'osent pas proposer l'outil à leurs collègues, ou bien se confrontent au refus de ceux-ci qui estiment qu'en tant que PS libéraux, ils n'ont pas besoin d'un outil numérique pour échanger tout en sécurisant les données. Lorsqu'une infirmière évoque la possibilité d'utiliser SPICO Discussions avec sa collègue, celle-ci lui répond tout simplement : « *oui, mais nous, on est un petit cabinet, on n'a pas besoin de ça* ». D'autres PS, et plus particulièrement les MG, préfèrent utiliser des plateformes privées et payantes car elles réunissent un panel plus large d'utilisateurs, à la différence de SPICO : « *étant donné que personne n'utilise SPICO, je ne vais pas l'utiliser tout seul* » nous dit un MG.

Par ailleurs, les PS considèrent SPICO comme une contrainte supplémentaire imposée par leur autorité de tutelle, ce qui génère le rejet de l'outil qu'ils assimilent à un outil de contrôle par l'ARS de leur activité médicale ou paramédicale. Ils revendiquent leur indépendance et la liberté d'organiser leur travail et de choisir leurs outils : « *dans infirmière libérale, il y a libérale ! Et si on a choisi de travailler en libéral, ce n'est pas pour que l'on* (sous-entendu l'ARS) *nous dise comment faire* ». Il existe également une certaine méfiance vis-à-vis de SPICO qui provient du fait que les autres outils numériques portés par e-santé Occitanie sont jugés peu performants et chronophages. Un médecin généraliste l'exprime d'ailleurs clairement : « *donnez-nous des outils qui fonctionnent et on les utilisera* » ou encore un kinésithérapeute : « *j'ai passé des heures au téléphone avec eux pour régler ce problème, mais ils n'y sont pas arrivés. J'ai fini par laisser tomber* ».

Enfin, l'utilisation d'un outil numérique (téléphone, tablette ou ordinateur) est perçue par certains PS comme une gêne physique, voire un obstacle à la relation entre eux et les patients. Le temps consacré à l'usage d'un outil numérique est déduit du temps consacré au soin, ce qui, selon certains, peut avoir un impact sur la qualité des soins.

On observe donc un écart entre l'objectif de l'outil et les besoins et usages réels des acteurs : SPICO est perçu par certains comme un facteur de contrainte liée à la sécurisation des données et non comme une ressource potentielle à l'activité et la coordination.

4. Synthèse

L'ensemble de ces résultats permet de mettre en évidence qu'au sein de la CPTS Les Portes du Lauragais :

- ❖ Les PS rencontrés n'ont aucune opposition de principe à l'égard du numérique, qu'ils utilisent quotidiennement à travers une grande diversité de logiciels métiers.
- ❖ Les PS ont conscience de la nécessité de sécuriser les données de santé.
- ❖ La composition des équipes intervenants au domicile varie selon les besoins des patients. Les professionnels libéraux appartiennent souvent à des structures différentes, ce qui rend la coordination et l'usage d'un outil numérique commun complexes.
- ❖ Lorsqu'une urgence survient, la relation directe par téléphone est privilégiée pour garantir une prise en charge efficiente du patient.
- ❖ SPICO n'a pas encore atteint un niveau de maturité suffisant et n'est utilisé que par très peu de PS, d'autant plus qu'il n'est pas accessible à tous les acteurs effectivement impliqués dans la prise en charge des patients, comme les secrétaires ou encore les aides à domicile³⁴. Dès lors, et malgré les efforts déployés par e-santé pour promouvoir l'outil, les PS n'y voient aucune utilité et ne trouvent pas d'intérêt à son usage.

³⁴ Depuis notre recherche, SPICO est accessible aux secrétaires et aux aides à domicile.

II. L'HAD somatique de Montauban

L'HAD étant un service du CH de Montauban, son organisation est largement dépendante de l'organisation et des décisions de l'établissement auquel il est rattaché, tout en obéissant à une réglementation dédiée. Son fonctionnement est en fait à mi-chemin entre celui d'un service hospitalier et la pratique libérale, plus particulièrement paramédicale, dans le sens où les IDE et AS ont la nécessité de se déplacer au domicile des patients pour réaliser leur travail, ce qui peut avoir un impact sur l'organisation individuelle et collective. L'équipe de l'HAD est en grande majorité constituée de professionnels ayant une expérience préalable dans d'autres services du CH.

L'HAD somatique ne dispose pas d'un outil numérique propre mais utilise le Dossier Patient Informatisé (DPI) du CH. Le DPI est la fonction d'un Système d'Information Hospitalier (SIH) qui a vocation à stocker l'ensemble des documents liés au parcours de soins du patient au sein de l'établissement.

Depuis 2021, l'HAD a choisi d'avoir recours à SPICO Discussions pour sécuriser les échanges entre PS mais a pour objectif de disposer d'un logiciel propre, conçu pour un usage en HAD.

Toutefois, l'usage du papier a encore une place prépondérante au sein de la structure.

1. Présentation du service et méthodologie

Le personnel de l'HAD somatique comprend :

- 1 médecin coordinatrice à temps plein
- 1 médecin chef de pôle (40%) + 1 médecin (60%) = 1 ETP
- 1 interne
- 2 infirmières coordinatrices
- 5 infirmiers : 3 femmes, 2 hommes
- 5 aides-soignants : 4 femmes, 1 homme

Elle partage également des ressources avec l'HAD psychiatrique : les 2 secrétaires, la cadre de santé, l'assistante sociale, et une psychologue qui travaille principalement pour l'HAD psychiatrique et qui peut intervenir auprès des patients suivis par l'HAD somatique sur demande de ses collègues.

Les infirmières coordinatrices (IDEC) occupent le poste de coordination en alternance 1 semaine sur 2. Les IDEC travaillent de 9h15 à 17h30 tous les jours, mais ne travaillent pas les week-ends.

Un infirmier (IDE) appelé « de jour » est également présent tous les jours de 9h à 17h. Ce dernier est plus particulièrement en charge des tâches ne nécessitant pas de déplacement au domicile des patients, par exemple la préparation des piluliers ou les commandes de médicaments. Néanmoins, en cas de nécessité, l'IDE de jour peut venir en renfort de ses collègues sur le terrain. En règle générale, ce poste est occupé par l'IDEC qui n'est pas sur le poste de coordination.

Les autres IDE travaillent en postes du matin ou de l'après-midi, soit de 7h à 14h45, soit de 13h30 à 21h15, sachant que l'IDE qui occupe le poste de l'après-midi assure également l'astreinte pour la nuit qui suit son poste jusqu'à 7h le lendemain matin. L'astreinte consiste à être joignable toute la nuit par téléphone et en cas de nécessité, se déplacer au domicile des patients.

Les 5 AS travaillent selon les mêmes horaires que les IDE.

En semaine, 1 IDE et 2 AS travaillent le matin, et 1 IDE et 1 AS l'après-midi.

Les samedis et dimanches, 1 IDE et 1 AS travaillent le matin comme l'après-midi.

Les médecins, quant à eux, travaillent en journée mais assurent une astreinte de nuit par téléphone. Ils sont donc joignables si besoin mais ne se déplacent pas au domicile des patients dans le cadre des astreintes. Si, à partir des éléments fournis par l'IDE, le médecin d'astreinte estime que la visite d'un médecin est indispensable, il est fait appel au SAMU.

Parmi les 19 salariés de l'HAD somatique (dont 5 en commun avec l'HAD psychiatrique) nous avons mené 4 entretiens et 14 observations.

Le tableau 2 précise les différents PS concernés par les entretiens et observations au sein de l'HAD somatique. Les observations des IDE et AS se sont déroulées sur une tournée complète du matin ou de l'après-midi, chaque tournée incluant systématiquement la réunion de transmissions du début d'après-midi. Les médecins ont quant à eux été observés en fonction de leurs disponibilités et des visites prévues ou non au domicile des patients. En effet, il arrive régulièrement qu'un médecin se rende au domicile d'un patient sans que cela ait été préalablement planifié.

Entretiens	Observations
Cadre	1 Secrétaire/2
Médecin coordonnateur	Médecin chef de pôle
Assistante sociale	Médecin coordonnateur
Infirmière coordinatrice	Médecin
	Cadre
	1 infirmière coordinatrice/2
	5 infirmiers/5
	3 Aides-soignants/5

Tableau 2 : Les différents PS concernés par les entretiens et observations

L'HAD somatique n'étant pas équipée d'un logiciel adapté à son fonctionnement, nous avons déployé une enquête par questionnaire afin de recueillir la perception du personnel sur l'impact qu'aurait un tel outil sur ses conditions de travail mais également sur la coordination interprofessionnelle et sur la prise en charge des patients. Le questionnaire, construit sur la base de nos entretiens et observations, comportait 28 questions. Au-delà des informations générales concernant les répondants, le questionnaire comportait 4 grandes thématiques : les supports adaptés, la fréquence d'usage en fonction des lieux où se faisait l'activité, les fonctionnalités qui seraient utiles à chacun des professionnels et les apports potentiels d'un logiciel dédié par rapport à l'existant. Il a été distribué à tous les professionnels et 15 salariés sur 19 y ont répondu.

2. La prise en charge des patients

L'HAD intervient auprès d'un patient uniquement sur demande d'un professionnel de santé, par exemple le médecin traitant, un spécialiste d'un service hospitalier ou encore une IDEL. Cette demande peut parvenir à l'HAD par ViaTrajectoire, fax ou messagerie électronique.

Elle est systématiquement étudiée par l'équipe de l'HAD, l'avis de la médecin coordinatrice devant être confronté à la capacité du service à travers les points de vue de la cadre et de l'IDEC.

2.1 L'admission

En fonction de la situation, une visite est faite à domicile ou dans le service d'hospitalisation par la médecin coordinatrice et l'IDEC pour évaluer la compatibilité de la demande avec une hospitalisation à domicile et décider s'il y a lieu de mettre du matériel spécifique en place (par exemple un lit médicalisé ou un fauteuil roulant). Il peut être demandé à la famille d'être présente lors de cette évaluation selon le niveau d'autonomie du patient.

Pour traiter de l'entrée du patient, l'IDEC entre en contact avec l'IDEL pour indiquer les soins à dispenser au patient et la répartition des tâches entre l'HAD et l'IDEL est définie de manière conjointe. Par exemple, si l'IDEL choisit de faire les toilettes, elles lui sont confiées, mais si ce n'est pas le cas, ce sont les AS de l'HAD qui vont les faire. Néanmoins, les chimiothérapies et les soins très techniques ne sont pas délégués aux IDEL. Ainsi, la prise en charge d'un patient relève d'une coordination nécessaire entre PS de structures différentes : d'une part, les PS de l'HAD et d'autre part, les PS libéraux, travaillant de manière individuelle ou en cabinet. Une fois la répartition des tâches définie, le projet de soins est créé par l'IDEC sur un support papier qui sera ensuite repris dans le DPI.

De son côté, la médecin coordinatrice crée le projet médical sur la base des éléments fournis par le demandeur et de ses propres observations en cas de visite à domicile préalable. Elle reprend également les prescriptions médicamenteuses ou d'examens du demandeur. Ces prescriptions seront ajustées pendant la durée de la prise en charge du patient en fonction de l'évolution de son état de santé. La médecin coordinatrice doit ressaisir tous ces éléments dans le DPI et sur le logiciel dédié à la Pharmacie à Usage Interne (PUI) pour ce qui est des prescriptions médicamenteuses. En effet, dans la mesure où il n'existe pas d'interopérabilité entre ViaTrajectoire et le DPI du CH, ce travail de ressaisie est indispensable quel que ce soit le mode de réception de la demande. Il ne peut pas être confié à une secrétaire, avec validation du médecin après saisie le cas échéant, car tous les médicaments prescrits ne sont pas disponibles à la PUI de Montauban. Il faut donc connaître les molécules pour pouvoir remplacer un médicament par un autre qui peut être fourni par la PUI.

Quant à la secrétaire, elle crée le dossier papier du patient ainsi que le classeur de soins qui sera laissé au domicile du patient. Ce classeur contient 13 types de documents différents dont le projet de soins. Le dossier patient est conservé à l'HAD sur la durée de la prise en charge du patient. Il contient un certain nombre de documents dont les courriers médicaux ou les fiches des stupéfiants administrés au patient. A la sortie du patient, tous les documents sont numérisés dans le DPI, puis détruits. La secrétaire prend également en charge les commandes de matériel nécessaire à la prise en charge du patient.

En parallèle, l'assistante sociale intervient si nécessaire, notamment pour la mise en place de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) et l'intervention d'Auxiliaires de Vie Sociale (AVS).

Ainsi, au moment de l'admission, tous les éléments sont prêts afin que chacun puisse intervenir auprès du patient.

2.2 La prise en charge à domicile

Les IDE prennent en charge les commandes de médicaments et dispositifs médicaux, préparent les piluliers et, avec l'aide des AS, préparent les caisses destinées à transporter tout le matériel nécessaire au domicile du patient. Une caisse est préparée à chaque passage chez un patient, permettant ainsi de disposer d'un stock suffisant de matériel au domicile. Pour procéder à la commande de médicaments, les IDE consultent la prescription médicale sur le DPI et transmettent les commandes à la PUI, le DPI et le logiciel de pharmacie étant interconnectés.

N'ayant pas accès au DPI sur un support numérique en mobilité, chaque professionnel consulte le DPI sur un ordinateur fixe de l'HAD avant de partir en tournée. Cette consultation permet d'une part aux AS et IDE de préparer le matériel nécessaire à la prise en charge des patients, et d'autre part aux IDE de vérifier les piluliers des patients, préparés en amont par l'IDE de Jour, par rapport aux prescriptions médicales se trouvant dans le DPI. Il s'agit donc d'un double-contrôle pour s'assurer qu'aucun médicament ne sera délivré au patient par erreur.

Avant de partir, le planning de la tournée, établi par l'IDEC, est imprimé par les IDE ou AS, de même qu'une feuille sur laquelle figurent les coordonnées de tous les patients suivis en HAD. Sur le planning, les noms des patients ne sont jamais indiqués intégralement pour préserver la confidentialité des données. Mais sur la feuille des coordonnées, on peut trouver le nom, l'adresse, le numéro de téléphone du patient et/ou de sa famille, le nom et les coordonnées du médecin traitant, le nom et les coordonnées des IDEL qui suivent le patient, etc. Ainsi, il existe un écart entre la nécessité de sécurisation des données privées des patients et la réalité du travail des soignants qui n'ont pas d'autres moyens à leur disposition pour accéder aux coordonnées des patients.

Au cours de leur tournée, les IDE et AS utilisent, pour la majorité d'entre eux, un support papier sur lequel ils notent les constantes du patient (a minima pression artérielle, température et saturation du sang en oxygène), le matériel manquant ou toute autre nouvelle information concernant la prise en charge, par exemple une modification d'un rendez-vous du patient. Certains IDEL n'utilisent pas de support papier : ils mémorisent les constantes de tous les patients visités au cours de leur tournée.

2.3 Le retour des PS à l'HAD

Les PS sont tenus, à chaque retour de tournée, de « faire les transmissions » sur le DPI accessible à partir d'un ordinateur fixe dans les locaux de l'HAD. Par « faire les transmissions », on entend d'une part, la validation des actes pratiqués au domicile du patient, d'autre part, l'indication des constantes de chaque patient, et enfin, la rédaction d'un commentaire apportant des précisions sur des éléments particuliers observés chez le patient.

Or, comme nous le fait remarquer une des médecins du service : *« je ne suis pas sûre que les transmissions des IDE soient lues par les médecins et vice-versa. L'essentiel des informations est communiqué lors des staffs, ça vient sûrement de la culture hospitalière. »* En effet, la rédaction des transmissions, souvent vécue comme une contrainte par les soignants, procède de la nécessité de traçabilité des actes, qui est respectée de manière beaucoup plus appuyée dans le contexte hospitalier que dans le contexte libéral. Cette contrainte est d'ailleurs exprimée par une AS lors de la rédaction

d'une transmission : *« je ne peux pas cocher toutes les choses qui se sentent. J'ai coché « Ecoute du patient ». Le côté humain, c'est pour ça que j'aime mon boulot. Et tout ça, c'est à cocher pour justifier et pour qu'on soit payé. »* Ce verbatim montre que les soignants privilégient la relation au patient par rapport à l'injonction de traçabilité qui leur est faite et met l'accent sur l'écart entre le point de vue gestionnaire qui exerce une forme de contrôle sur le travail des soignants, et le point de vue de ces derniers qui font le travail de soin et relationnel auprès des patients. Ainsi, à l'HAD, les AS apprécient de pouvoir consacrer le temps nécessaire à chaque patient, ce qui selon eux n'est pas le cas dans les autres services hospitaliers où le rythme de travail ne permet pas de créer une vraie relation avec les patients. Le fait de ne pas être soumis à une quelconque pression temporelle contribue non seulement à une meilleure qualité de prise en charge des patients mais également au bien-être et à la satisfaction des AS au travail. D'ailleurs, tous les AS observés nous ont confirmé ne pas vouloir quitter l'HAD car ils s'y sentent bien et peuvent faire un travail de qualité avec les patients.

2.4 Des espaces de coordination intra-HAD : les transmissions orales aux staffs

L'HAD, en tant que service du CH, est rompue aux pratiques hospitalières, notamment les réunions de transmissions.

Ainsi, une réunion de transmissions, que nous appellerons « staff » à l'instar des PS hospitaliers, est organisée tous les jours en début de journée en présence de la médecin coordinatrice, l'interne, la cadre, une secrétaire, l'assistante sociale, l'IDEC et l'IDE de jour. Ce staff a pour objectif de faire un point sur tous les patients suivis par l'HAD, d'informer le cas échéant des entrées et sorties (début et fin de prise en charge) programmées ou déjà effectives et d'envisager les actions à mener pour chacun des patients. Par exemple, c'est lors de ce staff que l'assistante sociale va prendre connaissance des patients pour lesquels elle doit intervenir ou informer ses collègues des démarches déjà effectuées. C'est également lors de ce staff que la secrétaire pourra, le cas échéant, exprimer ses difficultés à joindre un médecin pour une prise de rendez-vous pour un patient, ce qui pourra générer une action de la part de la médecin coordinatrice qui appellera directement son confrère.

Un deuxième staff est organisé en début d'après-midi. Celui-ci est animé par l'IDEC et réunit tous les soignants de la journée. La médecin coordinatrice ne prend pas part à ce staff mais se trouve dans la pièce contiguë et peut être sollicitée si besoin. L'un ou les deux autres médecins intervenant dans le service et l'interne peuvent être présents le cas échéant. Ce staff a principalement pour objectif la transmission d'informations entre les soignants du matin et ceux de l'après-midi. Ainsi, tous les patients vus dans la matinée par l'IDE ou les AS sont passés en revue, ce qui permet aux médecins de revoir la prise en charge d'un patient si cela s'avère nécessaire. Puis, les patients qui seront vus dans l'après-midi sont annoncés afin que chacun puisse communiquer les nouvelles informations dont il dispose. Par exemple, si la sortie d'un patient a été évoquée au cours du staff du matin, l'IDEC l'annoncera aux soignants au cours du staff de l'après-midi. Ainsi, tous les soignants présents ont le même niveau d'informations et chacun a connaissance des actions à mener.

La coordination et les régulations dans la prise en charge des patients se font donc au cours des staffs et ne sont médiées que par les échanges verbaux et non par un quelconque outil numérique. D'ailleurs, les PS n'utilisent aucun outil numérique au cours des staffs en dehors des smartphones sur lesquels ils peuvent éventuellement montrer des photos, par exemple de plaies, à leurs collègues. Si besoin, des informations sont notées sur des supports papier, comme l'agenda commun, appelé « la bible », sur lequel les IDEC ou les secrétaires notent les actions à venir, comme les dates des rendez-vous ou

d'examens des patients. Ceci leur permet, si nécessaire, d'organiser en amont le transport des patients vers les lieux de rendez-vous ou d'examens. La « bible » est un outil disponible pour et consulté par tous les soignants, ce qui leur permet d'avoir des repères pour organiser leur travail au quotidien en fonction des contraintes des patients.

3. Les supports à l'activité des professionnels

Le tableau 3 résume toutes les étapes du parcours d'un patient pris en charge à l'HAD somatique de Montauban et précise les différents supports utilisés. Toutefois, concernant le support papier, tous les documents créés et utilisés à l'HAD ne sont pas repris, par exemple le classeur dédié aux patients suivis pour une chimiothérapie qui contient toutes les ordonnances et un planning. Celui-ci, établi hebdomadairement par la secrétaire, est envoyé par Médimail tous les vendredis à la PUI, aux médecins de l'HAD et aux IDEC qui l'impriment pour insertion dans le classeur. Cela permet d'anticiper la préparation et l'administration des chimiothérapies pour la semaine suivante.

Les codes couleur distinguant chacun des supports (outils e-santé Occitanie, DPI, téléphone et papier) permettent de mettre en évidence la diversité des supports, ce qui implique pour les professionnels de naviguer entre différentes sources d'informations tout en gardant à l'esprit l'obligation de traçabilité et l'exigence de sécurisation des données.

	Etapas HAD	Supports								Lieux	
		ViaTrajectoire	Courriel (Médimail)	SPICO	DPI/pharma	Téléphone	Ordinateur (Internet)	Papier	Fax	HAD	Domicile
En amont de l'admission	Réception de la demande					Puis trace écrite du demandeur					
	Création d'une consultation fictive pour préadmission										
	Evaluation de la demande, visite préalable à l'admission si besoin									et service hospitalier	Si visite
	Discussion et prise de notes au staff du matin										
Lors de l'admission	Validation de la prise en charge										
	Courrier de préadmission										
	Création du dossier médical, observations, prescription										
	Ressaisie des ordonnances du médecin prescripteur										
	Mise en place du planning de prise en charge										
	Création du projet personnalisé de soin										
	Mise en place des AVS, suivi de l'APA (Alloc. Person. d'Autonomie)										
	Création du dossier patient dans SPICO										
Prise en charge du patient	Constitution du dossier papier du patient										
	Commande du matériel si besoin										
	Commande des médicaments à la PUI ou à une pharmacie de ville si besoin		Si pharma de ville		Si PUI	Si pharma de ville (Puis fax)			Si pharma de ville		
	Commande de stupéfiants si besoin							Carnet dédié			
	Préparation des caisses à partir du projet de soin										
	Préparation des piluliers										
	Préparation du classeur de soin										
	Commande de transport si besoin										
Chez le patient	Prises de rendez-vous si besoin										
	Vérification des piluliers										
	Contrôle des soins à effectuer et préparation du matériel le cas échéant										
	Signature des documents à la visite d'entrée										
	Récupération puis restitution des carte vitale et mutuelle si patient inconnu du CH										
	Dispensation des soins prévus										
	Prise de constantes							ou mémoire			
	Prises de photos de pompes ou plaies			rarement		Caméra du smartphone					
Retour à l'HAD	Prise en compte des demandes ou besoins des patients										
	Visite du médecin et ajustement du traitement si besoin				Modif de prescription			Classeur de soin		2	1
	Transmissions : validation des actes, report des constantes, commentaires										
	Enregistrement de la carte vitale et mutuelle si besoin										
	Bascule des photos du smartphone dans SPICO										
	Transmissions orales lors du staff										
	Bascule des photos de SPICO dans le DPI										
	Cotation des actes				Logiciel dédié						
Lors de la sortie	Constat du décès										
	Courrier de sortie/certificat de décès										
	Prescription de traitement ou matériel portée au domicile										
	Archivage du dossier SPICO (reste accessible)										
	Récupération du matériel et du classeur de soin										
	Numerisation dans le DPI puis destruction des feuilles du classeur										
	Numerisation dans le DPI puis destruction du dossier patient papier										
	Arrêt de la fiche de commande de matériel										
	Information aux PS libéraux pour arrêt de leur facturation à l'HAD										

Tableau 3 : Etapes du parcours patient et supports utilisés

Légende	
ViaTrajectoire	Téléphone
Médimail	Ordinateur
SPICO	Papier
DPI/Pharma	Fax

3.1 Un usage prépondérant du papier

Entre la demande d'admission et la sortie du patient, le fait de ne pas disposer d'un logiciel dédié engendre la création et le traitement d'un grand nombre de supports papier, et la ressaisie d'une importante quantité d'informations par différents professionnels de l'HAD.

Le tableau 3 montre par ailleurs qu'une grande partie des tâches est effectuée à l'HAD et non en mobilité. Le support papier est fréquemment utilisé par les professionnels, surtout au moment de la préparation et de la réalisation des soins à domicile.

Au-delà de l'aspect écologique et de la multiplicité des opérations nécessitées par le traitement papier, le fait de ne pas disposer d'un outil dédié à l'HAD, plus spécifiquement en mobilité, peut engendrer un risque d'oubli ou d'erreur, entre autres pour la traçabilité des actes qui est une nécessité dans le mode de fonctionnement hospitalier. Le manque d'un outil dédié peut également avoir un impact sur la coordination avec les professionnels libéraux et sur la qualité des soins, notamment dû au fait de ne pas disposer des informations en temps réel. Comme nous l'a affirmé la cadre : *« Et c'est vrai qu'avoir un DPI, donc un dossier de soins informatisé, qui permet par exemple la traçabilité en instantané, ce serait un rêve, parce qu'en fait, l'infirmier libéral y va, il trace ce qu'il a donné ou ce qu'il n'a pas donné et pourquoi. Moi en plus, ça m'envoie la facturation, ce qui est un détail bien pratique. Ce serait beaucoup plus simple que les feuilles que je reçois 3 mois après. En même temps, l'infirmier libéral a accès à la prescription, chose qu'il a aujourd'hui dans un classeur papier. Mais si par exemple la prescription est modifiée l'après-midi au staff, il aura la modification de prescription soit par téléphone si vraiment c'est urgent, soit avec un délai le temps que l'information arrive. Alors que si on a un dossier informatisé auquel le libéral a accès en instantané, ce serait prescrit et il recevrait une notification de changement de traitement pour le patient X ou Y. »*

Les médecins et les professionnels paramédicaux expriment également ce besoin à travers un souhait de disposer de tablettes pour gagner du temps, faire les prescriptions et transmissions directement au lit du patient et éviter les ressaisies, notamment des constantes, en ce qui concerne les IDE et AS.

3.2 Les supports numériques

Les professionnels de l'HAD utilisent 3 supports numériques principaux : le DPI, SPICO Discussions et le téléphone.

3.2.1 Le Dossier Patient Informatisé

L'HAD somatique ne dispose pas d'un outil numérique propre mais utilise le Dossier Patient Informatisé (DPI) du CH. Cela permet le partage d'informations médicales, la récupération des comptes rendus et la connaissance de l'historique des patients, ce qui est une ressource pour les soignants. Or, tous les patients suivis par l'HAD ne sont pas des patients du CH, ce qui peut représenter une contrainte quant à l'obtention d'informations concernant le patient pour lequel une demande a été formulée.

C'est ainsi qu'après réception par ViaTrajectoire d'une demande de prise en charge de la part d'un chirurgien exerçant dans une clinique toulousaine, la médecin coordinatrice a eu beaucoup de difficultés à obtenir des informations sur l'historique médical du patient et a dû joindre le service concerné par téléphone : *« j'appelle pour savoir ce qui est arrivé à ce monsieur parce que je n'ai pas l'info. »* Elle demande aussi les résultats des analyses bactériologiques *« parce que je ne les ai pas »* et le courrier de sortie *« parce que je n'ai rien. »* Or, tous ces éléments auraient dû se trouver dans la

demande ViaTrajectoire. Après plusieurs relances, elle finit par recevoir 7 courriels contenant toutes les ordonnances et prescriptions d'examen du patient.

Au-delà de la perte de temps liée à la recherche d'informations, cette situation montre que, malgré l'usage par le demandeur d'un outil national mis à disposition par e-santé Occitanie pour l'orientation des patients, les informations complètes ne sont pas parvenues à l'HAD. Nous émettons l'hypothèse que d'une part, le niveau d'usage d'un outil numérique peut varier en fonction des utilisateurs et d'autre part, que la complexité d'usage de ViaTrajectoire (dont nous ont fait état d'autres PS) et le temps nécessaire pour renseigner un dossier de manière complète ont pu empêcher le professionnel demandeur de dûment compléter le dossier. Par conséquent, le travail de recherche d'informations pour garantir la qualité des soins apportés au patient est reporté sur la médecin coordinatrice de l'HAD. Ainsi, l'existence d'un outil numérique n'est pas toujours un support à la coordination entre professionnels mais peut s'avérer être une contrainte, aussi bien pour l'émetteur que pour le récepteur.

3.2.2 SPICO Discussions : un usage limité à la sécurisation des photos

Avant 2021, les IDE et AS qui se déplaçaient au domicile des patients étaient dotés par le CH de téléphones portables qui leur permettaient uniquement de passer ou recevoir des appels téléphoniques ou d'avoir des échanges par SMS. Pour le suivi de certains patients, ils utilisaient donc leurs smartphones personnels, notamment pour prendre des photos de plaies ou de pompes de morphine.

Lors de son arrivée dans le service en 2021, la cadre, très sensible à la sécurisation des données de santé des patients et vigilante sur les aspects réglementaires, a souhaité sécuriser les échanges entre PS du service : « *du point de vue de la législation, ça me posait un problème qu'ils aient des photos non identifiées sur leurs téléphones.* » Afin de garantir la sécurisation des échanges et d'améliorer l'identitovigilance au sein du service, elle a donc plaidé pour l'usage de SPICO Discussions auprès de la direction du CH et a pu obtenir la fourniture d'un smartphone par poste. Depuis, chaque poste d'IDE, d'IDEC et d'AS dispose d'un smartphone. La cadre et les médecins (y compris l'interne) ont également chacun un smartphone. Il a donc été décidé que seul SPICO Discussions devait être utilisé pour les échanges écrits et l'envoi de photos, plus spécifiquement de plaies ou de pompes de morphine, entre professionnels de l'HAD.

L'objectif recherché en intégrant les photos de plaies et pompes dans un fil de discussion nominatif pour chaque patient est de pouvoir disposer, de manière sécurisée, d'éléments permettant de suivre l'évolution de l'état de santé du patient, et plus particulièrement pour les médecins de l'HAD, d'adapter les traitements des patients concernés à partir des éléments relevés sur les photos reçues, même si un complément d'information est apporté lors des staffs par les IDE et AS. Ainsi, le partage des photos permet une synchronisation cognitive entre tous les acteurs de la prise en charge qui auront un même niveau d'information sur l'évolution de l'état du patient. Il permet également une synchronisation opératoire en apportant les informations nécessaires aux médecins qui pourront alors prendre les décisions pertinentes quant à l'adaptation du traitement du patient. Enfin, il permet de répondre aux exigences réglementaires en garantissant la traçabilité des actes.

Or, il existe 4 principales contraintes qui font qu'il est difficile pour les PS d'utiliser SPICO systématiquement.

Premièrement, les PS sont amenés à intervenir dans des zones rurales où la couverture du réseau mobile n'est pas optimale et où la fonction appareil photo de SPICO peut ne pas fonctionner. Ils prennent donc les photos avec l'appareil photo de leur smartphone professionnel. En cas d'urgence,

ils envoient la photo par SMS au médecin. Sinon, ils attendent d'être revenus dans les locaux de l'HAD où ils disposent d'un meilleur accès au réseau pour charger les photos sur SPICO Discussions. Comme nous l'a dit la cadre : « *la mobilité, c'est bien mais outiller convenablement la mobilité, c'est beaucoup plus complexe.* »

Par ailleurs, le fait de recevoir une photo par SMS peut également représenter une contrainte pour la médecin coordinatrice. Nous avons en effet pu observer une situation où, après réception d'une photo de pompe de morphine de la part d'un IDE par SMS, la médecin coordinatrice s'est dite agacée que SPICO Discussions n'ait pas été utilisé. Elle a donc dû basculer la photo de son téléphone vers SPICO mais a exprimé la contrainte que cela représentait pour elle : « *au bout d'un moment, ça me fatigue de faire ce genre de choses.* » Cette situation montre bien que l'IDE a cherché à bien faire le travail qui lui était demandé, mais SPICO Discussions ne lui permettant pas d'envoyer la photo de pompe, il a choisi de l'envoyer malgré tout par SMS, reportant ainsi la tâche de basculer la photo dans SPICO Discussions sur la médecin coordinatrice, ceci générant par ailleurs une interruption de tâche pour cette dernière. L'injonction de sécurisation des données de santé se trouve donc confrontée à la réalité du travail des soignants qui, sur le terrain, n'ont pas la possibilité de s'y conformer.

Deuxièmement, les mises à jour régulières de l'application nécessitent une connexion Wi-Fi. Or, en tant qu'établissement hospitalier, le CH ne dispose pas de Wi-Fi, ce qui empêche donc les mises à jour. Il faut alors une intervention spécifique du service informatique du CH, ce qui nécessite des délais relativement longs et empêche un usage efficient de SPICO. Cette contrainte supplémentaire amène parfois les IDE à envoyer des photos par courriel à la cadre pour que celle-ci les intègre dans SPICO Discussions à partir de l'interface web dont elle dispose sur son ordinateur. Dans ce cas, même si le principe d'usage de Médimail est connu, les IDE utilisent leur adresse électronique personnelle qui, de fait, n'est pas sécurisée. En effet, les IDE et AS n'ont pas besoin d'utiliser la messagerie électronique dans leur pratique professionnelle quotidienne. Pour beaucoup, ils ne savent d'ailleurs pas s'ils disposent d'une adresse professionnelle de messagerie. Néanmoins, pour faire leur travail et transmettre les photos qu'ils estiment devoir partager, ils choisissent d'utiliser leur messagerie personnelle dont ils ont conscience qu'elle ne garantit pas la sécurisation des messages.

Troisièmement, SPICO n'est pas installé sur les smartphones des AS. Ils disent avoir reçu 2 courriels leur donnant les instructions pour l'installation de l'application, mais cela leur semble complexe. Ils estiment ne pas être en capacité de l'installer et souhaiteraient que la cadre prenne le temps nécessaire pour les aider à faire les manipulations nécessaires. Cela montre bien la nécessité d'un support et d'un accompagnement dans le déploiement et l'utilisation d'un outil, éventuellement à des niveaux variables en fonction des contextes et des personnes.

Enfin, le manque d'interopérabilité de SPICO avec le DPI du CH induit des contraintes dans l'activité des professionnels, en particulier les secrétaires. Même si les IDE intègrent quotidiennement les photos dans SPICO Discussions, l'exigence de traçabilité des actes oblige une secrétaire, environ une fois par semaine, à basculer toutes les photos de SPICO dans les dossiers patients figurant dans le DPI, et ce, du fait du manque d'interopérabilité entre SPICO et les DPI des établissements de santé. Ce manque d'interopérabilité représente alors une contrainte pour la secrétaire car cela lui amène une charge de travail supplémentaire qui n'aurait pas lieu d'être si l'interopérabilité était effective entre les outils.

Ces différentes contraintes font que les soignants n'ont pas intégré l'usage systématique de SPICO dans leur pratique professionnelle au domicile des patients, même si la cadre met l'accent sur l'intérêt

de SPICO pour répondre au besoin de sécurisation des échanges : « *nous, on se sert quand même beaucoup de SPICO parce que, abouti ou pas abouti, ça nous permet d'avoir un support sécurisé entre professionnels.* » Ainsi, les IDE n'utilisent pas spontanément SPICO chez les patients mais plutôt l'appareil photo de leur smartphone professionnel, voire personnel. Toutefois, de retour à l'HAD, ils pensent à basculer les photos dans SPICO Discussions. Cette opération est vécue comme une contrainte dans l'usage de SPICO par les soignants car elle est lourde et chronophage, leur ajoutant une charge de travail supplémentaire. Les soignants qui ont pris des photos lors de leur tournée s'en plaignent systématiquement, d'autant plus que le fait de basculer les photos de leur téléphone vers SPICO bloque l'usage du téléphone par ailleurs : « *c'est long !* » ; « *ça ne charge toujours pas !* » ; « *ça me prend la tête ce SPICO !* » Ainsi, les difficultés rencontrées dans l'usage d'un outil peuvent être à l'origine du rejet de celui-ci par les utilisateurs, ce que nous ont d'ailleurs exprimé plusieurs PS, comme un IDE qui nous dit : « *les outils numériques, c'est bien quand ça fonctionne.* » L'exemple figurant dans l'encadré ci-dessous illustre le manque d'utilisation spontanée de SPICO.

Lors d'une visite au domicile d'un patient pour changer le pansement complexe d'une plaie, un IDE utilise son smartphone professionnel pour prendre une photo de la plaie. Nous lui demandons alors pourquoi il n'utilise pas la fonction appareil photo de SPICO Discussions. Tout en nous disant qu'il n'y avait pas pensé, il ouvre l'application SPICO et parvient à prendre la photo directement dans SPICO. Il nous fait toutefois remarquer que nous nous trouvons dans une zone périurbaine où la couverture du réseau est plutôt bonne mais que la prise de photo directement dans SPICO Discussions n'aurait pas pu se faire dans une zone rurale.

Cet exemple montre bien que les écueils rencontrés par les professionnels ne leur ont pas permis de systématiser l'usage de SPICO lorsque nécessaire. Ils ont ainsi développé des stratégies pour répondre aux objectifs de leur métier – dans le cas présent tracer l'évolution de la plaie – tout en faisant abstraction de l'outil dont l'une des promesses est de faciliter la coordination et le partage d'informations.

Ces résultats font apparaître que l'usage de SPICO est essentiellement limité à l'intégration de photos. En effet, peu de discussions instantanées ont lieu entre professionnels sur SPICO Discussions. Or, parmi les fonctions de l'outil, la messagerie instantanée est celle qui est le plus mise en avant par e-santé Occitanie. Le peu d'usage de SPICO Discussions comme outil de messagerie instantanée au sein de l'HAD peut être expliqué par le fait que l'équipe de soignants n'est pas géographiquement distribuée. Etant donné que les soignants se retrouvent dans les locaux de l'HAD plusieurs fois par jour, cela leur permet d'avoir des échanges verbaux formels (lors des staffs) ou informels (à tout moment de la journée lorsque le besoin s'en fait sentir) pour réguler l'activité collective et se coordonner pour la prise en charge des patients alors que des équipes distribuées et distantes n'ont pas cette possibilité.

Dans le cas où les échanges devaient être médiés par SPICO Discussions afin de supporter la coordination à distance, que ce soit entre les PS de l'HAD ou avec les PS libéraux, les professionnels affirment qu'il y aurait lieu de cibler les informations transmises afin de maintenir un niveau de pertinence permettant à tous d'accéder facilement aux informations essentielles.

Cette remarque nous amène à penser que dans le cadre de l'usage d'un outil numérique à des fins de coordination, il y a lieu de définir un cadre d'usage commun prenant en compte les attendus de chacun afin de garantir une meilleure qualité de prise en charge des patients par tous.

3.3 Le téléphone

Le téléphone reste l'outil privilégié par tous les professionnels, que ce soit pour se coordonner (par exemple lorsqu'un IDE et un AS doivent se retrouver au domicile d'un patient), pour réguler l'activité (par exemple quand un soignant doit revenir à l'HAD pour récupérer un traitement ou un matériel à porter d'urgence chez un patient) ou pour adresser une question, plus particulièrement à l'IDEC ou à la médecin coordinatrice (par exemple sur la conduite à tenir avec un patient dont l'état de santé a évolué). Il permet de répondre aux besoins de régulation constante de l'activité comme l'illustre l'exemple ci-dessous :

Au cours d'une tournée, un IDE doit retrouver une IDEL au domicile d'une patiente dont les soins nécessitent la présence de 2 soignants. Pendant le trajet, l'IDEL appelle l'IDE pour lui annoncer qu'elle a un empêchement et qu'elle ne pourra être présente à l'heure prévue. L'IDE appelle alors l'IDEC pour l'en informer. L'IDEC lui indique qu'elle va demander à une AS de le rejoindre au domicile de la patiente. L'AS se voit donc obligée de réguler sa propre activité en modifiant sa tournée afin de rejoindre son collègue. Les deux mêmes soignants de l'HAD doivent se retrouver en fin de tournée au domicile d'un autre patient. Or, l'AS, du fait de sa régulation précédente, a pris du retard dans sa tournée. Elle se trouve très loin et doit parcourir un trajet trop long pour pouvoir retrouver son collègue à temps. Elle appelle donc l'IDE pour lui en faire part. Celui-ci appelle à son tour l'IDEL du patient qui en principe, doit passer au domicile du patient après le passage de l'équipe d'HAD et lui demande s'il a la possibilité de le rejoindre, ce que l'IDEL accepte.

Le téléphone a ainsi été utilisé à plusieurs reprises pour la coordination, soit entre professionnels de l'HAD, soit avec des PS libéraux, de manière à garantir la prise en charge programmée de tous les patients.

Par ailleurs, les IDE utilisent leur téléphone personnel en complément du téléphone professionnel afin de répondre aux exigences de leur activité. En effet, ils utilisent le plus souvent leur téléphone personnel pour le GPS ou faire si besoin une recherche sur Internet, ce qui permet de garder le téléphone professionnel toujours disponible pour rester joignables soit par l'HAD, soit par les IDEL comme dans l'exemple ci-dessus.

4. La coordination avec les professionnels hors HAD

L'HAD travaille de manière récurrente avec d'autres PS, dont une très grande majorité d'IDEL avec qui la prise en charge des patients est partagée. Les échanges se font essentiellement par téléphone, même si la cadre est les IDEC font un travail de sensibilisation des PS libéraux à l'usage de SPICO.

4.1 Le téléphone : principal outil de coordination

Lors de la prise en charge d'un patient, l'IDEC contacte l'IDEL ou le cabinet infirmier désigné par le patient ou par défaut, celui qui est le plus proche du domicile du patient, afin de mettre en place la répartition des soins entre HAD et IDEL. Ce premier contact se fait toujours par téléphone. Ensuite, sur la durée d'hospitalisation du patient, la majorité des échanges entre professionnels de l'HAD et professionnels libéraux a lieu par téléphone, jusqu'à l'appel de l'IDEC informant de la sortie d'HAD du patient. Les PS déclarent qu'il s'agit de l'outil le plus efficace et le moins chronophage comme illustré dans la situation ci-dessous.

Au moment de sa prise de poste, l'IDE du matin croise l'IDE qui était d'astreinte la nuit précédente. Cette dernière l'informe qu'elle a été appelée 2 fois dans la nuit au chevet d'un patient en fin de vie qui se plaignait de très fortes céphalées, et qu'elle a fini par soulager les douleurs du patient. L'infirmière d'astreinte demande alors à sa collègue d'informer l'IDEL qui suit également le patient de l'évolution de son état de santé.

Plus tard dans la matinée, l'IDE du matin téléphone à l'IDEL avant son heure de passage chez le patient pour lui donner les dernières informations sur l'état de santé de ce dernier.

4.2 Une absence d'outil commun qui empêche une coordination sécurisée

La cadre et les IDEC tentent de convaincre les IDEL d'utiliser SPICO Discussions comme outil de coordination. La cadre les contacte à chaque début de prise en charge commune et leur indique la procédure de connexion à SPICO Discussions en leur adressant un courriel détaillé. Etant donné le caractère chronophage de cette tâche pour la cadre, l'animateur territorial d'e-santé Occitanie lui a proposé de contacter les IDEL pour les encourager à l'usage de SPICO Discussions et les soutenir pour mettre en place la première connexion qui est assez complexe et nécessite des étapes de validation qui peuvent paraître longs aux IDEL et les démobiliser. La cadre communique donc les coordonnées des IDEL à l'animateur territorial d'e-santé Occitanie qui prend ainsi le relais de l'action de sensibilisation à SPICO.

Selon la cadre, les PS libéraux qui utilisent SPICO Discussions avec l'HAD se disent satisfaits de l'outil qu'ils considèrent comme un « *WhatsApp sécurisé* » et qu'ils trouvent simple et fluide. SPICO est ainsi jugé utile par ces IDEL comme par la cadre de l'HAD.

Néanmoins, cette dernière affirme qu'il y a « *un problème assez prononcé d'adhésion des libéraux.* » Selon elle, les professionnels libéraux ne refusent jamais l'usage de SPICO lorsqu'elle les contacte, mais dans les faits et malgré plusieurs relances, peu d'IDEL s'emparent de SPICO Discussions et développent des usages réguliers de coordination avec l'HAD à travers cet outil. Or, l'HAD a adopté, depuis plusieurs années, un mode de fonctionnement avec les IDEL qui semble être satisfaisant pour la majorité des

acteurs, à savoir qu'en cas de nécessité, ils privilégient le téléphone. La demande que l'HAD adresse aux IDEL d'utiliser SPICO, sans qu'un accompagnement sur la durée soit mis en place, peut alors amener ces derniers à percevoir l'usage de SPICO, en plus de leur propre logiciel métier, comme une contrainte, ce qui peut être à l'origine du manque d'adhésion à l'outil.

L'analyse des 15 derniers fils de discussion sur SPICO Discussions (chaque fil de discussion correspondant à un patient) a permis de relever des photos de plaies ou pompes de morphine, et uniquement des messages rédigés par les IDE de l'HAD en lien avec les photos. Un seul des fils de discussion comportait un message de la part d'une IDEL. Il s'agissait en fait de la liste du matériel dont elle avait besoin pour la prise en charge du patient. Nous n'avons par ailleurs observé aucun échange soit entre PS de l'HAD, soit entre PS de l'HAD et IDEL sur SPICO.

Ainsi, pour qu'un outil de coordination puisse remplir la fonction pour laquelle il a été conçu, il faut a minima que toutes les personnes impliquées dans la prise en charge du patient disposent de l'outil et aient la volonté de l'utiliser, ce qui n'est pas le cas ici.

Le fait que SPICO Discussions soit utilisé avec certains IDEL ou cabinets d'IDEL mais pas avec d'autres ajoute de la complexité dans le fonctionnement commun, sachant que les usages varient également entre les IDEL. Par exemple, certains IDEL envoient systématiquement des photos de plaies ou pompes comme l'HAD le leur a demandé, mais il arrive qu'au sein d'un même cabinet, d'autres IDEL n'envoient pas ces photos. Ainsi, pour l'HAD, et plus particulièrement les IDEC, il s'agira de régulièrement répéter aux IDEL la nécessité d'envoyer ces photos pour une meilleure prise en charge des patients.

Cette diversité d'usages ou de non-usages générant de la complexité dans le travail peut alors aboutir au rejet de l'outil numérique.

Par ailleurs, la sécurisation des données de santé ne fait pas partie des priorités des soignants qui privilégient les moyens les plus simples dont ils disposent pour traiter un cas urgent, comme l'illustre la situation observée ci-dessous :

La médecin coordinatrice reçoit par SMS des photos d'une plaie (envoyées par un IDE) d'un patient opéré peu de temps avant d'une prothèse de genou. Les photos montrent de toute évidence une prothèse infectée. Elle charge l'interne de prendre contact avec le chirurgien qui a opéré le patient dans une clinique montalbanaise. Le chirurgien n'étant pas présent à la clinique ce jour-là, l'interne obtient son numéro de téléphone portable et l'appelle. Le chirurgien lui demande de lui envoyer les photos de la plaie, ce qu'elle fait par SMS et à partir de son téléphone personnel, sans toutefois nommer le patient par écrit. Après réception des photos, le chirurgien répond qu'il doit réopérer le patient 48h plus tard et demande à l'interne de préparer l'hospitalisation du patient en faisant faire un examen biologique et un test covid-19. La médecin coordinatrice, l'interne et l'IDEC semblent très satisfaites de l'action menée et du résultat obtenu, dans l'intérêt du patient.

Ainsi, lorsqu'un cas urgent et important se présente, la sécurisation des données passe au second plan au profit d'une prise en charge rapide du patient. Néanmoins, l'interne a pris la précaution de ne pas utiliser le nom du patient par écrit, mais elle a utilisé son téléphone personnel sur lequel les photos vont se retrouver. Il est d'ailleurs fort probable que le chirurgien ait aussi utilisé un téléphone personnel. A la fin des échanges avec le chirurgien et une fois le résultat obtenu, l'interne nous confirme que tous les médecins sont bien conscients de la nécessité de sécuriser les données des patients mais que personne ne respecte cette obligation, tout simplement car il existe, selon eux, des solutions plus simples, rapides et accessibles comme le SMS et WhatsApp.

5. Vers un logiciel dédié à l'HAD

Consciente de la nécessité d'améliorer son fonctionnement, l'HAD somatique a pour objectif, en 2024, de se doter d'un système d'information propre, dédié à l'HAD, avec une possibilité d'interopérabilité avec le DPI du CH. Cet investissement a été validé par le CH.

L'HAD du CH de Montauban travaillant en étroite collaboration avec l'HAD du CH de Moissac, les deux services ont souhaité se doter du même outil afin de favoriser les synergies entre eux.

C'est ainsi que deux éditeurs de logiciels dédiés à l'HAD, MH Comm et ARCAN Systems ont pu présenter leurs logiciels respectifs, MH Care et AtHome, aux responsables des 2 HAD. Pour l'HAD de Montauban, étaient présentes la médecin coordinatrice, la cadre et l'IDEC. La présentation de MH Care les a davantage convaincues que celle d'AtHome, mais le choix de l'outil reviendra en dernier recours au directeur des Systèmes d'Information du CH.

Les résultats de l'enquête par questionnaire (Cf. annexe I) que nous avons menée au sein de l'HAD somatique de Montauban font d'ailleurs ressortir une très forte attente du personnel, tous métiers confondus, à ce sujet. Parmi les 19 membres du personnel, 15 ont répondu. 8 d'entre eux ont plus de 10 ans d'ancienneté à l'HAD, 2 entre 4 et 10 ans et 5 ont moins de 3 ans d'ancienneté dans le service. Tous les métiers de l'HAD sont représentés parmi les répondants.

Cette enquête fait ressortir plusieurs éléments notables. Tout d'abord, une majorité de soignants déclare souhaiter utiliser une tablette (8 sur 15) ou le téléphone portable de l'HAD (9 sur 15). Quant aux lieux d'usage, ce sont le domicile du patient (10 sur 15) et les locaux de l'HAD (8 sur 15) sont privilégiés. Concernant les fonctionnalités qui leur seraient utiles dans la pratique de leur métier, beaucoup de soignants font le choix d'un grand nombre de propositions de fonctionnalités comme on peut l'observer dans la figure 9.

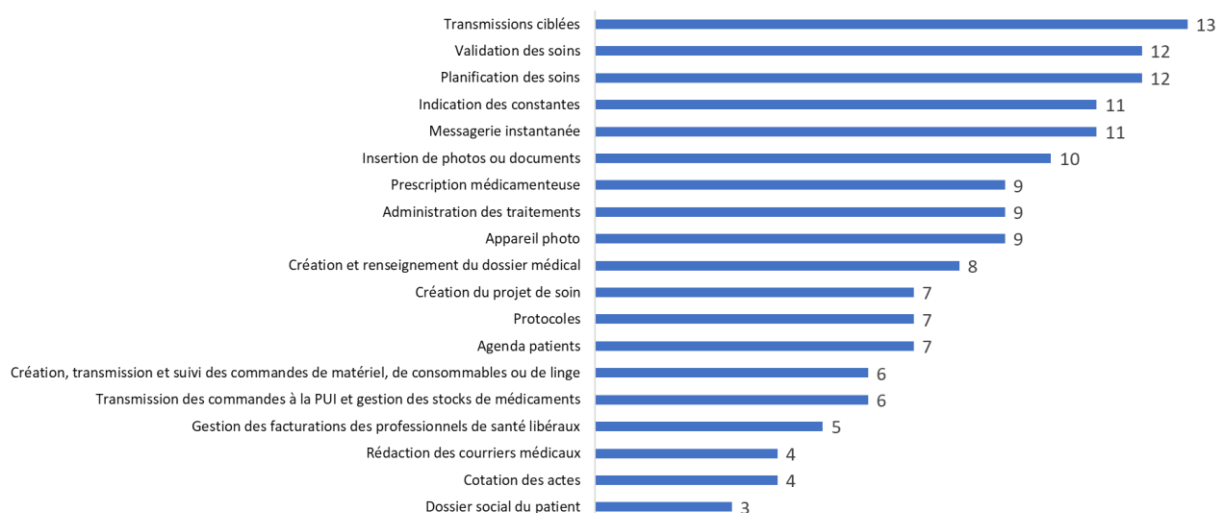


Figure 9 : Fonctionnalités considérées par les PS comme utiles pour leur pratique

Les fonctionnalités les plus citées sont relatives à la traçabilité des soins (transmissions ciblées, validation des soins, insertion de photos ou documents, etc.) et à l'organisation et la coordination des soins (Planification des soins, prescription médicamenteuse, création et renseignement du dossier médical, etc.). Ces résultats sont le reflet de la préoccupation principale des PS qui est le soin et la prise en charge du patient.

Enfin, tous les soignants s'accordent à dire qu'un logiciel métier dédié à l'HAD répondrait à tous leurs besoins et permettrait d'améliorer d'une part l'organisation et les conditions de travail au sein de l'HAD, et d'autre part, la qualité des soins et la coordination, aussi bien au sein de l'HAD qu'avec les IDEL ou les autres professionnels hospitaliers.

Nous pouvons faire l'hypothèse que toutes ces réponses proviennent du fait que l'attente des professionnels est très forte et qu'ils se projettent dans une situation où l'outil numérique viendrait répondre à tous leurs besoins. Par exemple, la projection qu'ils font de leur usage des tablettes au domicile des patients vient tout simplement du fait que les tablettes ont été, il y a encore peu, les outils privilégiés par les HAD au domicile des patients, ce que les PS savent. Mais pour beaucoup, ils ignorent qu'aujourd'hui, celles-ci sont largement remplacées par les applications mobiles (nous y reviendrons dans les résultats concernant l'HAD d'Albi). Les IDE comme les AS pensent donc que grâce aux tablettes, ils s'affranchiront des ressaisies d'informations, ce qu'ils pourront bien entendu faire avec l'application mobile du logiciel qui sera choisi par l'HAD.

Ainsi, ces résultats sont le reflet de l'expression d'un besoin sans pour autant que les professionnels aient expérimenté les apports comme les contraintes ou limites d'un quelconque outil dédié.

6. Synthèse

En synthèse des résultats, la figure 10 modélise les situations d'usage des différents supports par les professionnels impliqués dans la prise charge des patients.

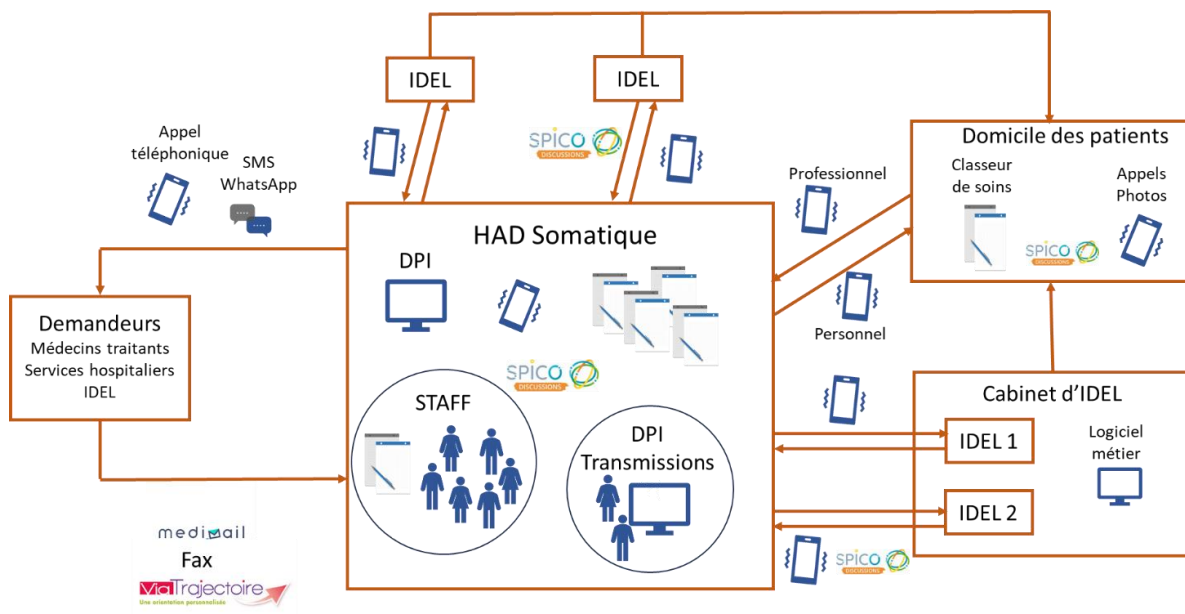


Figure 10 : Situations d'usage des différents supports par différents PS à l'HAD somatique de Montauban

L'ensemble de ces éléments permet de mettre en évidence qu'au sein de l'HAD somatique de Montauban :

- ❖ L'équipe étant réunie au sein de l'HAD, la coordination se fait essentiellement oralement, au cours des staffs ou de manière informelle à chaque fois que nécessaire. La traçabilité des actes et les transmissions écrites sont ainsi vécues comme une contrainte à laquelle les PS se soumettent pour répondre à une obligation réglementaire.
- ❖ Les PS ont clairement exprimé le besoin d'un logiciel dédié et adapté à leur pratique. En effet, le fait de ne pas disposer d'un tel outil engendre la création et le traitement d'un grand nombre de supports papier, et la ressaisie d'une importante quantité d'informations par différents professionnels de l'HAD.
- ❖ Les PS utilisent SPICO exclusivement pour les photos de plaies ou pompes, de manière à garantir la sécurité des données de santé. Les contraintes techniques et organisationnelles liées à l'usage de l'outil entraînent cependant un rejet de l'outil et empêchent de développer plus avant les usages.
- ❖ Lorsqu'un cas urgent et important se présente, la sécurisation des données passe au second plan au profit d'une prise en charge rapide du patient.
- ❖ Lorsqu'ils se trouvent à l'extérieur de l'HAD, le téléphone reste l'outil privilégié par tous les PS, pour les échanges entre eux ou avec les PS hors HAD.

III. L'HAD psychiatrique de Montauban

L'HAD psychiatrique a été créée au sein du CH de Montauban en même temps que l'HAD somatique et comme cette dernière, il s'agit d'un service du CH, soumis aux mêmes obligations et disposant des mêmes outils, dont le DPI.

1. Présentation du service et méthodologie

En plus des ressources partagées avec l'HAD somatique, le personnel de l'HAD psychiatrique est constitué de :

- 2 médecins psychiatres qui travaillent chacun à 40%
- 1 interne
- 6 IDE (2 femmes, 4 hommes)
- 2 psychologues qui travaillent à temps partiel (40% et 50%)
-

Il n'y a pas d'AS à l'HAD psychiatrique, les prises en charge n'étant pas ciblées sur le type de soins dispensé par les AS.

IDE travaillent le matin de 8h à 15h45 et 2 autres l'après-midi de 14h à 21h45. L'un des IDE de l'après-midi assure une astreinte téléphonique pour la nuit jusqu'au lendemain matin mais ne se déplace pas au domicile des patients la nuit.

Les psychiatres, comme les IDE, au-delà des visites à domicile des patients, assurent également des consultations à leurs cabinets au sein de l'HAD.

Nous n'avons pas mené d'entretien formel avec les soignants de l'HAD psychiatrique du fait du manque de disponibilité des professionnels, mais des entretiens ouverts ont été menés au cours de 6 journées d'observations avec 3 infirmiers du service sur 6 ainsi qu'avec l'interne. Les observations ont été faites au cours d'une tournée complète du matin ou de l'après-midi, chaque tournée incluant systématiquement la réunion de transmissions du début d'après-midi. Les réunions de transmissions ont également été l'occasion d'échanger avec l'équipe au complet, notamment avec les médecins, peu disponibles par ailleurs.

Par ailleurs, les entretiens menés avec la cadre, l'assistante sociale et la secrétaire ont également concerné l'HAD psychiatrique.

2. La prise en charge des patients

La prise en charge des troubles psychiatriques d'une manière générale, et plus particulièrement à l'HAD, présente des spécificités qui ont une incidence sur l'activité des professionnels. Notamment, le travail des IDE de l'HAD consiste principalement à mener des entretiens avec les patients. Ces entretiens peuvent être d'une durée variable en fonction des situations et de l'état du patient au moment de l'entretien. Par ailleurs, les traitements médicamenteux des troubles psychiatriques peuvent être amenés à être fréquemment modifiés (jusqu'à plusieurs fois par semaine) en fonction de l'évolution de l'état de santé du patient. Enfin, l'HAD couvre la totalité du département. De ce fait, les trajets des soignants peuvent parfois être très longs, allant jusqu'à une heure pour un trajet simple.

2.1 L'admission

Comme à l'HAD somatique, la prise en charge des patients intervient à la suite d'une demande qui est principalement envoyée par fax, beaucoup plus rarement par courriel, sachant que ViaTrajectoire n'existe pas pour les troubles psychiatriques. Les demandeurs peuvent être divers : service d'hospitalisation de psychiatrie, psychiatre traitant, médecin addictologue et beaucoup plus rarement, le médecin traitant.

Les pathologies des patients adressés à l'HAD peuvent être diverses : dépression, schizophrénie, sevrage alcoolique, trouble du comportement alimentaire, phobie scolaire, etc. sans qu'il n'y ait de pathologie prévalente.

En vue de l'admission du patient, la secrétaire prépare un dossier papier qui contient :

- La demande ;
- Une fiche d'indicateurs qui est remplie au fur et à mesure de la prise en charge avec des renseignements précis. Cette fiche permet, une fois par an, d'établir un bilan sur les typologies de patients pris en charge sur l'année.
- S'il y a eu une consultation de pré-admission, la fiche remplie par le psychiatre avec les indications médicales et thérapeutiques.

Ce dossier est conservé à l'HAD. Par ailleurs, un classeur de soin est déposé chez le patient dans lequel se trouvent, entre autres, les feuilles de transmissions et les prescriptions médicamenteuses systématiquement mises à jour lors des passages infirmiers. A chaque changement de traitement, la nouvelle prescription est ajoutée aux précédentes qui sont conservées dans le classeur afin d'avoir accès à l'historique des traitements. A la sortie des patients, tous les documents contenus dans le classeur de soin sont numérisés dans le DPI, puis détruits.

Ainsi, comme à l'HAD somatique, tous les documents sont utilisés sous format papier.

Contrairement à l'HAD somatique, ce n'est pas la secrétaire qui prend les rendez-vous pour les patients mais les IDE ou l'interne. La secrétaire, elle, se charge d'organiser le transport du patient si besoin.

2.2 La prise en charge à domicile

Les psychiatres se déplacent parfois au domicile des patients mais font leurs consultations de préférence à l'HAD. A l'entrée, les patients sont vus pour définir des objectifs, puis assez régulièrement en cours de prise en charge et enfin, à la sortie où un relais est toujours organisé par l'HAD pour la suite de la prise en charge. Il n'y a pas de régularité prévue pour les consultations ; cela dépend des patients et de leur pathologie.

Quant aux IDE, ils se rendent majoritairement au domicile des patients. Or, lorsque les patients ont déjà des rendez-vous à l'hôpital, les IDE leur proposent de les recevoir à l'HAD, ce qui permet aux patients de regrouper des rendez-vous et d'éviter un déplacement.

Les IDE de l'HAD psychiatrique se rendent au domicile des patients principalement pour des entretiens infirmiers. Au sein de l'équipe, il y a un infirmier de secteur psychiatrique, ayant suivi une formation dédiée à l'époque où elle existait encore, cette formation ayant été supprimée en 1992. Il n'a donc

développé des compétences pour les soins somatiques que par la pratique. Les autres IDE ont tous travaillé en psychiatrie depuis de nombreuses années. Ils n'ont donc que très peu pratiqué les soins somatiques malgré la formation reçue. Néanmoins, nous avons observé qu'il leur arrive de pratiquer certains actes, comme un prélèvement sanguin ou un électrocardiogramme, lorsqu'ils se rendent au domicile d'un patient pour l'entretien infirmier.

L'entretien infirmier consiste à avoir un échange avec un patient sur sa situation, à lui faire verbaliser son humeur ou ses activités, à évaluer un certain nombre de points concernant sa santé comme son alimentation ou son sommeil, travaillant ainsi sur les objectifs du patient et le cas échéant, lui fixant, avec son accord, de nouveaux objectifs. Il arrive également aux IDE d'accompagner les patients à l'extérieur de leur domicile, par exemple pour la visite d'une exposition ou tout simplement une promenade, ceci faisant bien entendu partie de leur prise en charge.

Toutefois, lorsqu'un patient est admis à l'HAD psychiatrique, sa prise en charge est globale, aussi bien sur l'aspect psychiatrique que sur l'aspect somatique. Ainsi, il appartient à l'HAD de fournir les traitements médicamenteux des patients. Ce sont donc les IDE qui préparent les piluliers et les portent au domicile des patients, en même temps que les prescriptions des traitements. Si un patient a la capacité de suivre son traitement en toute autonomie, les IDE s'assurent, à chaque passage, que le traitement est bien suivi. Si le patient n'est pas jugé apte à prendre son traitement seul ou s'il y a un risque, l'HAD mandate un IDEL pour prendre en charge l'administration médicamenteuse.

Avant de partir en tournée, les IDE vérifient les piluliers qu'ils doivent porter chez les patients et consultent le DPI pour prendre connaissance des dernières informations au sujet des patients à visiter. Si nécessaire, ils préparent également le matériel dont ils vont avoir besoin, par exemple, pour pratiquer un prélèvement sanguin. Ils impriment par ailleurs la feuille de tournée sur laquelle sont indiquées les coordonnées des patients (adresse et numéro de téléphone).

Au cours d'une tournée, le nombre de visites à domicile est réduit, principalement pour deux raisons. La première est liée aux caractéristiques particulières de la prise en charge psychiatrique, qui nécessite un échange pouvant aller jusqu'à 1h30 à 2h pour un même patient. La deuxième raison tient au fait que l'HAD psychiatrique couvrant tout le département du Tarn-et-Garonne (le nombre de patients étant nettement inférieur à celui de l'HAD somatique), les distances entre les domiciles de deux patients peuvent être importantes et nécessiter des trajets de 10 min à 1h.

Le DPI n'étant pas accessible en mobilité, les IDE n'ont recours à aucun outil numérique au cours de la visite à domicile, la prise en charge des patients étant principalement axée sur l'échange verbal. D'ailleurs, lorsque nous avons interrogé les IDE sur leur souhait de disposer d'un outil numérique en mobilité, ils ont précisé que celui-ci leur serait utile pour rédiger leurs comptes rendus entre deux visites à domicile et non au cours d'une visite. Seul l'interne a exprimé le souhait d'avoir un outil lui permettant de prendre des notes succinctes. Nous avons en effet observé qu'au cours des entretiens, il prenait quelques notes rapides et discrètes sur un petit papier. A l'issue d'une visite, il nous a expliqué s'être créé une codification spéciale pour avoir des éléments à sa disposition de retour à l'HAD pour « faire les transmissions ».

2.3 Le retour des PS à l'HAD

De retour de tournée, les IDE de l'HAD psychiatrique, à l'instar de leurs collègues de l'HAD somatique, doivent « faire les transmissions ». Or, dans leur cas, il ne s'agit pas de valider des actes mais bien de rédiger un compte rendu complet de l'entretien, ce qui est relativement chronophage mais qui est considéré comme très utile par tous pour suivre l'évolution de l'état de santé du patient. Etant donné que les IDE ne travaillent pas tous les jours et ne se rencontrent donc pas forcément entre la visite rendue par l'un à un patient et la suivante qui sera rendue par un de ses collègues, ils ne peuvent pas toujours échanger oralement sur le patient concerné. Ainsi, le DPI représente une source importante d'information pour eux.

Cette nécessaire traçabilité est alors une ressource pour les IDE dans leur activité. D'ailleurs, aucun IDE n'a exprimé d'insatisfaction concernant l'usage du DPI.

2.4 Des espaces de coordination intra-HAD : les transmissions orales au staff outillées par le DPI

Un staff a lieu tous les jours à 14h en présence de tous les soignants. Les classeurs contenant les dossiers des patients sont rangés dans un meuble sur roulettes conservé dans le bureau des infirmiers. Le meuble et « la bible » (agenda commun aux infirmiers) sont apportés dans la salle de réunion à chaque staff. La présence de ces documents permet aux IDE, pendant le staff, d'intégrer tout nouveau document dans le classeur du patient si besoin, ou encore de noter des dates de rendez-vous ou des modifications de planning.

Au cours du staff, tous les patients suivis par l'HAD sont systématiquement évoqués. Le psychiatre présente complète si besoin les dossiers des patients directement dans le DPI à partir d'un ordinateur portable dont le contenu est projeté sur un écran mural. Il modifie le cas échéant le traitement d'un patient à partir des informations communiquées par les IDE sur l'évolution de l'état de santé des patients. Un point est également fait sur les patients entrants et sortants.

Par ailleurs, les régulations et la coordination au sein de l'équipe se font également au cours du staff en fonction des cas. Par exemple, si un patient n'est pas disponible au moment où la visite est prévue par l'HAD, le planning est adapté pour pouvoir suivre le patient en fonction de ses contraintes, mais également de celles des autres patients. Ou encore, en cas d'admission prochaine d'un patient, le psychiatre consulte les IDE sur une date de prise en charge possible. Ce sont les IDE, en fonction du planning prévisionnel, qui décident de la date d'entrée du patient.

3. Les supports à l'activité des professionnels

Le tableau 4 résume toutes les étapes de la prise en charge des patients et précise les supports utilisés à l'HAD psychiatrique. Les codes couleur distinguant chacun des supports (outils e-santé Occitanie, DPI, téléphone et papier) permettent de mettre en évidence que très peu d'outils d'e-santé Occitanie sont utilisés à l'HAD psychiatrique et que les principaux supports utilisés sont le papier et surtout le DPI.

	Etapas HAD	Supports							Lieux		
		ViaTrajectoire	Courriel (Médimail)	SPICO	DPI/pharma	Téléphone	Ordinateur (Internet)	Papier	Fax	HAD	Domicile
En amont de l'admission	Réception de la demande										
	Evaluation de la demande, entretien préalable à l'admission										
	Echanges oraux et prise de décision au staff										
Lors de l'admission	Validation de la prise en charge										
	Ressaisie des ordonnances du médecin prescripteur										
	Mise en place du planning de prise en charge										
	Mise en place des AVS, suivi de l'APA (Alloc. Person. d'Autonomie)										
Prise en charge du patient	Constitution du dossier papier du patient										
	Commande des médicaments à la PUI ou à une pharmacie de ville si besoin		Ou tel			Ou courriel			Si tél		
	Commande de stupéfiants si besoin							Carnet dédié			
	Préparation des piluliers à partir du projet de soin										
	Préparation du classeur de soin										
	Commande de transport si besoin										
	Prises de rendez-vous si besoin										
	Vérification des piluliers										
	Contrôle des soins à effectuer et préparation du matériel le cas échéant										
Chez le patient	Signature des documents à la visite d'entrée										
	Récupération puis restitution des carte vitale et mutuelle si patient inconnu du CH										
	Entretien infirmier										
	Entretien psychologue										
	dispensation de soins somatiques										
Retour à l'HAD	Entretien psychiatre et ajustement du traitement si besoin				Modif de prescription						
	Transmissions : compte-rendu d'entretien										
	Enregistrement de la carte vitale et mutuelle si besoin										
	Transmissions orales lors du staff										
Lors de la sortie	Rédaction des obs. méd. à partir des transmissions infirmières lors du staff										
	Courrier de sortie										
	Récupération du classeur de soin										
	Numerisation dans le DPI puis destruction des feuilles du classeur										
	Numerisation dans le DPI puis destruction du dossier patient papier										
	Information aux IDEL pour arrêt de leur facturation à l'HAD										

Tableau 4 : Etapes du parcours patient et supports utilisés

Légende

ViaTrajectoire	Téléphone
Médimail	Ordinateur
SPICO	Papier
DPI/Pharma	Fax

3.1 Un usage prépondérant du DPI

Comme l'HAD somatique, l'HAD psychiatrique utilise des supports papier, mais étant donné les spécificités de la prise en charge des troubles psychiatriques, la quantité de documents papier utilisée à l'HAD psychiatrique est inférieure. En effet, l'activité des professionnels est centrée sur une spécialité (la psychiatrie), alors que l'HAD somatique prend en charge des pathologies diverses. La majorité des informations est donc centralisée dans le DPI du CH.

Ce sont les psychiatres qui créent, le cas échéant, le dossier patient (ou une consultation fictive si le patient a déjà un dossier) dans le DPI. Ils rédigent ensuite un courrier d'entrée dans ce dossier (ou cette consultation fictive) en attendant la possibilité d'admission qui n'est pas nécessairement immédiate. Lors de l'admission du patient, la consultation fictive est basculée dans le dossier préexistant du patient.

Le DPI comporte également les comptes rendus circonstanciés des entretiens infirmiers. Ces derniers peuvent être complétés par les psychiatres à partir d'observations médicales ou d'entretiens qu'ils auraient eus avec un patient.

L'usage que les soignants font du DPI, au-delà de répondre aux exigences de traçabilité, est justifié par leur pratique et la nécessité de rédiger un compte rendu détaillé des entretiens infirmiers afin de garantir le suivi de l'état de santé des patients qui ne sont pas toujours vus à leur domicile par les mêmes IDE. Ainsi, le DPI représente un support à l'activité des soignants, mais n'étant pas disponible en mobilité, il les contraint à différer la rédaction de leurs comptes rendus à leur retour à l'HAD. Les IDE estiment d'ailleurs que cette rédaction en différé est moins pertinente que s'ils avaient la possibilité de rédiger le compte rendu dès la fin de l'entretien. En effet, ils souhaiteraient pouvoir restituer certains ressentis ou paroles des patients tels qu'ils les ont vécus au cours de l'entretien. Or, ces éléments se diluent dans le temps et ont moins de force lorsqu'ils sont de retour à l'HAD pour la rédaction du compte rendu.

C'est également à travers le DPI, interconnecté avec le logiciel de la PUI, que les psychiatres font ou modifient les prescriptions médicamenteuses.

3.2 Le téléphone

Les IDE n'utilisent aucun support numérique lors de leurs visites au domicile des patients et disposent d'un téléphone portable par poste. Les téléphones qui sont fournis par le CH aux IDE de l'HAD psychiatrique sont des modèles très anciens qui ne disposent pas d'un accès à Internet. Ces appareils ne sont donc utilisés qu'en cas de nécessité d'appeler un patient ou pour recevoir des appels durant l'astreinte de nuit.

Les observations ont montré que tous les IDE utilisent leurs téléphones personnels, soit pour régler le GPS et trouver l'adresse d'un patient, soit pour communiquer entre eux. Toutefois, ils refusent de communiquer leurs numéros personnels aux patients.

3.3 SPICO : un outil inconnu

Lors du déploiement de SPICO à l'HAD somatique, la cadre a préféré ne pas intégrer l'HAD psychiatrique dans la démarche, estimant que le besoin y était moins prégnant. Elle a donc préféré prendre le temps d'ancrer l'usage de SPICO dans les habitudes de fonctionnement de l'HAD somatique, en interne et pour la coordination avec les IDEL, avant de déployer SPICO au sein de l'HAD

psychiatrique. Selon elle, SPICO ne serait pas forcément utile aux IDE de l'HAD psychiatrique qui auraient davantage besoin d'un DPI accessible en mobilité : « *la seule chose qui pourrait vraiment être bien, c'est le jour où on aura un DPI qui sera vraiment mobile, et où ils pourront faire leur transmission en sortant de chez le patient. A ce moment-là, moi, j'irai avec grand plaisir [défendre le besoin] pour qu'ils aient le DPI, pour qu'ils aient accès aux prescriptions en instantané. Pareil pour les libéraux en fait, c'est d'avoir la prescription médicamenteuse en instantané, c'est ça dont rêvent les HAD, toutes HAD confondues.* »

Lors de nos échanges avec les IDE de l'HAD psychiatrique, nous avons en effet noté qu'aucun d'entre eux ne connaissait SPICO.

Toutefois, lorsque nous évoquons SPICO avec eux, ils accueillent favorablement l'idée de disposer d'un tel outil, convenant que la coordination avec les IDEL pourrait être améliorée à travers l'outil. Ils affirment néanmoins régulièrement tenir les IDEL au courant par téléphone des modifications concernant les patients.

L'un d'entre eux exprime également le besoin de disposer d'un outil numérique lui permettant de dicter ses transmissions en cours de tournée, par exemple à chaque fois qu'il termine une visite à domicile, pour ne plus avoir qu'à basculer la transmission dans le DPI à son retour à l'HAD, ce qui lui ferait gagner du temps. Cette action est en effet possible avec SPICO Discussions qui dispose d'une fonction dictée vocale. Une fois la transmission dictée, elle peut être copiée sur l'application à partir d'un ordinateur et collée dans le DPI.

Nous notons alors un écart entre la perception que le cadre a des besoins des IDE et les besoins qu'expriment les IDE quant aux outils dont ils pourraient disposer.

4. La coordination avec les infirmiers libéraux

Comme l'HAD somatique, l'HAD psychiatrique prend les patients en charge de manière globale et mandate des IDEL en fonction des besoins des patients, y compris pour des pathologies autres que psychiatriques. Si le patient a déjà un IDEL, l'HAD conventionnera avec ce dernier. Sinon, l'HAD demande au patient de choisir un IDEL et à défaut, travaillera avec le cabinet du secteur qui acceptera les soins pour le patient concerné. Etant donné que la présence d'une IDEC n'est pas justifiée à l'HAD psychiatrique, ce sont les IDE qui prennent contact avec les IDEL afin de leur confier la partie somatique de la prise en charge des patients.

Le nombre d'IDEL auxquels l'HAD psychiatrique a recours est assez réduit. Parmi eux, le principal cabinet infirmier se trouve à Montauban et est constitué d'IDEL ayant une expérience dans le domaine psychiatrique. Les IDE et les IDEL de ce cabinet se connaissent depuis longtemps et ont l'habitude de travailler ensemble.

Les IDEL sont chargés de dispenser les traitements aux patients et prennent également en charge, si nécessaire, les autres soins somatiques, par exemple des pansements ou prélèvements sanguins pour des examens biologiques prescrits par les psychiatres de l'HAD.

Comme évoqué précédemment, aucun outil numérique de coordination n'est utilisé entre IDE et IDEL. Lorsqu'un nouvel événement survient dans la prise en charge des patients, par exemple un changement de traitement ou une hospitalisation en service psychiatrique, les IDE en informent les

IDEL par téléphone. De même, en cas de nécessité, les IDEL utilisent le téléphone pour s'adresser à l'HAD.

5. L'introduction de SPICO : une expérimentation issue de la recherche

Les entretiens et observations menés dans différentes structures amenées à travailler ensemble nous ont permis de recueillir les besoins et difficultés rencontrés par les professionnels, non seulement dans leur pratique individuelle mais aussi dans les pratiques collectives où la coordination est centrale pour assurer une prise en charge efficiente des patients.

La restitution de ces éléments auprès des structures concernées a eu un impact dans la mesure où elle a permis aux différents professionnels de mieux comprendre les besoins et difficultés de leurs confrères et d'envisager une évolution de leurs pratiques.

La recherche a ainsi mis en évidence des difficultés de coordination entre l'HAD psychiatrique du CH de Montauban et le cabinet infirmier intégré à la MSP La Bouyère située à Labastide Saint-Pierre. En effet, l'HAD psychiatrique, tout comme l'HAD somatique, sollicite parfois le cabinet infirmier pour la prise en charge de patients situés sur le secteur de la MSP. Or, si la coordination avec l'HAD somatique est jugée satisfaisante par l'infirmière coordinatrice de la MSP, cette dernière a souligné un manque d'information de la part de l'HAD psychiatrique. En fait, aucun des IDEL de la MSP n'ayant reçu de formation en psychiatrie, ils ont parfois du mal à comprendre les prescriptions et surtout les modifications de prescription, parfois fréquentes (plusieurs fois dans la même semaine), pour les patients suivis par l'HAD psychiatrique. Cela génère une situation d'inconfort pour les professionnels qui sont demandeurs d'une meilleure coordination avec l'HAD psychiatrique. Ils se disent prêts à l'usage d'outils numériques communs pour améliorer la prise en charge des patients, mais également le sentiment de sécurité des professionnels dans la pratique de leur métier.

La restitution de ces difficultés et du besoin de coordination des IDEL de la MSP auprès des professionnels de l'HAD psychiatrique a permis à ces derniers de comprendre l'influence réciproque des pratiques des uns sur celles des autres. Même si les IDE ont affirmé que les IDEL étaient systématiquement informés par téléphone des changements de prescriptions, ils ont néanmoins admis que la coordination pourrait être améliorée d'une manière générale avec les IDEL.

Notre recherche-intervention a par ailleurs permis d'envisager la possibilité d'expérimenter et d'évaluer des actions au travers de l'usage de SPICO Discussions comme outil de coordination. Jusqu'alors, ni les IDE, ni les psychiatres ne connaissaient SPICO. Soutenue par le psychiatre responsable du service, la décision a alors été prise d'expérimenter SPICO Discussions entre l'HAD psychiatrique et le principal cabinet infirmier avec lequel elle travaille.

L'animateur territorial d'e-santé Occitanie qui est chargé, entre autres, de la promotion de SPICO mais également de la formation et du support à l'usage de SPICO auprès des PS du département, a été sollicité par la cadre de façon à accompagner la mise en œuvre de l'expérimentation.

5.1 Le déploiement et les usages de SPICO

Une première réunion a été organisée par la cadre de l'HAD avec l'animateur territorial d'e-santé Occitanie pour la présentation de SPICO au personnel de l'HAD psychiatrique et aux membres du cabinet infirmier. Au cours de cette réunion, certains IDE, sachant que les téléphones fournis par le CH ne disposaient pas d'une connexion Internet, ont clairement exprimé le fait qu'ils ne souhaitaient pas utiliser leurs smartphones personnels pour l'usage de SPICO.

Quelques semaines après cette première réunion de présentation, une réunion de formation à SPICO Discussions a été organisée en présence des mêmes personnes.

Nous avons pu assister à ces deux réunions et noter l'intérêt des PS pour l'usage de SPICO Discussions. Etant donné que nous avons, au démarrage de notre recherche, demandé à e-santé Occitanie de pouvoir disposer d'un compte qui nous permettrait le cas échéant de suivre des conversations entre PS sur SPICO, nous avons demandé à être associées aux échanges entre l'HAD psychiatrique et le cabinet infirmier sur SPICO Discussions. Nous souhaitions en effet pouvoir évaluer les usages de SPICO Discussions par les PS et l'impact que ces usages pouvaient avoir sur leur activité mais également sur la prise en charge des patients. Notre demande a été formulée et acceptée à la réunion de formation à SPICO qui a eu lieu le 19 juillet 2023.

Nous sommes également convenus que nous reprendrions contact avec eux après une phase test de plusieurs mois afin d'obtenir un retour d'expérience de leur part.

En suivant les échanges sur SPICO, nous avons noté qu'entre cette dernière réunion et le 19 janvier 2024, soit sur une période de 6 mois, seuls 4 fils de discussion ont été créés et alimentés. Le tableau 5 reprend les détails de ces fils de discussion.

Patient	Nb total de messages	Date du 1 ^{er} message	Date du dernier message	Nb de PS HAD dans la discussion	Nb de messages HAD	Nb d'IDEL dans la discussion	Nb de messages IDEL
P1	4	17/08/2023	21/08/2023	1	3	1	1
P2	2	03/10/2023	03/10/2023	1	1	1	1
P3	13	31/08/2023	02/11/2023	2	7	2	6
P4	59	16/08/2023	19/01/2024	3	32	4	27

Tableau 5 : Détail des fils de discussion sur SPICO

Concernant les patients P1 et P2, le nombre très réduit de messages pourrait s'expliquer soit par une prise en charge très courte (peut-être due à une hospitalisation rapide si l'état du patient s'est dégradé), soit par l'absence de nécessité d'échanger sur les patients concernés. Toutefois, nous ne disposons pas, dans les échanges entre IDE et IDEL, d'informations suffisantes pour faire une analyse plus détaillée.

Nous avons donc choisi d'analyser le fil de discussion le plus long qui concerne la patiente P4 et qui livre des traces de l'activité individuelle et collective des soignants.

Le tableau 6 est une retranscription anonymisée des échanges. Le personnel de l'HAD est renommé OP 1, OP 2 et OP 3. Les IDEL du cabinet libéral sont nommés IDEL 1, IDEL 2, IDEL 3 et IDEL 4. Les médecins dont les noms figurent dans la retranscription sont nommés Dr X, Dr Y et Dr Z. Le nom des lieux a été supprimé, dans certains cas pour les remplacer par la fonction des lieux, permettant ainsi une meilleure compréhension des échanges. Lorsque cela n'était pas indispensable à la compréhension des échanges, nous avons supprimé les noms des lieux.

Date	Heure	Emetteur	Message
07/08/2023	13:55	HAD Psy (OP 1)	Création dossier
07/08/2023	20:39	IDEL 1	C'est noté
09/08/2023	09:11	HAD Psy (OP 1)	Bonjour, je vous laisse ajouter les professionnels qui la prennent en charge à cette conversation. Merci.
09/08/2023	12:42	IDEL 1	** Ajout de Mme. IDEL 2 dans la conversation **
09/08/2023	12:43	IDEL 1	** Ajout de Mme. IDEL 3 dans la conversation **
09/08/2023	12:44	IDEL 1	Bonjour, c'est fait.
16/08/2023	11:58	HAD Psy (OP 1)	Merci
16/08/2023	16:31	HAD Psy (OP 1)	** Ajout de M. OP 2 dans la conversation **
16/08/2023	16:35	HAD Psy (OP 1)	Bonjour, Information du jour : FNS avant le changement de traitement en date du 11/08 reçue ce jour Neutropénie 1370 => arrêt immédiat du traitement NFS journalière et surveillance médicale (risque infectieux) Leucopénie 3160 Lymphopénie 1390
16/08/2023	16:36	HAD Psy (OP 1)	Bilan sanguin prélevé ce jour en urgence, risque infectieux à surveiller +++
16/08/2023	17:05	HAD Psy (OP 1)	** Ajout de ERG 1 dans la conversation **
17/08/2023	14:44	IDEL 2	Bonjour bs fait ce matin, patiente apyrétique. Veuillez trouver ci joint les résultats "Pièce jointe depuis mobile.jpg" présent en annexes.
17/08/2023	14:57	HAD Psy (OP 1)	Bonjour, bilan à refaire vendredi et dimanche, à nous faxer.
17/08/2023	14:57	IDEL 2	Vous avez eu le fax ce jr, j'avais noté votre numéro ?
17/08/2023	15:11	HAD Psy (OP 1)	Oui bien reçu
17/08/2023	15:28	IDEL 2	Parfait !
18/08/2023	15:41	IDEL 3	Bonjour, patiente apyrétique ce matin. BS fait. Avez-vous reçu les résultats par fax ?
18/08/2023	16:19	HAD Psy (OP 1)	Bonjour, résultats bien reçus. FNS normalisée. A reconrôler dimanche.
18/08/2023	16:20	IDEL 3	Très bien merci
20/08/2023	14:19	IDEL 3	Bonjour, bilan sanguin fait ce matin. Les résultats vous ont été faxés. Nous avons une ordonnance pour bilan sanguins mensuels (Clozapinémie et NFS), dernier fait le 24/07 donc était programmé à demain. Doit-on réaliser ce prélèvement ?
21/08/2023	10:19	HAD Psy (OP 1)	Bonjour, bilans sanguins 2 fois par semaine. Lien fait avec IDEL 1 ce matin. Ordos seront déposées cet AM
21/08/2023	10:30	IDEL 2	OK merci, j'ai réalisé bs ce matin comme convenu avec vs hier. NFS et clozapinémie (bs mensuel habituel) il vs sera faxé. Bonne journée
22/08/2023	15:22	HAD Psy (OP 1)	Bonjour, quel est le délai d'acheminement de vos prélèvements entre la prise de sang et le dépôt au laboratoire ? Merci
22/08/2023	15:22	HAD Psy (OP 1)	Fax non reçu pour le moment ❶
22/08/2023	15:27	IDEL 2	Bonjour, vu qu'elle habite à 1km du labo, environ 5 min
22/08/2023	15:30	IDEL 2	Je les appelle immédiatement ❶
22/08/2023	15:35	IDEL 2	Je viens de les avoir, vu que hier ils ont oublié la clozapinémie, ils l'ont faite auj et du coup ils ne vous ont pas faxé les résultats car il est incomplet parce que la clozapinémie on l'aura pas de suite. Je leur ai dit de vous faxer la NFS et le bilan thyroïdien. Cordialement ❶
22/08/2023	15:38	HAD Psy (OP 1)	Merci
22/08/2023	15:58	HAD Psy (OP 1)	BS reçu. Poursuite surveillance 2 NFS / semaine ❶
22/08/2023	16:00	IDEL 2	OK c'est noté. Bonne journée
24/08/2023	10:26	IDEL 3	Bonjour, bilan réalisé ce matin. Bonne journée
31/08/2023	10:10	HAD Psy (OP 3)	Bonjour, Vue hier : persistance de l'accélération psychique sans agitation motrice débordante. Parents de plus en plus épuisés. Évocation d'une prise en charge d'une 1/2 journée X2 par semaine sur (Service Hospitalier). Contact entre les parents et le Dr X (remplaçant du Dr Y pendant ses congés). Poursuite de la diminution progressive de la Clozapine à 150mg et de l'augmentation du Floxyfral à 50mg (dès 200mg de Clozapine). Cordialement, OP3

31/08/2023	14:32	HAD Psy (OP 3)	Modification du ttt à partir de demain : - Clozapine à 100mg matin et 100mg le soir. - Floxyfral à 50mg
08/09/2023	15:28	HAD Psy (OP 3)	Bonjour, Au vu de la dernière clozapinémie du 04/09/23, il en ressort qu'un dosage à 200mg par jour est aussi efficace qu'à 500mg. Le Dr Y maintient donc la posologie à 200mg. Un autre antipsychotique sera certainement proposé en parallèle pour essayer d'apaiser son état clinique. Cordialement.
08/09/2023	19:28	HAD Psy (OP 3)	Abilify 5mg mis en place 1cp le matin. Bonne soirée
22/09/2023	14:56	HAD Psy (OP 3)	Bonjour, ② Pourriez-vous faire une NFS et une Clozapinémie le lundi 25, svp? Merci
22/09/2023	15:00	IDEL 1	Bonjour, c'est prévu je l'ai vu avec la famille. Pour lundi matin. ② Cordialement.
22/09/2023	15:23	HAD Psy (OP 3)	Parfait, merci
29/09/2023	14:45	HAD Psy (OP 1)	Bonjour, Leuco : 3.21 Neutro: 1.84 Passer à 2 NFS/ semaine OP 4 la prélève cet AM
30/09/2023	13:53	IDEL 3	Ok merci
01/10/2023	18:07	IDEL 1	Bonsoir, c'est prévu IDEL 4 la prélève demain.
01/10/2023	18:21	IDEL 1	** Ajout de IDEL 4 dans la conversation **
02/10/2023	15:44	HAD Psy (OP 3)	Bonjour, la Nfs est revenue dans les normes acceptables pour repasser à un BS semaine. Cordialement
02/10/2023	15:48	IDEL 4	Bonjour c'est bien noté merci, prochain bs lundi 09/10. Cordialement
09/10/2023	14:37	HAD Psy (OP 3)	Bonjour, Les résultats du BS d'aujourd'hui nécessitent un nouveau contrôle de la NFS ce jeudi, avez-vous la possibilité de le faire ?
09/10/2023	14:46	IDEL 4	Bonjour, Oui c'est noté pour un bs jeudi. Cordialement
09/10/2023	14:47	HAD Psy (OP 3)	Super merci
09/10/2023	19:28	HAD Psy (OP 3)	L'ordonnance pour les 2 prises de sang par semaine a été laissée à sa mère. Bonne soirée
09/10/2023	19:30	IDEL 4	C'est bien noté merci, nous la récupérerons jeudi. Bonne soirée
25/10/2023	14:17	HAD Psy (OP 2)	FNS régularisée, on repasse à 1 FNS le lundi Merci
25/10/2023	14:22	IDEL 4	C'est bien noté merci. Bon après-midi
25/10/2023	14:45	HAD Psy (OP 2)	Pour info elle va passer 2 semaines en stage de jour à (lieu d'accueil) à partir de lundi en Foyer d'Accueil Médicalisé.
14/11/2023	14:59	HAD Psy (OP 3)	Bonjour, Le Dr Z demande si vous pouvez faire une NFS en début de semaine prochaine ?
14/11/2023	15:31	IDEL 1	Bonjour, ce sera fait !
16/11/2023	17:24	HAD Psy (OP 3)	Super, merci et bonne soirée
20/12/2023	14:25	HAD Psy (OP 2)	Avez-vous reçu le dernier bilan biologique : neutros et leucos ? Merci
20/12/2023	14:34	IDEL 4	Bonjour, Le labo était censé vous les envoyer via le fax HAD. Pouvons-nous mettre le Compter rendu sur spico ?
20/12/2023	15:15	IDEL 4	Le labo vient de vous adresser les résultats par fax. Bon après-midi
20/12/2023	15:29	HAD Psy (OP 2)	Merci
21/12/2023	13:59	IDEL 4	Bonjour, Avez-vous bien reçu les résultats du bs de ce jour ?

			Le laboratoire nous confirme qu'il prendra si besoin les prélèvements de dimanche et lundi (jour de Noël). Bonne après midi
21/12/2023	14:33	HAD Psy (OP 3)	Bonjour, Oui merci, on poursuit les BS quotidiens jusqu'à ce que les résultats se normalisent. Pour information on va remplacer le traitement anti psychotique avec du Fluanxol. Bonne journée
22/12/2023	17:57	HAD Psy (OP 2)	Bonsoir, La FNS s'améliore progressivement et se rapproche de la normalité. Je vous propose de faire la prochaine FNS mardi prochain. Bonnes fêtes à toute l'équipe.
22/12/2023	18:01	IDEL 4	Bonsoir c'est noté pour mardi. Bonnes fêtes de fin d'année à toute l'équipe
18/01/2024	22:48	HAD Psy (OP 2)	Bonjour La patiente a été hospitalisée cet après-midi à (service hospitalier) pour équilibre du traitement et séjour de rupture.
19/01/2024	07:19	IDEL 4	Bonjour, C'est bien noté. Bonne journée

Tableau 6 : Retranscription anonymisée des échanges

Cette retranscription permet de suivre toutes les étapes de la création de la discussion sur SPICO Discussions, ainsi que les différentes étapes de la prise en charge de la patiente jusqu'à l'annonce de son hospitalisation.

SPICO Discussions apparaît constituer un support à l'activité des PS pour se coordonner dans la prise en charge de la patiente, transmettre des informations ou formuler des interrogations en temps réel, facilitant ainsi le travail des deux structures, aussi bien l'HAD que le cabinet d'IDEL. Les échanges sont précis, ont un objet particulier, toujours lié à la prise en charge de la patiente. Nous pouvons percevoir l'évolution de l'état de santé de cette dernière ainsi que l'adaptation régulière des traitements et plus généralement de la prise en charge. Il semblerait que les régulations entre HAD et cabinet infirmier se fassent aisément. Par exemple, en date du 22/08/2023 (❶ dans le tableau 6), OP 1 signale que l'HAD n'a pas reçu le fax avec les résultats du prélèvement sanguin de la patiente. IDEL 2 répond alors qu'il va appeler le laboratoire et renvoie un message explicatif qui signale la résolution du problème 5 minutes plus tard. Environ 20 minutes après ce message, OP 1 envoie un message annonçant la réception des résultats du prélèvement sanguin.

Par ailleurs, rompus à la pratique avec l'HAD et connaissant très certainement la patiente depuis fort longtemps, les IDEL prennent des initiatives sans toujours attendre d'instructions de la part de l'HAD, et ce, dans l'intérêt de la patiente et de la qualité des soins. Par exemple, en date du 22/09/2023 (❷ dans le tableau 6), OP 3 demande au cabinet d'IDEL si un prélèvement sanguin peut être fait le lundi 25. IDEL 1 lui répond 4 min plus tard que c'est prévu et vu avec la famille.

Il nous semble ici important de préciser qu'à chaque message envoyé sur le fil de discussion, tous les participants à la conversation reçoivent une notification, sauf s'ils ont choisi, par exemple pendant leurs périodes de congés, de désactiver les notifications, ce qui est possible sur SPICO. Ainsi, dans l'exemple que nous avons choisi, 8 personnes (dont l'une des deux ergonomes) reçoivent des notifications à chaque message. Le 22/08/2023, 9 messages ont été envoyés entre 15h22 et 16h, soit 1 notification toutes les 4 min et 22 s sur une durée de 38 min. Ces notifications peuvent être sources d'interruptions de tâches, et l'on sait qu'à chaque interruption, les personnes mettent en moyenne 1 min pour se

reconcentrer. Dans notre exemple, dans la mesure où seuls 4 patients sont concernés, dont 3 avec peu de messages, cela ne représente pas un nombre important d'interruptions de tâches, mais si le nombre de patients comme de professionnels devait être plus important, il y aurait probablement lieu de définir un cadre d'usage commun afin d'éviter de trop nombreuses interruptions de tâches.

Dans le fil de discussion ci-dessus, nous avons également noté que seuls 3 membres de l'HAD interviennent dans les échanges, dont un seul IDE et avons cherché à comprendre ce qui expliquait l'absence des autres IDE lors de la réunion prévue pour recueillir le point de vue des soignants sur SPICO Discussions.

5.2 Les retours d'expérience des professionnels

Le 08 décembre 2023, nous avons rencontré un IDE de l'HAD et deux IDEL du cabinet infirmier afin qu'ils nous fassent part de leurs retours d'expériences quant à l'usage de SPICO Discussions. La présence d'un seul IDE de l'HAD s'explique par le fait qu'il est le seul IDE utilisateur de SPICO.

5.2.1 *Un besoin effectif qui nécessite un ancrage plus fort dans les pratiques*

IDE et IDEL s'accordent sur l'intérêt de l'outil, et pensent qu'il faudra développer les usages de SPICO à l'avenir, même si l'IDE estime que cet outil sera plus pertinent pour les IDEL que pour l'HAD, leur permettant d'avoir une trace écrite de leurs échanges, ce qui les protégerait en cas de survenue d'un problème.

En effet, les IDEL sont demandeurs de davantage d'échanges écrits au sujet des patients et estiment que les échanges par téléphone peuvent être mal compris ou mal interprétés alors que si l'information est communiquée sur SPICO, « *on a le moyen de revenir dessus et demander confirmation.* »

Ils signalent par ailleurs qu'au cours d'une journée de formation à l'Union Régionale des Professionnels de Santé des Infirmiers Libéraux (URPS-IL), les professionnels présents ont été fortement encouragés à sécuriser leurs échanges : « *c'est ou SPICO, ou TéléO, il n'y en n'a pas 36 non plus pour les professionnels de santé, donc, il va falloir qu'on y aille.* »

Ainsi, tout en précisant que lorsque cela est possible, l'usage de SPICO Discussions est apprécié et représente une ressource pour l'activité des soignants, les professionnels expriment le souhait de rendre la coordination interprofessionnelle plus efficiente et de se conformer à la réglementation en sécurisant les échanges.

Toutefois, ils ont conscience des contraintes et limites à cet usage, au moins dans l'immédiat.

5.2.2 *Des contraintes au déploiement et à l'usage de SPICO*

Le nombre réduit d'échanges entre HAD et IDEL que nous avons observé sur SPICO Discussions peut s'expliquer par le fait que les professionnels de l'HAD en particulier sont soumis à un certain nombre de contraintes.

Pour le déploiement de SPICO Discussions à l'HAD psychiatrique, un seul smartphone a été fourni à l'équipe d'IDE par le CH. Or, les IDE ne disposent pas des codes nécessaires pour utiliser ce smartphone. Seul un IDE a choisi d'utiliser SPICO sur son téléphone personnel. Il relève alors une problématique organisationnelle interne au CH qui empêche ses collègues d'utiliser SPICO, ceux-ci ne souhaitant pas

faire usage de leurs smartphones personnels. L'encouragement à l'usage d'un outil sécurisé trouve ici ses limites dans la mesure où cela nécessite que l'établissement fournisse les moyens nécessaires à la sécurisation des échanges à ses salariés.

Une autre limite quant à l'usage de SPICO vient du fait qu'au sein de l'HAD psychiatrique, la cadre est la seule personne qui connaisse la procédure pour créer un dossier patient. Un des IDE a également été formé par l'animateur territorial d'e-santé Occitanie mais n'ayant pas pratiqué suffisamment, il dit ne plus savoir comment faire. Ainsi, en cas d'indisponibilité de la cadre, ou en son absence, aucun fil de discussion n'est créé, empêchant ainsi l'usage de SPICO Discussions. L'IDE annonce qu'il va reprendre contact avec l'animateur territorial d'e-santé Occitanie afin de se former à nouveau. En effet, lui comme l'une des IDEL ont fait des tentatives de création de dossier patient pour y rattacher un fil de discussion, mais ils n'ont pas réussi à finaliser la procédure. Ils déclarent d'ailleurs que la création de dossiers patients dans SPICO n'est pas intuitive mais qu'ils souhaitent s'affranchir de la présence de la cadre pour fonctionner de manière plus autonome.

Par ailleurs, SPICO étant un outil proposé par e-santé Occitanie, les professionnels dont les coordonnées figurent dans l'annuaire de l'outil doivent répondre à un certain nombre d'obligations légales, dont l'inscription des infirmiers à l'Ordre National des Infirmiers. L'IDE présent a accompli cette démarche car il trouve que SPICO, en tant que messagerie sécurisée, est un outil pertinent. Néanmoins, il doute que ses collègues souhaitent répondre à cette obligation, sachant que les IDE pratiquant au CH bénéficient d'une forme de dérogation qui ne leur impose pas cette contrainte : *« ça freinera beaucoup de mes collègues de savoir qu'ils doivent s'inscrire dans un Ordre qu'ils trouvent complètement inutile. »* Ainsi, cette inscription obligatoire impose une limite supplémentaire à l'usage de SPICO par les autres IDE de l'HAD.

Le fait qu'un seul IDE ait accès à SPICO peut être à l'origine de défauts d'échanges sur SPICO car lorsque celui-ci est absent, les informations sont rarement communiquées à travers l'outil. Les IDEL rapportent d'ailleurs que leurs messages sur SPICO restent souvent sans réponse et qu'ils sont souvent obligés de téléphoner à l'HAD pour obtenir l'information souhaitée. Une IDEL exprime la difficulté qu'elle éprouve à adresser des messages car elle sait qu'en l'absence du seul IDE qui a accès à SPICO, ses messages ne seront probablement pas traités : *« donc, à qui je l'envoie ? si je te l'envoie, mais que tu ne travailles pas... tu comprends ? »*

Ces limites à un usage simple et fluide de SPICO Discussions au sein de l'HAD imposent des contraintes aux IDEL qui se trouvent confrontés à des situations dans lesquelles il est difficile d'obtenir certaines informations, ou bien dans lesquelles les informations en provenance de l'HAD apparaissent contradictoires. C'est le cas par exemple d'un patient pour lequel aucun fil de discussion n'avait été créé (du fait des contraintes décrites ci-dessus). Les échanges ont donc eu lieu par téléphone, avec différents interlocuteurs aussi bien de l'HAD que du cabinet infirmier. A 3 reprises, l'HAD informe le cabinet d'IDEL que le patient va sortir. Cette information est contredite plus tard, puis reconfirmée à différents IDEL. L'incompréhension qui en résulte a généré non seulement de l'incertitude quant à l'arrêt ou non des soins pris en charge par le cabinet d'IDEL, mais aussi des difficultés de facturation des actes.

Toutes ces contraintes conduisent à un usage très réduit de SPICO et expliquent le peu d'échanges que nous avons observés, empêchant ainsi une coordination interprofessionnelle efficiente. D'ailleurs, les PS ont bien conscience que les contraintes matérielles et organisationnelles de l'HAD limitent le déploiement et l'usage de l'outil.

5.2.3 *Des leviers pour améliorer la coordination à travers SPICO Discussions*

Au-delà de nous permettre d'avoir un retour d'expérience des professionnels sur l'usage ou le non-usage de SPICO Discussions, cette réunion a été l'occasion d'ouvrir un débat sur le travail entre professionnels qui, malgré leurs relations étroites et leurs échanges réguliers autour des patients, n'avaient jamais eu l'occasion de parler de leur travail et de leurs attentes quant au travail mené en commun.

L'IDE comme les IDEL ont trouvé beaucoup d'intérêt à la réunion que nous avons provoquée et qui leur a permis d'envisager un mode de coordination futur dans de meilleures conditions après une période qu'ils considèrent de test.

Ainsi, ils conviennent qu'un certain nombre de points restent à clarifier, notamment concernant les documents qui peuvent être intégrés ou non dans SPICO, par exemple les résultats d'examens biologiques ou les ordonnances. Ils imaginent également des solutions alternatives au dossier par patient pour pouvoir mieux se coordonner à travers SPICO, comme la création d'un fil de discussion générique qui leur permettrait d'échanger sur tous les patients communs, ou encore l'usage de SPICO sur l'interface web au cours des staffs de l'HAD, ce qui permettrait d'associer tous les IDE aux échanges sans nécessairement qu'ils disposent d'un smartphone professionnel.

Toutefois, plusieurs mois après cette réunion, nous constatons qu'aucun nouvel usage de SPICO Discussions n'a eu lieu depuis le 19 janvier 2024, ni par l'HAD, ni par les IDEL, en tout cas sous la forme prévue à l'origine. Il est aussi possible que nous n'ayons pas été associées aux échanges ultérieurs à cette réunion au cours de laquelle nous avons annoncé la fin prochaine de notre recherche.

6. Synthèse

En synthèse des résultats, la figure 11 modélise les situations d'usage des différents supports par les professionnels impliqués dans la prise charge des patients.

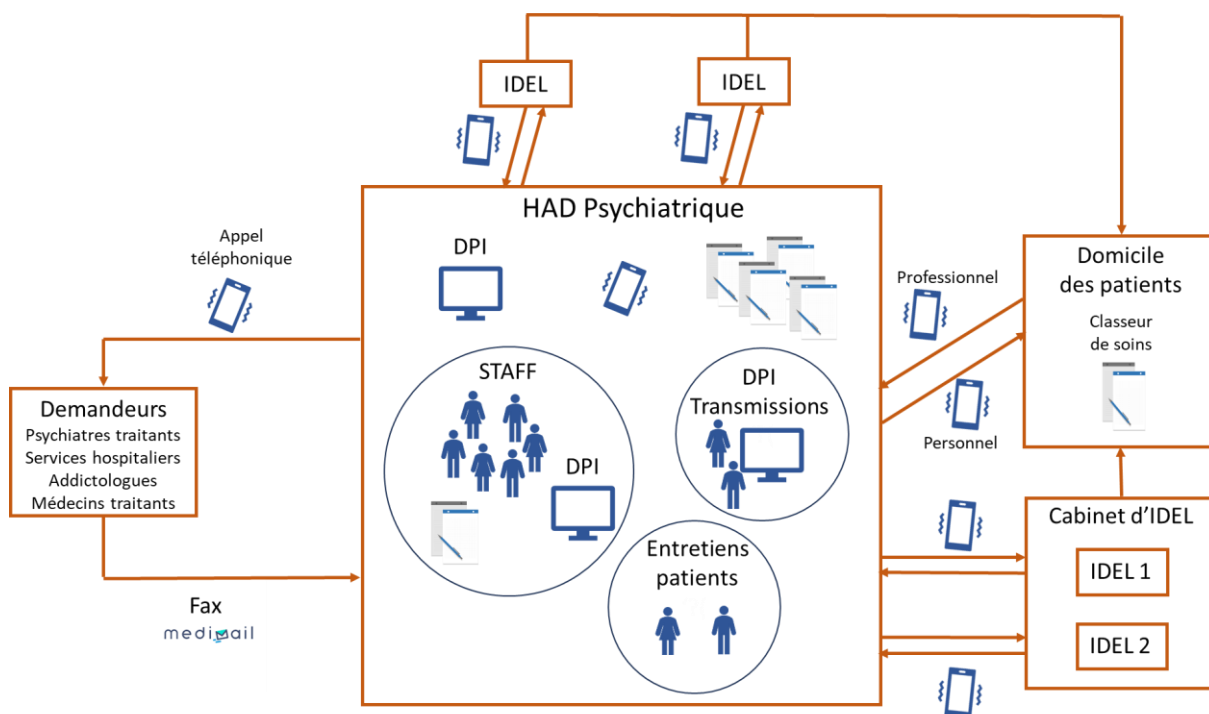


Figure 11 : Situations d'usage des différents supports par différents PS à l'HAD psychiatrique de Montauban

L'ensemble de ces éléments permet de mettre en évidence qu'au sein de l'HAD psychiatrique de Montauban :

- ❖ L'équipe étant réunie au sein de l'HAD, la coordination se fait essentiellement oralement, au cours des staffs ou de manière informelle à chaque fois que nécessaire.
- ❖ Le DPI est un support essentiel à l'activité des PS. Au-delà du fait qu'il permet de répondre aux exigences réglementaires, les PS y consignent les comptes rendus détaillés des entretiens infirmiers afin de garantir le suivi de l'état de santé des patients, qui sont consultés quotidiennement.
- ❖ Lorsqu'ils se trouvent à l'extérieur de l'HAD, le téléphone reste l'outil privilégié par tous les PS, pour les échanges entre eux ou avec les PS hors HAD.
- ❖ Les PS ne connaissaient pas SPICO. L'expérimentation de l'outil au cours de la recherche a montré son utilité, liée notamment au fait qu'il permet un accès plus rapide et fiable aux modifications régulières de prescriptions, qui sont caractéristiques des soins psychiatriques. Cependant, les contraintes matérielles et organisationnelles de l'HAD limitent le déploiement et l'usage de l'outil.

IV. L'HAD d'Albi

1. Présentation du service et méthodologie

L'HAD est un service du CH d'Albi et, à l'instar de l'HAD de Montauban, son organisation dépend de l'organisation générale et des décisions de l'établissement, entre autres concernant l'octroi de moyens humains et matériels. Ce service existe au sein du CH depuis 2008. L'ancienneté du personnel est répartie de manière plutôt homogène, certains professionnels ayant moins de 5 ans d'ancienneté et d'autres, plus de 15 ans.

La zone d'intervention de l'HAD d'Albi est le nord du Tarn, le sud du département étant attribué par l'ARS à une HAD privée située à Castres. Certains patients peuvent être domiciliés loin d'Albi, ce qui engendre des trajets pouvant aller jusqu'à 50 minutes depuis l'HAD.

L'HAD d'Albi dispose d'une autorisation de prise en charge de 48 lits mais au cours de l'année 2022, elle a régulièrement dépassé ce nombre, atteignant en moyenne 110% de sa capacité de prise en charge, avec un taux d'occupation effectif entre 50 et 52 lits : *« ça fait 8 ou 9 mois qu'on est entre 51 et 52 »*, nous dit le médecin coordinateur. Ce surcroît d'activité a eu pour conséquence une augmentation de l'intensité du travail des soignants comme du personnel administratif.

En 2018, l'HAD a choisi de se doter d'un logiciel dédié à la pratique en HAD : MH Care. Bien que son déploiement ait été ralenti par la crise sanitaire, MH Care est aujourd'hui le principal outil utilisé par les PS. En 2021, une tablette a été déposée au domicile de chaque patient pour faciliter l'accès aux informations et la traçabilité des actes. Depuis 2022, une application mobile utilisable sur smartphone et disponible hors réseau a également été déployée.

Le personnel de l'HAD est réparti comme suit :

- 1 médecin coordonnateur
- 1 médecin (80%)
- 1 cadre de santé
- 2 IDEC
- 11 IDE (10,8 ETP) : exclusivement des femmes
- 6 AS (dont 1 à 90% et 1 à 75%) : exclusivement des femmes
- 1 AS logisticien
- 1 psychologue (50%)
- 1 assistante sociale (50%)
- 1 secrétaire + 1 secrétaire remplaçante depuis septembre 2023

Les IDEC travaillent 4 jours par semaine de 8h à 18h hors week-ends et jours fériés. Si besoin, certaines IDE peuvent occuper un des 2 postes de coordination.

Les IDE travaillent en semaine comme le week-end sur des postes répartis comme suit :

- IDE 1 : 7h30 – 17h30
- IDE 2 : 8h – 18h
- IDE 3 : 8h – 18h
- IDE 4 : 9h – 19h

L'IDE 4 est par ailleurs d'astreinte pour la nuit qui suit son poste.

Le lundi, une IDE supplémentaire est présente et prend en charge la préparation des piluliers et les commandes de dispositifs médicaux à la Pharmacie à Usage Interne (PUI).

Les AS travaillent en semaine comme le week-end sur des postes répartis comme suit :

- AS 1 : 7h30 – 15h48
- AS 2 : 7h30 – 15h48
- AS 3 : 10h – 18h

L'AS logisticien et la secrétaire travaillent de 9h à 17h tous les jours de la semaine, hors week-ends et jours fériés.

Les médecins travaillent en journée et assurent une astreinte téléphonique de nuit mais ne se déplacent pas au domicile des patients. La nuit, le patient est orienté vers le SAMU si besoin.

Parmi les 27 salariés de l'HAD d'Albi, nous avons mené 3 entretiens et 21 observations, présentés dans le tableau 7. Les observations des IDE et AS se sont déroulées sur une tournée complète, chaque tournée incluant systématiquement la réunion de transmissions du début d'après-midi. Le médecin coordonnateur a été observé lors d'une visite à domicile de 2h.

Entretiens	Observations
Cadre	Secrétaire
Médecin coordonnateur	Médecin coordonnateur
1 Infirmière coordinatrice/2	2 infirmières coordinatrices
	10 infirmières/11
	5 aides-soignants/6

Tableau 7 : Les différents PS concernés par les entretiens et observations

Nous avons également mené une enquête par questionnaire pour confirmer ou infirmer les résultats de nos entretiens et observations. Par ailleurs, il nous semblait important d'analyser si des différences de points de vue pouvaient exister en fonction des métiers ou des déterminants propres à chacun des professionnels, en particulier l'âge ou l'ancienneté. Enfin, nous souhaitions savoir si la perception des professionnels sur les apports d'un logiciel conçu pour les HAD correspondait aux promesses technologiques du concepteur. Le questionnaire, conçu à partir des entretiens et observations, mais également de l'étude des promesses de l'éditeur du logiciel sur son site Internet, comportait 35 questions. Au-delà des informations générales concernant les répondants, le questionnaire interrogeait le personnel sur le logiciel dédié utilisé au sein du service, notamment sur la formation au logiciel, la fréquence d'utilisation, le support privilégié pour utiliser l'outil, les lieux d'usage, les fonctionnalités utilisées par chacun des professionnels et les apports du logiciel quant à l'activité de chacun. Il a été distribué à tous les professionnels du service. 22 salariés sur 27 y ont répondu.

Par ailleurs, nous avons élaboré une grille d'observation auto-administrée par des IDE et AS afin de mettre en évidence le support qui était majoritairement utilisé par ces dernières (tablette, smartphone ou ordinateur fixe) et les lieux et moments privilégiés d'utilisation. Ce recueil devait se faire en toute

autonomie par les PS au cours de 7 journées de travail. Nous avons eu très peu de retours sur ce recueil, seules 7 PS sur 17 ayant rempli la grille. Néanmoins, des résultats ont pu être dégagés de ces retours.

2. La prise en charge des patients

2.1 L'admission

Comme dans les autres HAD, la prise en charge des patients se fait sur demande d'un PS ou d'un service hospitalier. A réception de la demande par ViaTrajectoire, Médimail ou fax, la secrétaire enregistre une pré-admission virtuelle sur le logiciel Pastel, logiciel de gestion administrative du CH. Ce logiciel est lié aussi bien au DPI du CH qu'à MH Care. Cette pré-admission virtuelle est utile pour l'identification complète du patient avant son admission. Dans le cas où la demande n'émane pas du CH d'Albi, elle permet également de savoir si le patient a déjà été traité au sein du CH et de rechercher son historique médical dans le DPI.

La demande est discutée entre le médecin coordinateur, les IDEC et parfois le cadre, la décision et le délai de prise en charge dépendant d'une part de la pathologie et du contexte général dans lequel évolue le patient et d'autre part de la disponibilité des équipes. Ainsi, la demande peut être rejetée si les conditions d'accueil au domicile du patient ne sont pas réunies. Par exemple, si un patient vit seul à son domicile mais que son état ne lui permet pas d'être autonome pour s'alimenter ou prendre ses traitements, l'HAD ne pourra pas le prendre en charge et informera le demandeur de la nécessité d'une autre orientation pour le patient : *« si le patient est tout seul et qu'il n'y a pas d'aidant et que c'est un monsieur ou une dame qui est grabataire et doit rester au lit, comment il fait pour manger ? Il y a des fois où c'est non parce que c'est pas possible, et là c'est fini. Mais c'est rare. »* Il n'y a pas systématiquement de visite à domicile préalable à l'admission du patient, mais si elle est jugée utile, celle-ci peut être assurée soit par un médecin, soit par une IDEC.

Une fois le principe de l'admission validée, l'IDEC crée le projet de soins et contacte les IDEL afin de décider la répartition des soins entre HAD et IDEL de façon conjointe. La rémunération qui sera versée aux IDEL est également définie à ce stade pour éviter des réclamations et s'assurer qu'elle correspond à leurs attentes : *« ce qu'on fait maintenant, c'est que quand on prend un patient, qu'on a les infirmiers au téléphone, on acte les soins qu'ils font et on acte les cotations. Donc, on s'entend sur les cotations, comme ça, après, il n'y a plus de surprise. On s'entend, on part sur une bonne base, c'est validé. »* Le projet de soins est alors intégré dans le volet dédié sur MH Care.

Par ailleurs, l'IDEC renseigne dans un onglet « Macro-cible » de MH Care toutes les informations d'ordre médical dont elle dispose sur le patient. Les médecins récupèrent alors ces données pour les copier dans le « Dossier Médical » de MH Care, en y ajoutant éventuellement d'autres éléments à leur disposition. Ces informations leur seront utiles pour évaluer l'état de santé du patient à l'admission et prendre le relais des professionnels demandeurs.

Dans la mesure où il n'y a pas d'interopérabilité entre ViaTrajectoire et MH Care, les médecins doivent ressaisir les ordonnances accompagnant la demande, établissant, le cas échéant, une seule prescription qui agglomère toutes les ordonnances reçues en même temps que la demande. Cette ressaisie s'effectue sur MH Care qui est également utilisé par la PUI. Ainsi, dès la saisie des ordonnances, la PUI peut consulter les prescriptions, les valider ou attirer l'attention des médecins sur une éventuelle incohérence, et préparer les traitements.

De son côté, la secrétaire prépare le dossier d'accueil papier du patient qui comprend un certain nombre de documents administratifs comme le formulaire de consentement du patient ou encore le formulaire de désignation de la personne de confiance.

Avant l'admission physique du patient, la secrétaire commande également le matériel nécessaire. L'HAD dispose d'un certain stock de matériel qui lui appartient mais commande également du matériel en location à des prestataires. Même si MH Care dispose d'un onglet « Commande de Matériel », la secrétaire, arrivée peu après la création de l'HAD dans le service, a développé ses propres outils de commande et de suivi, comme une fiche de suivi par patient, et n'utilise donc pas MH Care pour la gestion du matériel. Celui-ci est livré au domicile soit par l'AS logisticien, le cas échéant accompagné par un prestataire de matériel, soit directement par le prestataire, sans intervention de l'AS logisticien. La secrétaire est également en charge des prises de rendez-vous et des commandes de transport pour les patients. Par ailleurs, elle gère le dossier administratif du patient ainsi que le dossier papier qui ne comporte que des documents devant obligatoirement être conservés sous format papier. Toutefois, ces documents sont également numérisés et intégrés au dossier numérique du patient par la secrétaire.

De son côté et en fonction des besoins du patient, l'assistante sociale intervient auprès des structures compétentes pour mettre en place les aides adaptées dont le versement de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) et l'intervention d'Auxiliaires de Vie Sociale (AVS).

Après installation du matériel, l'admission physique des patients est faite au domicile par une des IDE. A cette occasion, l'IDE remet le dossier d'accueil au patient en lui fournissant les explications nécessaires. Une tablette numérique est également déposée chez le patient. Cette tablette est dans un premier temps utilisée par l'IDE qui procède à l'admission en renseignant les éléments nécessaires sur MH Care. Elle dispose pour cela d'une « Check List IDE : Entrée » composée de différents items et qui sert de fil conducteur à l'entretien d'admission. Au cours de cette première visite à domicile, l'IDE prend des photos de divers documents : Carte Nationale d'Identité, Carte Vitale et carte de mutuelle : *« ça, en fait, c'est pour notre secrétaire, pour qu'elle puisse faire le dossier d'entrée convenablement. »* Il s'agit ici du dossier administratif du patient. Elle prend également en photo l'ordonnance du traitement permanent du patient, ce qui permettra au médecin de l'HAD de recopier l'ordonnance pour la délivrance du traitement. En effet, à partir du moment où un patient est pris en charge en HAD, tous les soins et traitements sont fournis par l'HAD, même s'ils ne concernent pas directement la pathologie pour laquelle le patient a été orienté vers l'HAD. L'IDE prend enfin des photos des documents d'hospitalisation du patient et du courrier pour son prochain rendez-vous : *« Là, c'est purement...je suis désolée, on ne parle pas beaucoup, c'est vraiment que des questions euh... »*. Ainsi, l'IDE a bien conscience qu'elle occulte la relation au patient pour procéder au traitement purement administratif de l'admission.

Toutes les photos sont prises directement sur MH Care, en utilisant l'application mobile sur le smartphone. Les divers documents sont donc directement intégrés dans le dossier numérique du patient sur MH Care. Cela permet de ne jamais départir le patient des documents originaux.

Par la suite, la tablette doit être utilisée pour la traçabilité des soins.

Au cours de cette visite d'admission, le traitement du patient lui est remis pour une semaine, sur la base des ordonnances préalablement établies par le demandeur. Il sera ajusté par le médecin de l'HAD en fonction de l'évolution de l'état de santé du patient.

2.2 La prise en charge à domicile

Des caisses nominatives par patient sont prévues à l'HAD. Celles-ci sont utilisées pour transporter les médicaments ou petits matériels nécessaires au domicile des patients. A chaque fois qu'une AS ou une IDE note des éléments manquants (médicaments ou petit matériel fournis par l'HAD) au domicile d'un patient, elle les ajoute à son retour de tournée dans la caisse du patient pour livraison lors du passage suivant. Ainsi, avant de partir en tournée, les IDE vérifient toutes les caisses des patients à visiter et les récupèrent si elles contiennent des médicaments ou matériels. Elles préparent également le matériel dont elles auront besoin pour les soins prévus, notamment pour les prélèvements sanguins.

Le lundi, une IDE est dédiée aux commandes des dispositifs médicaux et à la préparation des piluliers. Les piluliers hebdomadaires sont déposés dans les caisses des patients et sont livrés lors des tournées tous les mercredis. Toutefois, un traitement peut être ajusté au cours de la semaine.

Les plannings des tournées, préalablement établis et imprimés par les IDEC, sont consultés tous les matins par les IDE et AS qui échangent de manière informelle au sujet des patients avant le départ pour leurs tournées respectives. Il arrive qu'au cours de cet échange, elles décident d'un commun accord de modifier une ou plusieurs tournées. Elles régulent ainsi leur activité individuelle et collective en fonction des derniers éléments connus sur les patients. En effet, l'état d'un patient peut avoir évolué au cours de la nuit ou encore, le médecin peut avoir demandé des examens complémentaires pour un patient, ce qui peut entraîner un allongement du temps que l'IDE doit passer chez ce patient et qui par conséquent, réduira le temps que l'IDE pourra consacrer aux autres patients prévus sur sa tournée. Dans ce cas, une collègue pourra proposer d'alléger sa charge de travail en se rendant chez certains de ses patients. Néanmoins, préalablement à ces échanges, les IDE et AS peuvent également consulter le dossier du patient sur MH Care, soit sur l'un des ordinateurs de l'HAD, soit sur leur smartphone, pour prendre connaissance des dernières transmissions concernant les patients qu'elles doivent visiter dans la journée.

Les IDE et AS sont tenues de valider les soins pratiqués et faire des transmissions sur MH Care. Elles ont la possibilité de le faire soit à partir des tablettes qui se trouvent chez les patients, soit à partir de leurs smartphones sur l'application mobile, soit à partir d'un des deux ordinateurs fixes disponibles dans les locaux de l'HAD. Il existe une grande diversité de pratiques, celles-ci dépendant d'une part des personnes, d'autre part des soins à prodiguer aux patients, et enfin du temps disponible en cours de tournée.

2.3 Des espaces de coordination intra-HAD : les transmissions orales aux staffs outillées par MH Care

Le lundi matin, un staff élargi est organisé sur toute la matinée en présence des médecins, du cadre de santé (dans la mesure du possible), des IDEC, de l'IDE présente le lundi pour la préparation des piluliers, de la psychologue et de l'assistante sociale. Ce staff est destiné à discuter de tous les patients suivis par l'HAD dans le détail et à prendre si besoin des décisions concernant leur prise en charge. Au cours du staff, le médecin coordinateur indique dans le volet « Observations Médicales » du dossier patient dans MH Care les informations pertinentes à connaître.

Un staff quotidien d'environ 1h30 est par ailleurs organisé à 13h30 en présence de toutes les IDE et AS de la journée, d'une ou deux IDEC, d'un ou deux médecins et de la psychologue si elle travaille ce jour-là à l'HAD. Les IDE et AS travaillant sur des journées complètes, il ne s'agit pas de faire des transmissions

inter-équipes mais plutôt des transmissions intra-équipe, et surtout d'informer les médecins de l'état de santé des patients vus dans la matinée. Le médecin présent prend, si nécessaire, des notes directement sur son ordinateur portable dans le dossier médical du patient sur MH Care et ajuste son traitement. Des arbitrages sont également opérés en fonction des informations fournies par les soignantes. Le médecin coordinateur accorde une place prépondérante au staff quotidien, mais également aux échanges verbaux que les médecins ont de manière informelle tout au long de la journée avec les IDE et AS : « *les équipes à domicile sont nos yeux et nos oreilles.* »

A la fin du staff, l'IDE d'astreinte nomme tous les patients de l'HAD et note, le cas échéant, les éléments nouveaux à connaître qui lui auront été communiquées par ses collègues sur la liste imprimée des patients. Cette liste est le seul document papier utilisé au cours du staff. Cette étape est nécessaire à l'IDE d'astreinte pour lui permettre de disposer de tous les éléments dans le cas où elle serait appelée dans la soirée ou la nuit pour prendre en charge un patient. Enfin, le médecin coordinateur ou une IDEC communiquent les nouvelles informations utiles à tous.

Au cours du staff, certaines IDE valident leurs soins et font leurs transmissions de la matinée sur MH Care, soit à partir de l'un des 2 ordinateurs fixes disponibles à cet effet, soit à partir de leurs smartphones.

Le tableau 8 résume toutes les étapes du parcours d'un patient pris en charge à l'HAD d'Albi et précise les différents supports utilisés. Les codes couleur utilisés permettent de mettre en évidence les supports les plus fréquemment utilisés par les PS, en particulier MH Care qui a une place centrale dans l'activité.

	Etapas HAD	Supports							Lieux		
		ViaTrajectoire	Courriel (Médimail)	SPICO	MH Care	Téléphone	Ordinateur (Internet)	Papier	Fax	HAD	Domicile
En amont de l'admission	Réception de la demande					Puis trace d'entrée de				et service hospitalier	
	Création d'une consultation fictive pour préadmission				Logiciel Pastel						
Lors de l'admission	Evaluation de la demande, visite préalable à l'admission si besoin									ou service hospitalier	
	Validation de la prise en charge										
	Création du dossier patient										
	Courrier de préadmission										
	Création du dossier médical, observations, prescription										
	Ressaisie des ordonnances du médecin prescripteur										
	Mise en place du planning de prise en charge						Pages jaunes				
	Création du projet personnalisé de soin										
Prise en charge du patient	Mise en place des AVS, suivi de l'APA (Alloc. Person. d'Autonomie)										
	Préparation du dossier d'accueil										
	Commande du matériel si besoin										
	Commande de dispositifs méd. et médicaments à pharmacie de ville si besoin					Puis fax			Si tel		
	Commande de stupéfiants si besoin							Carnet dédié			
	Préparation des caisses à partir du projet de soin (Caisse de base + autres selon la pathologie)										
Chez le patient	Préparation des piluliers à partir du projet de soin										
	Commande de transport si besoin							Bible			
	Prises de rendez-vous si besoin							Bible Bible			
	Contrôle des soins à effectuer et préparation du matériel le cas échéant										
	Signature des documents à la visite d'entrée										
	Intégration des photos des docs du patient (CNI, carte vitale et mutuelle) si patient inconnu du CH										
	Dispensation des soins prévus										
	Prise de constantes										
Retour à l'HAD	Prises de photos de pompes ou plaies										
	Transmissions : validation des actes, report des constantes, commentaires					Photo sur smartphone					
	Prise en compte des demandes/ besoins des patients					Notes sur smartphone					
	Visite du médecin et ajustement du traitement si besoin										
Lors de la sortie	Transmissions : validation des actes pratiqués, report des constantes, commentaires si besoin										
	Transmissions orales lors du staff quotidien										
	Constat du décès										
	Courrier de sortie/certificat de décès										
	Prescription de traitement ou matériel portée au domicile										
	Récupération du matériel										
	Arrêt de la fiche de commande de matériel										
	Information aux PS libéraux pour arrêt de leur facturation à l'HAD										

Tableau 8 : Etapes du parcours patient et supports utilisés

Légende	
ViaTrajectoire	Téléphone
Médimail	Ordinateur
SPICO	Papier
MH Care	Fax

3. MH Care, un outil numérique au cœur des pratiques de l'HAD

A partir de début 2021, l'HAD a commencé à utiliser MH Care en même temps que les supports papier, notamment pour tout ce qui concernait le dossier patient. L'usage a petit à petit évolué pour parvenir à utiliser de moins en moins de documents papier. Aujourd'hui, l'usage du papier est très réduit au sein de l'HAD d'Albi, notamment pour tout ce qui concerne le dossier patient qui n'existe que dans un format numérique, les dossiers papier ayant été supprimés au fur et à mesure du déploiement de MH Care. L'ambition du cadre est d'éliminer tout usage du papier pour atteindre un fonctionnement 100% numérique à fin 2025, avec entre autres une numérisation systématique de tout document papier traité par l'HAD.

3.1 Une organisation du travail intégrant l'outil numérique MH Care

3.1.1 Des acteurs ressources au sein de l'HAD

a) Le cadre, porteur du projet

Depuis le déploiement de MH Care au sein de l'HAD, le cadre actuel, infirmier du service en 2021, a été détaché des soins et mandaté pour porter le projet d'informatisation du service. Celui-ci a une très bonne connaissance du logiciel et de ses possibilités et représente une personne ressource pour l'équipe quant à l'usage de MH Care.

Il entretient des relations privilégiées avec MH Comm, la société conceptrice du logiciel : *« on se sent un peu individualisé, écouté et s'il y a un truc qu'on aimerait développer, il en tient compte. Moi le circuit du médicament, la validation pharmaceutique et tout ça, on a fait des webinaires, on a fait des groupes de travail, ça a été développé par des pharmaciens de plusieurs... Du coup on a participé un peu à ce déploiement, aujourd'hui on est content, je suis super content de vous montrer tout ça parce que c'est du travail qu'on a fourni. »* Cette relation privilégiée permet au cadre de formuler des demandes de développement qui par ailleurs, seront déployés dans d'autres HAD, ce qui bénéficie à MH Comm. Par son travail de veille et de suivi et grâce aux remontées du terrain et à l'expression des besoins de l'HAD, le cadre participe à l'amélioration continue du logiciel.

Il contribue également à la promotion de MH Care en échangeant avec d'autres HAD à la demande de MH Comm pour leur faire part des usages et difficultés de terrain rencontrés à l'HAD d'Albi : *« je lui ai dit : « mais moi là-dedans, je ne veux pas t'amener de clients, moi je ne suis pas commercial, moi je veux juste rendre compte de comment ça se passe à l'HAD d'Albi, MH Comm on est très satisfait globalement, donc je vais en parler positivement », il le sait en plus, « par contre je vais te dire vraiment les réalités terrain, donc sur le déploiement c'est un peu compliqué, sur les mises à jour c'est un peu plus long que prévu et il y a des bugs qui sont occasionnels, donc liés aux mises à jour ou aux interop et voilà. » Et du coup c'est quand même, on a quand même un échange qui est quand même, ça fait familial avec MH Comm, ça fait un peu donnant-donnant. »* Dès lors, lorsque le cadre formule des sujets d'insatisfaction, il a l'assurance que, dans la mesure du possible, MH Comm règlera rapidement les dysfonctionnements.

Même s'il se dit très satisfait de MH Comm : *« globalement, moi je suis très satisfait de MH Comm »*, le cadre relève toutefois un certain nombre de dysfonctionnements et des lenteurs, en particulier pour les nouveaux développements. Selon lui, MH Comm est plutôt réactif pour corriger les dysfonctionnements, souvent liés aux mises à jour : *« ils sont plus réactifs sur quelques éléments. Sur les bugs, ils sont très réactifs. Dans la semaine, on a le correctif, voire dans la journée »* mais l'entreprise ne se montre pas toujours réactive pour développer de nouvelles fonctionnalités ou déployer des

fonctionnalités existantes en les adaptant à l'HAD d'Albi : « *MH Comm a beaucoup de défauts sur la lenteur des développements. Avant la certif, on avait demandé le nouveau module de pharmacie qu'ils avaient développé début 2022. Donc, ils nous l'avaient promis pour octobre 2022, pour qu'à la certif, le circuit du médicament soit conforme aux pratiques. Et il a été déployé le 25 mai 2023.* » Ainsi, la lenteur des réponses apportées par MH Comm aux demandes de l'HAD peut avoir un impact sur l'activité et la valorisation du service, comme cela a été le cas pour la certification.

En interne, le cadre s'emploie à augmenter le taux d'utilisation de MH Care pour la validation des soins et les transmissions, d'une part en contribuant à l'adaptation de l'outil aux besoins du service et d'autre part, en nommant des référentes MH Care par métier.

b) Des référentes MH Care par métier

Le cadre a désigné une IDEC, une IDE et une AS comme référentes MH Care avec pour objectif qu'elles acquièrent une certaine expertise du logiciel et puissent former leurs collègues, répondre à leurs interrogations et contribuer ainsi à l'amélioration d'une part des pratiques et d'autre part, de l'outil : « *mon objectif c'est d'essayer de passer le relais pour que d'autres personnes aient l'expertise sur le dossier patient. Elles, ce que je leur demande, c'est de l'expertise dans la planification du soin, dans les transmissions ciblées et dans la vie quotidienne de MH Comm, la formation des nouveaux libéraux, l'application mobile, tout ce qui est la vie courante.* »

Ainsi, les référentes font un travail effectif, souvent invisible, de sensibilisation, de formation et de contribution à l'amélioration des usages, comme nous le dit l'IDEC référente MH Care : « *Le but, en fait, nous, si on est référent, c'est que quand même, je pense qu'on utilise quand même bien comme il faut le logiciel et qu'on essaie de le tenir à jour. Et on est censé, s'il y a un problème, pouvoir former nos collègues, leur dire : « il vaut mieux que tu fasses comme ça » ou « il faut que tu fasses comme ça », enfin, voilà. Et qu'on essaie de déployer à l'extérieur.* » Or, L'IDEC estime dans un premier temps ne pas faire un travail de formation de ses collègues :

« *Ergonome : donc, les référentes, vous êtes censées pouvoir former les autres à l'usage de l'outil ?*

IDEC : oui.

Ergonome : est-ce que vous le faites ?

IDEC : (silence)...non. Enfin, oui et non, enfin si. »

Elle n'a ainsi pas conscience de fournir ce travail invisible de formation qui est plutôt fait de façon empirique, en fonction des besoins et des difficultés qui se présentent : « *si je les vois faire d'une certaine façon et qu'il y a une façon plus simple, je vais dire « voilà, tu peux faire facilement, voilà ». Aux transmissions, si elles me disent qu'il y a un code pour entrer à l'EHPAD, le code de la boîte à clé, je vais leur dire « vous savez, vous pouvez le mettre à ce niveau-là », voilà. Donc, ça va être un peu tous les jours quand il va y avoir des questions », sans formalisation : « je vais pas faire une session de formation MH Comm ». Ainsi, l'IDEC mobilise du temps et des ressources pour contribuer à l'amélioration des pratiques numériques de ses collègues, sans pour autant que ce travail soit pris en compte et reconnu en tant que tel, y compris par elle-même.*

3.1.2 La formation à MH Care

a) Une formation interne essentiellement fondée sur la pratique

Lors du déploiement de MH Care au sein de l'HAD, certains membres de l'équipe, dont le cadre et 2 des 3 référentes MH Care, ont été formés par les représentants de la société conceptrice du logiciel. Au cours de nos observations, toutes les AS (hors l'AS référente MH Care) ont affirmé ne pas avoir été formées. Ainsi, les professionnels formés au logiciel sont peu nombreux au sein de l'HAD, et s'il y a une

formation, elle se fait entre pairs, soit au moment de la prise de poste d'un nouvel arrivant comme nous l'avons observé entre deux IDE, soit lorsqu'une situation de blocage se présente, par l'entraide au sein de l'équipe : « *il y a S [le cadre] qui nous a montré des petits trucs au fur et à mesure, et après, on s'auto-forme. A force de faire, on apprend.* » (IDEC).

Du point de vue du médecin coordinateur, l'outil est utile et facilement utilisable sans formation préalable : « *je trouve que c'est un outil qui est quand même hyper ergonomique. On est une génération qui a quand même grandi avec l'informatique. Je veux dire que Medical Objects, j'ai jamais eu de formation sur Medical Objects. C'est à force de cliquer à droite à gauche. Et là, tout est assez transparent, lettre de liaison, compte rendu métier, bon à la limite macrocible, le nom ne parle pas de lui-même, mais on s'y habitue.* »

Toutefois, une formation formelle à l'usage de l'outil peut s'avérer importante pour certains professionnels, notamment ceux qui ne sont pas rompus à l'usage de l'informatique dans la pratique de leur métier. Par exemple, une IDE nous dit que selon elle, il était plus simple de suivre l'évolution de l'état de santé d'un patient sur les diagrammes de soins qui se trouvaient dans le dossier patient à son domicile alors que cela est aujourd'hui impossible avec MH Care. Or, cette fonctionnalité existe dans MH Care mais l'IDE, n'étant pas habituée à chercher des fonctionnalités par elle-même, ne la connaît pas. De la même manière, elle affirme que certains patients sortis de l'HAD sont régulièrement repris en charge mais que leur dossier, qui était auparavant accessible en format papier, ne l'est plus sur MH Care. Pour nous démontrer ce point, elle consulte l'application mobile et en quelques clics, trouve finalement le dossier d'un patient sorti d'HAD.

Un autre professionnel de l'HAD, considérant qu'il était en fin de carrière, refuse d'utiliser un quelconque outil numérique, qu'il s'agisse de l'informatique en général ou de MH Care en particulier, et ce malgré le travail d'accompagnement et la proposition du cadre de lui accorder une formation : « *c'est du travail de passer du temps avec eux. J'ai passé du temps avec lui, déjà pour ouvrir une session Windows et aller sur la boîte mail pour envoyer un mail, c'était compliqué. On ne peut pas faire plus. On ne peut pas imposer MH Care aux agents. Il faut qu'ils voient leur compte, il faut qu'ils voient leur intérêt.* »

Par ailleurs, nous avons observé une situation d'admission où un IDE remplaçant qui travaille régulièrement à l'HAD n'a pas du tout utilisé la tablette pour procéder à l'admission administrative, comme nous avons pu l'observer avec une IDE titulaire. Il l'a simplement mise en route et a expliqué à la patiente qu'elle était destinée au suivi de son état de santé. Nous faisons l'hypothèse que celui-ci n'avait pas été formé à l'usage de MH Care, tout du moins pour ce qui concerne l'admission des patients.

Ainsi, chaque professionnel s'est emparé de l'outil selon ses propres habitudes de travail et sa perception de l'outil. Tous les professionnels nous l'ont confirmé, il n'y a jamais eu de mise en commun des besoins et pratiques afin de construire des usages collectifs intégrant les exigences individuelles et collectives de l'activité. Plusieurs IDE et AS ont déclaré qu'il existait « *des points de vue divergents* » sur l'usage de l'outil et que tous les professionnels n'avaient pas les mêmes pratiques et « *la même rigueur dans la traçabilité.* » Selon elles, cette diversité d'usages et de pratiques rend parfois l'accès aux informations difficiles, celles-ci n'étant pas toujours indiquées dans MH Care. Dès lors, cette diversité de pratiques peut avoir des effets sur l'efficacité des soins, qu'il s'agisse des conditions de réalisation de l'activité individuelle (difficultés d'accès à certaines informations par exemple) ou de la qualité des soins (par exemple : informations non tracées dans l'outil).

b) Un travail invisible de sensibilisation et de formation des PS libéraux

Lorsque les IDEC bâtissent le projet de soins personnalisé lors de l'admission d'un patient à l'HAD, elles prennent contact avec les IDEL qui travaillent déjà au domicile du patient ou que celui-ci leur indique, ou à défaut avec les IDEL du secteur géographique du domicile du patient.

A chaque nouveau cabinet avec lequel l'HAD conventionne, les IDEC font la démarche de sensibilisation à l'usage de MH Care, ce qui représente une charge de travail supplémentaire. Certains IDEL accueillent favorablement la proposition d'utiliser l'application mobile de MH Care, ce qui, dans certains cas, amène les IDEC à leur dispenser une formation minimale afin qu'ils puissent s'approprier l'outil. Mais d'autres refusent d'emblée de s'emparer de l'outil : *« il y en a qui adhèrent et d'autres qui n'adhèrent pas. Il y en a qui disent : « non, non, nous on est vieilles, nous et l'informatique, ça fait 3. » Donc, là, on se dit : bon ok, là, c'est pas la peine. Et il y en a qui préfèrent directement dire : oui, l'application, ça nous va. »*

De la même manière, les IDEC prennent contact par téléphone avec les MG des patients, ou leurs secrétaires, pour les informer de l'existence de MH Care et leur en proposer l'usage afin d'accéder aux dossiers de leurs patients.

Les IDEC font donc beaucoup de tentatives et réalisent un important travail d'information et de sensibilisation pour convaincre les professionnels libéraux d'utiliser MH Care. Ce travail représente un investissement non négligeable mais demeure invisible.

3.2 L'interopérabilité avec les autres outils numériques du CH

3.2.1 Une interopérabilité partielle avec le DPI du CH

MH Care n'est pas interopérable avec Medical Objects, le DPI du CH. Néanmoins, tout patient pris en charge par l'HAD ayant obligatoirement un dossier patient sur MH Care et Medical Objects, il existe des liaisons entre les deux logiciels, notamment pour ce qui concerne l'intégration des courriers médicaux à partir de MH Care dans les dossiers des patients sur Medical Objects.

D'après le cadre, la mise en œuvre de l'interopérabilité est complexe et très onéreuse : *« à ce jour, l'interopérabilité est très onéreuse et tous ces logiciels ne veulent pas travailler ensemble. Et donc c'est difficile d'avoir l'interopérabilité entre MH Care et Medical Objects sur l'hôpital ; puis il y a tous les logiciels des EHPAD, Titan, NetSoin et tout ça. Il n'y a pas de vraie politique et de volonté d'avoir un logiciel commun. Ils ont tous des dossiers, des DPI, et il n'y a pas d'interopérabilité. Si on veut la mettre en place, c'est des choses qui sont très compliquées et très chères. »*

Ainsi, l'interopérabilité voulue par les politiques publiques se confronte ici à la réalité du terrain où elle n'est pas opérante, ce qui peut rendre l'accès aux informations et la coordination pluriprofessionnelle plus complexes du fait de la multiplicité des logiciels et de la diversité des pratiques.

3.2.2 Une interopérabilité avec la PUI qui facilite l'activité

MH Care est interopérable avec la Pharmacie à Usage Interne (PUI), ce qui permet aux pharmaciens d'une part de valider les prescriptions médicales de l'HAD, d'autre part de communiquer avec les médecins en cas de commentaires ou de besoin de précisions, et enfin de préparer les traitements des patients. En effet, lorsqu'un médecin fait une prescription, la PUI reçoit une notification qui lui permet d'en prendre connaissance et de la valider. Il arrive néanmoins qu'un médicament prescrit ne soit pas disponible à la PUI. Le pharmacien peut alors adresser un message au médecin qui, à son tour, reçoit une notification : *« je sais pas, par exemple, Hydroxyzine, il a un doute, ou il l'a pas, il doit le substituer,*

moi, j'ai une petite notification à côté du médicament, quand je vais dessus, j'ai « mot du pharmacien » et quand je clique sur « mot du pharmacien », j'ai « nous n'avons pas Hydroxyzine, nous mettons Atarax » ou « l'Atarax peut avoir des actions avec le Seresta, est-ce que t'es sûr de vouloir le mettre ? » Ainsi, l'outil numérique facilite la coopération pluriprofessionnelle et permet un gain de temps considérable aux PS. En effet, avant que cette interopérabilité ne soit disponible, les échanges avaient lieu par fax et téléphone, ce qui nécessitait plusieurs échanges pour parvenir à un accord sur le traitement d'un patient : *« plus besoin d'envoyer un fax, d'attendre que le fax soit lu, que le pharmacien prenne son téléphone pour poser sa question, et entre temps, moi, j'ai corrigé le truc, donc, on a renvoyé un fax mais ils ont pas vu qu'il y en avait un nouveau. »*

La prise en charge de patients lourds est également facilitée grâce à cette coopération médiée par l'outil numérique comme le souligne le médecin coordinateur :

Là, on est à 50 [patients] avec peut-être 20 soins palliatifs, une dizaine de patients onco et des choses qui sont excessivement lourdes. Il y a parfois pour le même patient 3 modifications du même traitement dans la journée. Parce que le matin, l'infirmière de nuit dit « cette nuit, ça allait pas du tout, il faudrait faire ça », et on le fait. Finalement, aux transmissions à 13h, on temporise en disant « non, mais finalement, ça va mieux donc, est-ce qu'on peut temporiser ? », et l'infirmière du soir qui dit « ben non, en fait, la journée, elle est bien mais toutes les nuits, elle est pas bien, là elle est de nouveau pas bien donc, il faudrait faire », ça peut arriver. Donc là, si on était par fax, comment on fait ? Pour 50 patients ? Ils recevraient 150 fax par jour, ce serait ingérable. Alors que là, quand c'est des modifications qui portent pas vraiment à conséquence, ils voient la modification, ils connaissent leurs stocks, ils se disent « ok, on peut le livrer que demain », s'ils voient qu'après, je suis revenu en arrière, ça s'annule et on n'en parle plus, s'ils ont besoin d'une question, c'est plus réactif parce que directement, je le fais et cling, notification « pourquoi t'as fait ça ? ». Enfin, c'est infiniment plus simple.

3.2.3 Une absence d'interopérabilité avec le laboratoire

MH Care n'est pas interopérable avec le laboratoire du CH, ce qui complique l'accès aux résultats d'examen biologiques et ajoute une charge de travail et une charge mentale aussi bien pour les IDE que pour les médecins.

En effet, lorsqu'un examen biologique est prescrit pour un patient, les IDE ayant pratiqué le prélèvement doivent, au retour de leur tournée de l'après-midi, penser à consulter les résultats sur Medical Objects, imprimer les résultats et, soit les envoyer par courriel au patient, soit les imprimer et les déposer dans la caisse du patient pour qu'ils lui soient transmis lors du prochain passage.

Il arrive régulièrement que les IDE rencontrent des aléas qui entraînent des oublis, ce qui peut avoir des conséquences sur la prise en charge des patients. En effet, les patients peuvent avoir besoin de ces

résultats pour se rendre à un rendez-vous médical ou encore pour l'adaptation de leur traitement, comme le montre la situation observée décrite ci-dessous :

Au cours d'une visite à domicile dans la matinée, une IDE, qui avait assuré l'astreinte de nuit et n'avait pu dormir que 3 heures, a effectué un prélèvement sanguin sur une patiente. La patiente a insisté à plusieurs reprises sur la nécessité impérieuse pour elle de disposer des résultats de cet examen dès le lendemain en vue d'un rendez-vous médical important le surlendemain. L'IDE l'a rassurée en lui disant qu'elle imprimerait les résultats et les mettrait dans la caisse de la patiente chez qui un passage quotidien était programmé. Or, en fin de journée, épuisée, elle a oublié d'imprimer les résultats promis.

Le lendemain matin, nous avons attiré l'attention de ses collègues sur ce point et elles ont alors pu réguler et parer à cet oubli en imprimant et portant les résultats d'examens à la patiente. Mais sans notre intervention, un deuxième passage dans la journée aurait été nécessaire pour transmettre les résultats à la patiente qui ne disposait pas d'une adresse électronique pour les recevoir.

Quant aux médecins, lorsqu'ils ne se trouvent pas dans les locaux de l'HAD, ils ne peuvent pas avoir accès aux résultats des examens biologiques des patients : *« c'est vrai que l'intégration du labo, ce serait qualitatif parce que je pourrais y avoir accès depuis l'application mobile, alors que là, je suis en visite à domicile, j'ai une question de biologie, ben, je suis obligé d'appeler le bureau. »* Ainsi, si un médecin a besoin d'une information relative à des résultats biologiques, il doit appeler une IDEC qui les lui communiquera par téléphone, ce qui alourdira la tâche du médecin et qui, par ailleurs, engendrera une interruption de tâche pour l'IDEC. De la même manière, pour les médecins assurant l'astreinte de nuit sans se déplacer au domicile des patients, le fait de ne pas disposer des résultats d'examens biologiques peut limiter leurs prises de décisions s'ils sont contactés par l'IDE d'astreinte. Un moyen de contourner cela serait de multiplier les outils professionnels à leur domicile, mais cela limiterait le droit à la déconnexion des médecins : *« si l'application que je sais avoir sur mon téléphone pro, je l'ouvre, et j'ai tout, il y a pas de souci. Si je dois multiplier les intrusions du travail au domicile sur de multiples supports, de multiples façons différentes, ça devient trop intrusif et après, on déconnecte jamais du travail. Je le fais pas mais ça m'est arrivé de dire « mince, mais je me rappelle plus, c'était quoi le potassium chez une telle, bon, on verra demain ». Ça, ce serait quelque chose qui serait pour moi extrêmement positif. »* Ainsi, le médecin coordinateur exprime un besoin évident d'une interopérabilité de MH Care avec le laboratoire pour améliorer la qualité de la prise en charge des patients et préserver ses conditions de travail comme celles de l'IDEC, dont l'équilibre entre la vie professionnelle et la vie personnelle.

L'ensemble de ces éléments met en évidence que l'évolution des types de prises en charge, avec des pathologies chroniques et complexes, impacte le temps médical, ce qui peut être, au moins en partie, compensé par le numérique. Cela nécessite cependant de veiller à l'adéquation des outils numériques aux besoins de l'activité de façon à garantir des usages efficaces, sans quoi la simplification attendue peut conduire au contraire à une intensification du travail.

3.3 Une conception dédiée à l'HAD mais éloignée du travail réel

Si MH Care est un logiciel dédié aux HAD qui est relativement apprécié des professionnels, les difficultés rencontrées dans la pratique trouvent leur origine dans une conception de l'outil centrée sur les exigences réglementaires et le travail prescrit, et éloignée du travail réel.

3.3.1 Une conception centrée métiers et fondée sur le travail prescrit

Nos résultats montrent que la conception de MH Care est calquée d'une part sur les obligations réglementaires liées à chaque métier, par exemple la traçabilité des soins pour les IDE et AS, ou encore les courriers d'admission, de liaison ou de sortie pour les médecins, et d'autre part sur le travail tel qu'appris en formation, notamment concernant les transmissions des IDE. Chacun des professionnels de l'HAD utilise MH Care en fonction des besoins et obligations de son métier. Par exemple, pour le traitement médicamenteux d'un patient, le médecin utilise le volet « Prescription » alors que les IDE utilisent le volet « Administration ».

La figure 12 ci-dessous représente la page d'ouverture du dossier d'un patient sur MH Care sur laquelle apparaissent toutes les fonctionnalités possibles de l'outil, classées par métier.

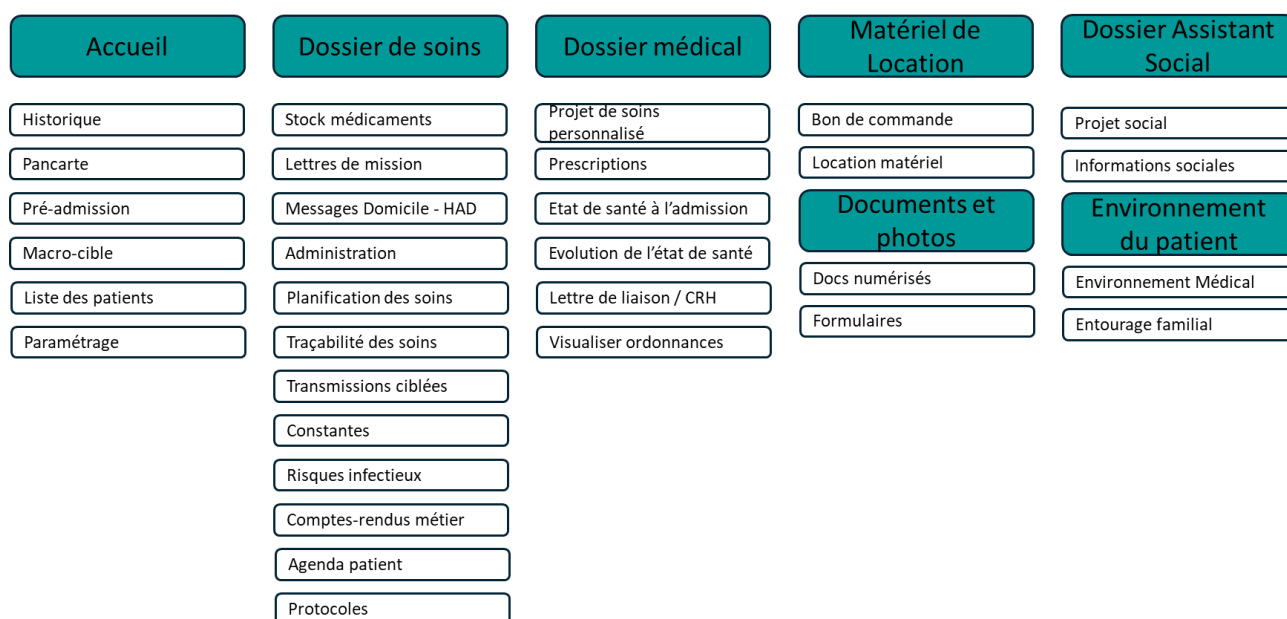


Figure 12: Page d'ouverture du dossier d'un patient sur MH Care

Chacun des professionnels de l'HAD utilise MH Care en fonction des besoins et obligations de son métier. Par exemple, pour le traitement médicamenteux d'un patient, le médecin utilise le volet « Prescription » alors que les IDE utilisent le volet « Administration ».

MH Care est donc conçu selon une logique de séparation des métiers alors que la prise en charge des patients implique une pluridisciplinarité qui devrait être facilitée par l'outil. Ainsi, dès cette première page du dossier patient, même si tous les utilisateurs ont accès à toutes les fonctionnalités, chaque professionnel est guidé vers les items qui concernent son propre métier.

Nous allons illustrer cela en présentant les principales fonctionnalités utilisées par les infirmières et les médecins, à savoir respectivement les transmissions ciblées et le dossier médical. Puis nous

présenterons les implications pratiques de ce mode de structuration de l'outil, à la fois au sein d'un même métier mais également pour la coordination interprofessionnelle.

a) Les transmissions ciblées

En ce qui concerne les transmissions infirmières, la conception de MH Care est calquée sur la méthode des transmissions ciblées (Cf. annexe II), enseignée aux IDE pendant leur formation. Celle-ci consiste à catégoriser les informations selon 5 éléments : M (Macro-cible) ; C (Cible) ; D (Données) ; A (Actions) ; R (Résultats).

D'une manière générale, ce sont les IDEC qui renseignent la macro-cible pour rendre compte de l'état du patient lors de son admission en précisant différents éléments quant à sa pathologie, les traitements avec lesquels il est admis et la prise en charge envisagée, son environnement social et familial, son ressenti et l'expression de ses émotions en relation avec sa pathologie et enfin, des informations d'ordre général le concernant, comme l'âge, la profession, le niveau d'autonomie ou tout autre élément pouvant être utile dans le cadre de sa prise en charge.

Lorsque les IDE et AS doivent rédiger les transmissions ciblées, elles disposent d'une liste de cibles proposées par l'outil, par exemple : « Douleurs Abdominales ». Cette cible donne accès à un nouveau menu déroulant permettant de choisir une donnée de manière plus précise. Ces données sont classées par ordre alphabétique. Dans notre exemple, la donnée peut être « Vomissements » ou « Diarrhées ». Une fois la donnée choisie, l'IDE ou l'AS doit renseigner l'action mise en place en réponse à la donnée. Dans notre exemple, cela pourrait être « Administration d'un traitement anti-diarrhéique ». Enfin, l'IDE ou l'AS doit renseigner le résultat de son action qui, dans notre exemple, peut être « Arrêt des symptômes ».

Outre les MCDAR, MH Care donne la possibilité, dans les transmissions ciblées, de rédiger une « Note » sous la forme d'un texte libre.

Ces éléments peuvent également être renseignés ou consultés par les IDEL pour les patients qu'ils ont en commun avec l'HAD, à condition qu'ils utilisent MH Care.

b) Le dossier médical

Les médecins, eux, utilisent principalement l'onglet « Dossier Médical » qui leur permet d'intégrer les éléments médicaux connus lors de l'admission d'un patient et les observations médicales au fur et à mesure de sa prise en charge. Ces informations vont par ailleurs leur permettre de rédiger de manière simplifiée les différents courriers administratifs qu'ils ont l'obligation réglementaire de produire. L'onglet « Prescriptions », quant à lui, leur permet d'intégrer les ordonnances accompagnant l'admission du patient et de prescrire des nouveaux traitements, prescriptions qui seront directement traitées par la PUI.

Cette structuration par métier des fonctionnalités de MH Care oblige le médecin, à chaque admission de patient, à se rendre dans l'onglet « Macro-cible », copier les informations saisies par l'IDEC, et les coller dans l'onglet « Etat de santé à l'admission ». Il s'agit alors d'une double-saisie, certes facilitée par l'action de copier puis coller, mais le médecin n'y voit aucune valeur ajoutée : *« mais quel est l'intérêt ? Là, tu vas dans cet onglet, copier-coller dans cet onglet. Mais ça, c'est infirmier, ça, c'est médical. »* La perte de temps générée par cette tâche est également source de perte de sens pour le médecin.

3.3.2 Des difficultés d'appropriation de l'outil numérique

- a) Au niveau individuel : une saisie et une compréhension complexes et coûteuses des transmissions infirmières

Si la conception de MH Care respecte, particulièrement pour les transmissions ciblées, des savoirs théoriques assimilés par toutes les AS et IDE, celles-ci adaptent les usages de MH Care aux exigences et contraintes de leur travail réel.

Comme précisé plus haut, pour faire leurs transmissions, les AS et IDE doivent sélectionner une « Cible » en relation avec l'état du patient, puis sélectionner une « Donnée », renseigner « l'Action » entreprise et enfin, indiquer le « Résultat » de l'action. A la visite suivante, la même opération devra se renouveler et viendra, sur l'écran, se positionner au-dessus de la précédente. Les dates des transmissions, lors de la lecture de haut en bas, iront alors de la plus récente à la plus ancienne.

Lorsqu'un professionnel souhaite connaître l'historique d'un évènement concernant le patient, il devra prendre connaissance des informations de bas en haut, rechercher la date à laquelle l'évènement a débuté, et lire toutes les transmissions liées à cet évènement parmi toutes les autres, car bien sûr, d'autres évènements peuvent survenir dans l'état du patient, sans lien apparent avec l'évènement précédemment évoqué. Ce mode de présentation des informations, empilées et sans classification autre que la cible, requiert un effort de lecture et de compréhension important pour reconstituer l'historique d'un évènement.

Par ailleurs, le résultat d'une action n'est pas toujours immédiat, et la visite suivante étant souvent effectuée par une autre personne, celle-ci renouvellera le processus de transmission sans revenir sur l'action entreprise par sa collègue pour en renseigner le résultat. Dès lors, les informations seront incomplètes concernant le premier évènement répertorié, mais également tous les évènements suivants pour lesquels le résultat n'aura pas été renseigné. Cela nécessite, dans la lecture, d'être attentif aux dates et heures des transmissions pour mieux situer l'historique de l'évènement : *« c'est vrai que c'est un peu compliqué. Par exemple : Mme G. Voilà : préparation de la sortie. Donc, là, il y a des actions et plusieurs résultats. Il y a des fois, on sait plus à quoi correspond quoi. Et puis, est-ce que cette action a été faite ? Du coup, il faut regarder l'heure. Là par exemple, par rapport à cette action, on voit mon résultat, le dernier résultat du jour, et si après, on lit ce résultat, ça veut plus rien dire. »* (IDEC).

De surcroît, il existe une grande variété de propositions pour les cibles et les données qui requiert un effort cognitif aux IDE ou AS pour faire un choix parmi toutes les propositions.

D'une part, certaines données peuvent figurer dans le menu déroulant de plusieurs cibles. Par exemple, la donnée « vomissements » peut se trouver dans les cibles « Douleurs abdominales » ou « Alimentation et hydratation ». Les PS doivent choisir une cible alors que l'état du patient peut relever des deux cibles (un élément lié à l'alimentation peut générer des douleurs abdominales qui conduisent à des vomissements). D'autre part, des données proposées dans le menu déroulant d'une même cible peuvent être liées alors que les PS ne peuvent en choisir qu'une seule. Comme le précise le médecin coordinateur en lisant les données figurant dans la cible « Alimentation et hydratation » : *« difficulté à s'alimenter, fausse-route, nausée, régurgitation, trouble de la déglutition, vomissements, dégoût alimentaire, enfin, tout ça, souvent dans une même situation, il va y avoir les difficultés à s'alimenter liées à des troubles de la déglutition qui vont donner des fausses routes et des vomissements. Donc, quand l'infirmière arrive et qu'elle constate qu'à cause des difficultés à s'alimenter, il y a des fausses routes et des ..., elle le met dans quelle catégorie ? »*

L'IDEC référente MH Care est chargée par le cadre de la gestion du thésaurus des cibles dans les transmissions infirmières en vue de l'améliorer. Lorsqu'elle a des remontées des IDE ou AS, par exemple sur une cible manquante, elle transmet l'information au cadre, qui lui-même la transmet à MH Comm pour ajout dans la liste des cibles : *« il m'a envoyé le thésaurus des cibles à modifier. Mais c'est pas facile en fait à modifier parce que c'est sur le moment, quand on veut faire les transmissions,*

qu'on essaie de trouver la cible et on se dit : « ah ben mince, on trouve pas la cible mais comment, dans quoi on pourrait le caler et comment on pourrait intituler ». Donc, quand on a le temps de le faire, on le met en rouge mais il n'y a pas de réponse. » Ainsi, l'IDEC référente fait ce travail invisible d'évolution de l'outil dont le développement est reporté sur les utilisateurs. Nous comprenons au cours de l'entretien que malgré le travail effectué, il n'y a pas de retour de la part de MH Comm, les déclarations de l'IDEC rejoignant les propos du cadre sur certaines lenteurs de réaction de la part de MH Comm.

Nous avons par ailleurs noté que les intitulés des cibles déjà ajoutées à la liste originelle de MH Care n'étaient pas implémentés dans l'ordre alphabétique mais arrivaient à la fin de cette première liste alphabétique, obligeant alors les utilisateurs à faire un effort cognitif supplémentaire pour rechercher la cible adaptée.

Dès lors, le respect de la méthode théorique des transmissions ciblées s'avérant trop complexe, chronophage et coûteux d'un point de vue cognitif, un grand nombre d'AS et d'IDE rédige des « Notes », l'utilisabilité de MH Care ne correspondant pas aux besoins du travail réel des soignants.

b) Au niveau collectif : un manque de transparence de l'outil ayant un impact sur la coordination

Lorsqu'un médecin, qu'il soit libéral ou travaille à l'HAD, établit une prescription sur MH Care, celle-ci doit être validée pour être prise en compte dans l'outil. Or, l'outil ne permet une validation intuitive de la prescription. En effet, il exige une double validation, à partir d'icônes situés à des endroits différents et difficilement identifiables par les utilisateurs. La plupart du temps, les médecins libéraux complètent la prescription, mais ne la valident pas, cette action n'étant pas explicitement demandée par l'outil. Le médecin coordinateur nous l'explique ainsi : « 9 fois sur 10, c'est bon, je l'ai fait, je m'en vais. Sauf que, il a pas validé. Et là, moi je vais chez Mme B. Ah, tiens, un panier en cours. Et là, je vois un panier en cours du collègue qui est verrouillé. Je le déverrouille. Parce que là, une fois que t'as fait ça, c'est en vert, t'as ton Doliprane, t'as fait. Ça, là, (nous montre l'icône), si c'était en gros, dessous, avec marqué « valider les traitements prescrits », tu cliquerais dessus. Mais là bon, t'as une petite, euh, un trombone, un petit +, une petite poubelle, un petit truc « télécharger », un petit truc, un petit bidule, un petit machin. Bon, il y a (compte) 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10. Il y a 10 icônes. Sur les 10, en plein milieu, il y en a un, si t'appuies pas dessus, et ben, ça valide pas. Et là, pareil, tu dois aller tout en bas et revalider. Et là c'est validé. » Ainsi, dans le cas de la prescription médicale, l'outil manque de transparence, ce qui peut avoir des effets sur la qualité des soins puisque le traitement n'est pas fourni au patient tant que la prescription n'est pas validée. Mais elle peut également impacter la relation avec les médecins traitants libéraux qui, pensant avoir prescrit un traitement pour leur patient, peuvent perdre confiance en l'HAD s'ils constatent que le traitement ne lui a pas été fourni : « c'est rare que les médecins traitants fassent des prescriptions, mais presque systématiquement, quand ils font une prescription, la prescription est enregistrée dans le panier mais pas validée. Et honnêtement, je veux pas dire tout le temps, mais j'ai pas de contre-exemple d'un médecin traitant qui l'aurait fait du premier coup. Et là, si moi, je clique pas sur le dossier du patient, parce que j'ai pas la notification du panier en cours, que je ne clique pas sur faire une prescription médicale, je ne le vois pas. Et là, le médecin traitant va dire « je ne comprends pas, vous me vendez votre truc là, vous me dites que j'y ai accès, je vous mets du Doliprane, 4 jours après, vous l'avez toujours pas amené au patient. Et lui, il a mal et il m'appelle tous les jours. Enfin, vous servez à rien ». Et là, rupture de confiance. » Ainsi, le médecin coordinateur doit maintenir une certaine vigilance, qu'il estime coûteuse, afin de veiller à valider les prescriptions des médecins libéraux et éviter la dégradation de la relation entre ceux-ci et l'HAD. Il nous explique néanmoins que cette situation est souvent évitée par la présence des IDE de l'HAD au domicile des patients. Ces derniers leur faisant part de leur problématique, elles transmettent l'information au médecin : « généralement ce qui se passe, c'est que souvent, dans la journée même, il s'est plaint au médecin traitant, quand l'infirmière de l'HAD passe, « est-ce que ça va ? », « ben non, ça va pas, j'ai mal ». Elle revient, elle me dit « il a mal, est-ce que tu peux mettre un truc pour la douleur parce qu'il

en a pas », je vais dans le truc prescription, je vois « tiens, il y a un panier en cours. Ah ben, le médecin traitant avait mis Oxynorm, morphine, et je sais pas quoi ». Et ben, je mets juste déverrouiller le panier, valider à la place du médecin traitant et je mets un petit mot, « prescription du médecin traitant », comme ça, c'est lui qui l'a fait, ça valorise son action etc. Et ça valorise son action parce qu'il y a eu 3 actions, l'action du médecin traitant, l'action de contrôle de l'infirmière, même 4, parce qu'elle vient l'infirmière et me le transmet, et moi qui valide le truc. »

En conclusion, le manque de transparence de l'outil complexifie son usage, ce qui peut s'avérer coûteux pour les PS et dégrader la coordination interprofessionnelle, avec des conséquences sur la relation entre PS de l'HAD et PS libéraux, et sur la qualité de la prise en charge.

c) Un faible taux d'usage

Si tous les professionnels de l'HAD et libéraux (IDEL, kinésithérapeutes, etc.) utilisaient systématiquement MH Care pour la traçabilité des soins, à savoir la validation des actes pratiqués lorsqu'ils se rendent à domicile, le taux de traçabilité devrait être à 100%. Or, lors de notre entretien de juin 2023, le cadre nous indique que ce taux est autour de 45% pour le mois de juin. Plus précisément, il nous indique qu'à date, à savoir au 23 juin 2023, si on se fiait aux données issues de MH Care, seuls 47% des soins seraient effectués depuis le 1^{er} juin 2023 : *« donc ça veut dire que 53% des soins ont été non réalisés. Les 53%, ça représente 4800 soins non réalisés. »* Si ce taux ne reflète pas la réalité du travail des soignants (tous les soins ayant été réalisés), il montre que tous les professionnels paramédicaux ne se sont pas emparés de MH Care de manière équivalente. Les professionnels libéraux en particulier, qui sont nombreux, utilisent très peu l'outil qui n'est pas leur logiciel métier.

Le cadre note toutefois une progression des usages par rapport à 2022 où le taux de traçabilité était de 30% et ambitionne d'améliorer ce taux pour *« tendre vers 75% au moins »* en 2024.

3.3.3 Des supports variés permettant une diversité d'usages

MH Care est accessible sur différents supports : tablettes numériques, ordinateurs fixes ou portables, et smartphones, grâce à l'application mobile déployée en 2022.

a) La tablette numérique, un support aujourd'hui obsolète

Au moment du déploiement effectif de MH Care en 2021, le cadre (alors infirmier) a procédé à l'installation d'une tablette numérique au domicile des patients suivis par l'HAD, et a formé les cabinets infirmiers travaillant avec l'HAD à l'usage de MH Care sur la tablette. Ainsi, le dossier patient était disponible au domicile pour les soignants de l'HAD mais également pour les IDEL afin que tous aient accès aux données de santé et puissent d'une part, valider les soins et d'autre part, faire les transmissions directement à partir de la tablette. Ce déploiement a rencontré quelques problématiques qui ont été résolues grâce à la présence du cadre actuel sur le terrain, avec l'assistance de MH Comm, l'entreprise conceptrice de MH Care.

Depuis le déploiement de l'application mobile en 2022, les tablettes numériques sont considérées comme obsolètes et ne sont quasiment plus utilisées. En effet, nous n'avons observé l'usage de la tablette que très rarement. Notamment, elle est régulièrement utilisée par une majorité d'IDE chez une patiente car son mari veille à ce qu'elle soit toujours chargée et synchronisée avant l'arrivée des IDE.

Les IDE et AS évoquent de multiples difficultés relatives à l'usage de la tablette. Ainsi, le manque de réseau chez certains patients, une synchronisation, nécessaire avant chaque usage, chronophage et parfois inopérante, le manque d'entretien des tablettes par les patients (tablettes inaccessibles, non

chargées, etc.), et la réticence de certains patients à l'usage du Wi-Fi de leur domicile ont contribué à l'abandon de l'usage de la tablette par un grand nombre de professionnelles : *« La tablette n'était pas forcément regardée parce que déjà, il faut les allumer. Elles sont longues, elles ne sont pas forcément synchronisées, donc, s'il faut les synchroniser, c'est encore plus long, et ça capte pas toujours, c'est la cata, voilà »* (IDEC) ; *« peut-être que le logiciel est bien, mais les tablettes...elles sont lentes, je les trouve pas bien ergonomiquement, j'ai plus vite fait de prendre mon téléphone et d'appeler pour avoir l'information qui me manque. »* (AS).

Nous avons en effet pu observer, lors d'une visite à domicile, une IDE qui a renseigné les constantes et validé les soins effectués sur une patiente sur la tablette. Or, de retour à l'HAD, elle a pris soin de vérifier sur un ordinateur si la synchronisation était bien effective, ce qui n'était pas le cas. Elle a alors dû renouveler la saisie des informations sur l'ordinateur. De la même manière, une AS nous explique qu'elle a fait beaucoup de tentatives d'usage lorsque les tablettes ont été installées au domicile des patients, mais ayant fait face à de nombreuses difficultés, elle a abandonné l'usage de la tablette pour ne plus y revenir. Cette AS utilise aujourd'hui uniquement l'ordinateur dans les locaux de l'HAD. Elle précise toutefois que si elle constate une anomalie dans l'état d'un patient, elle appelle une IDEC ou une IDE par téléphone.

Une seule IDE nous affirme qu'elle a une préférence pour la tablette car elle trouve l'usage du smartphone plus complexe et la lisibilité des informations plus difficile : *« c'est trop petit »*. Néanmoins, elle trouve que l'inconvénient de la tablette réside dans les problèmes récurrents de synchronisation. Selon elle, il y a des *« détails techniques très handicapants »* auxquels il faudrait remédier pour que l'outil soit pleinement utile et utilisable.

b) L'ordinateur fixe ou portable : des supports fréquemment utilisés

Le logiciel MH Care est disponible sur tous les ordinateurs, qu'ils soient fixes ou portables. A l'HAD, les médecins disposent d'un ordinateur portable en plus de leur ordinateur fixe, ce qui leur permet d'utiliser MH Care et Medical Objects (MO) de manière concomitante, ayant souvent besoin de consulter des informations médicales sur les patients, et plus spécifiquement les résultats d'examens biologiques : *« c'est pour ça que j'ai les 2 d'ouverts, le labo, je l'ai que sur MO. Et je me sers de MO à 90% pour le labo. »*

Les IDEC, qui travaillent principalement sur MH Care, et le cadre, disposent chacun d'un ordinateur fixe.

Deux autres ordinateurs fixes sur lesquels MH Care est installé sont par ailleurs à la disposition des IDE et AS pour valider les soins et faire les transmissions. Ces ordinateurs sont installés dans la salle où se tiennent les staffs et sont très fréquemment utilisés par une majorité d'IDE et AS qui, au cours de leurs tournées, notent régulièrement des informations sur des supports papier pour les reporter ensuite sur MH Care à partir des ordinateurs.

Ainsi, 2 des 5 AS utilisent systématiquement ces ordinateurs pour valider leurs soins et rédiger leurs transmissions. Quant aux IDE, certaines utilisent plusieurs supports en fonction des situations et du déroulement de leurs journées de travail, alors que d'autres utilisent uniquement les ordinateurs, ou bien uniquement leurs smartphones.

c) Le smartphone, un support plébiscité par la majorité des soignants

En 2022, une application mobile utilisable sur smartphone et disponible hors réseau a été déployée. Dès lors, un téléphone portable a été fourni par le CH par poste d'IDE mais selon le cadre, 4 téléphones ont été cassés ou perdus et non remplacés. Les AS, quant à elles, n'ont pas été dotées en téléphones par le CH.

Les IDE estiment toutefois que les téléphones fournis par le CH ne répondent pas à leurs besoins et préfèrent utiliser leurs smartphones personnels. C'est également le cas des AS, à l'exception d'une AS qui refuse d'utiliser son smartphone personnel pour des besoins professionnels. Elle utilise donc un téléphone fourni par le CH, à l'origine destiné aux IDE qui ne l'utilisent pas.

D'autres IDE ou AS nous ont également fait part des limites qu'elles trouvaient à l'usage d'un téléphone personnel dans le cadre professionnel. En effet, au-delà de l'absence de mise à disposition d'appareils adaptés de la part du CH, l'usage d'un téléphone personnel par les IDE ou AS peut générer une certaine confusion chez les patients. Même si, lors de l'admission, tous les numéros de téléphone à connaître sont fournis et expliqués au patient dans le dossier d'accueil, ce dernier peut, par erreur ou pour plus de simplicité, composer le numéro de la soignante qui l'aurait déjà appelé depuis son téléphone personnel. Or, celle-ci ne sera pas forcément disponible pour répondre à l'appel, soit parce qu'elle ne travaille pas ce jour-là, soit parce qu'elle est occupée avec un autre patient. Ceci peut alors avoir des conséquences sur la prise en charge des patients qui peuvent se trouver démunis, alors qu'avec un téléphone professionnel par poste, le patient serait toujours en capacité de joindre une soignante.

Nous avons toutefois appris par le cadre que l'investissement dans un smartphone par poste d'IDE et d'AS a été validé par le CH et devrait déboucher à la fourniture des appareils courant 2024 : *« et là, l'objectif, avec l'augmentation de l'activité, j'ai réussi à trouver les financements et il y aura un smartphone par tournée parce que certaines infirmières sont venues me remonter qu'elles ne trouvaient pas ça normal d'utiliser leur téléphone portable. Maintenant qu'il y a une application mobile, ça oblige encore plus à avoir un smartphone. Alors qu'avant, il n'y avait que la tablette au domicile du malade et il y avait le portail qui était disponible sur le bureau. Donc il n'y avait pas d'obligation, entre guillemets, entre le bureau et la tablette, d'avoir un outil. »*

8 des 10 IDE observées utilisent MH Care sur leurs smartphones, parfois en complément des autres supports pour la traçabilité des soins, les transmissions ou tout simplement pour consulter le dossier d'un patient. Les 2 autres ne l'utilisent jamais, l'une parce qu'elle déclare vouloir privilégier la relation aux patients : *« moi, c'est le soin qui m'intéresse »*, et l'autre se dit peu à l'aise avec les outils numériques en général. Cette dernière, très expérimentée, n'a jamais travaillé dans un service hospitalier informatisé. En 28 ans de carrière, l'HAD est le premier service dans lequel elle est amenée à utiliser l'informatique. Elle ne se sent donc pas très à l'aise avec le smartphone et préfère tracer les soins et faire les transmissions écrites sur l'ordinateur. Ainsi, elle prend des notes sur sa feuille de tournée pour les reporter ensuite dans le dossier patient sur MH Care. Au cours d'une tournée, nous observons en effet qu'aucun automatisme d'usage de MH Care n'est ancré chez elle :

Au domicile d'une patiente, l'IDE utilise son smartphone pour prendre une photo du tensiomètre avec lequel elle venait de mesurer la tension de la patiente. En quittant le domicile de la patiente, elle nous explique qu'elle avait oublié la feuille de tournée pour noter la tension et qu'elle a pris la photo pour se souvenir des données à reporter dans MH Care. Lorsque nous lui faisons remarquer qu'elle aurait pu reporter la tension de la patiente directement sur l'application mobile, elle nous répond : *« ben oui, tu vois, je n'y ai même pas pensé ! »*. Plus tard, ayant à nouveau laissé la feuille de tournée dans le véhicule, elle note les constantes d'un patient sur un morceau de carton d'un emballage destiné à être jeté.

Parmi les 8 IDE utilisant MH Care sur divers supports, 2 utilisent exclusivement le smartphone pour valider les soins, indiquer les constantes et faire les transmissions, soit au fur et à mesure des visites si elles en ont la possibilité au domicile des patients ou dès qu'elles le quittent, soit de retour à l'HAD, par exemple pendant le staff. L'une d'elles déclare trouver le smartphone plus fiable que la tablette numérique. Par ailleurs, elle a totalement supprimé l'usage du papier dans sa pratique. En effet, nous avons observé au domicile d'une patiente qu'elle notait sur son smartphone les éléments manquants à fournir à la patiente. Dans le véhicule, elle nous explique qu'elle a téléchargé une application lui permettant de prendre des notes pour ne pas avoir à utiliser de papier. A contrario, la deuxième IDE, avant de partir en tournée, note sur la feuille de tournée tous les soins à pratiquer chez chacun des patients et, lorsqu'elle se trouve au domicile, y indique en rouge les éléments manquants qui seront à fournir, les actions à mener ou encore les messages à transmettre. Toutefois, elle utilise très souvent MH Care sur son smartphone, notamment pour consulter l'intégralité du dossier médical d'une patiente récemment admise à l'HAD et qu'elle n'a jamais vu auparavant afin de connaître l'historique de sa pathologie et les raisons détaillées de son admission en HAD. Elle estime en effet que le fait de disposer de l'application mobile est une valeur ajoutée de l'outil car cela permet d'accéder à des informations fiables en temps réel.

Quant aux AS, une seule d'entre elles utilise son smartphone pendant la tournée pour valider les soins. Elle estime que l'outil numérique est plus facile et plus fluide que le papier. Les autres AS déclarent ne pas trouver une grande utilité à l'usage de MH Care en mobilité. Elles privilégient la relation au patient *« je ne regarde pas la montre, je prends le temps qu'il faut pour chaque patient. Si je dois rentrer à 14h, j'appelle pour prévenir, mais je prends le temps. »* Elles préfèrent alors attendre d'être de retour à l'HAD pour valider les soins et faire les transmissions écrites soit sur les ordinateurs, soit sur le téléphone de l'HAD pour l'AS qui ne souhaite pas utiliser son smartphone personnel.

Toutes les IDE et AS affirment cependant qu'en cas de besoin ou d'urgence, elles peuvent être amenées à contacter l'IDEC ou, bien plus rarement, le médecin. Cette coordination s'opère systématiquement par téléphone, s'affranchissant alors totalement du logiciel.

Enfin, plusieurs IDE et AS déclarent que l'application mobile de MH Care est une ressource car elle offre la possibilité de valider les soins et de rédiger les transmissions à leur domicile. Par exemple, certaines PS ayant des enfants en bas âge n'ont pas toujours la possibilité de prolonger leur temps de travail pour

assurer la traçabilité des soins. Grâce à l'application mobile, elles peuvent partir récupérer leurs enfants et effectuer les tâches liées à la traçabilité à partir de leurs smartphones à leur domicile : « *quand mes enfants sont couchés, je me pose et je réfléchis à ce que j'ai fait avec chaque patient pour faire mes transmissions.* »

Il existe donc une grande diversité de pratiques entre les PS quant au choix des supports utilisés, aux lieux et aux moments où ils les utilisent. Les usages ou non-usages varient en fonction des personnes, de leur trajectoire personnelle et professionnelle, de leur appétence pour le numérique, de leur niveau d'appropriation de l'outil et de leur perception d'une part, de l'outil numérique et d'autre part, de leur métier de soignant.

d) Des usages variés des outils numériques qui n'excluent pas le support papier

Pour recueillir des données quantitatives sur les supports utilisés pour valider les soins et faire les transmissions : tablette, ordinateur, papier et téléphone, nous avons distribué une grille auto-administrée (Cf. annexe III) et demandé aux IDE et AS de renseigner cette grille sur une période de 7 jours travaillés. Concernant les lieux d'utilisation, nous savons que la tablette et le papier sont utilisés au domicile du patient et l'ordinateur dans les locaux de l'HAD. Or, le téléphone peut aussi bien être utilisé au domicile du patient qu'à celui du soignant, comme il peut être utilisé dans les locaux de l'HAD ou à l'extérieur, par exemple dans le véhicule entre deux visites à domicile (VAD). Nous avons alors souhaité connaître, dans le cas où le téléphone était utilisé, le lieu d'utilisation de celui-ci. Sur les 17 soignantes à qui la grille a été distribuée, nous n'avons reçu que 7 réponses (4 IDE et 3 AS). Certaines réponses étant incomplètes, nous avons analysé un total de 224 visites à domicile pour lesquelles l'ensemble des champs était renseigné. Pour chaque visite, plusieurs supports ont pu être utilisés. Le tableau 9 recense le nombre d'occurrences de chaque réponse.

Tablette Domicile Patient	Ordinateur HAD	Papier Domicile Patient	Téléphone			
3	110	146	192			
			Domicile Patient	HAD	Extérieur	Domicile Soignant
			73	56	42	21

Tableau 9 : Nombre d'occurrences par réponse

Ainsi, comme nous l'avons observé sur le terrain, l'usage de la tablette est très exceptionnel (3 fois sur 224 VAD), au profit du téléphone (192 fois sur 224 VAD), qui est majoritairement utilisé au domicile du patient (73 fois sur 192) ou à l'HAD (56 fois sur 192), plus rarement à l'extérieur (42 fois sur 192), et encore moins au domicile des soignants (21 fois sur 192).

L'usage du papier reste prépondérant malgré le déploiement de la version mobile de MH Care (146 fois sur 224 VAD), les IDE comme les AS utilisant souvent ce support pour prendre des notes qui seront ultérieurement reportées sur MH Care via le téléphone ou un ordinateur de l'HAD.

Il n'existe pas d'écarts notables entre IDE et AS. Les résultats mettent en évidence la préférence de certains supports en fonction des personnes. Ainsi, l'une des AS n'a jamais utilisé le téléphone sur la

période mais a eu recours au papier et à l'ordinateur alors qu'une autre n'a utilisé que le téléphone, indistinctement entre le domicile du patient, les locaux de l'HAD et à l'extérieur, mais jamais à son domicile. La troisième AS a systématiquement eu recours au papier et à l'ordinateur, mais a également utilisé très ponctuellement son téléphone, au domicile du patient mais également à son domicile. De la même manière, l'une des IDE n'a jamais utilisé le téléphone à son domicile alors que ses collègues l'on fait de manière ponctuelle. L'une d'entre elles, sur une journée, a systématiquement utilisé le papier pour ses 8 VAD. En complément du papier, elle a utilisé l'ordinateur pour les patients visités dans la matinée et le téléphone à son domicile pour les patients visités dans l'après-midi. Nous pensons que ce choix de support peut venir du fait que l'IDE a validé les soins et fait les transmissions de son domicile pour répondre aussi bien à ses obligations personnelles que professionnelles. Une autre IDE a très rarement utilisé le papier. En effet, sur 50 VAD réparties sur la période de recueil, elle n'a utilisé le papier qu'à 8 reprises, privilégiant l'ordinateur (28 fois sur 50) ou le téléphone (23 fois sur 50), le plus souvent à son domicile (10 fois sur 23) ou à l'HAD (8 fois sur 23), mais seulement 3 fois au domicile du patient et 2 fois à l'extérieur.

Ces résultats mettent en évidence une diversité d'usage des supports numériques mais également le maintien de l'usage fréquent du papier par les PS qui se rendent au domicile des patients. L'outil numérique ne vient pas totalement en remplacement du papier, mais plutôt en complément de celui-ci dans la pratique soignante. La disponibilité de MH care sur des supports variés (tablettes, ordinateurs, smartphones) offre une autonomie et des marges de manœuvre permettant aux PS d'adapter leurs usages à leurs besoins et préférences.

IV. MH Care, une ressource dans l'activité des soignants

A quelques exceptions près, l'ensemble des professionnels de l'HAD s'accorde sur le fait que MH care est un outil utile et apporte une valeur ajoutée dans leur activité. Son usage est entré dans les pratiques professionnelles, permettant, selon l'une des IDEC, une nette amélioration du fonctionnement de l'HAD, ce que confirme le médecin coordinateur : « *3 ans plus tard, personne ne voudrait revenir en arrière, y compris la pharmacie.* »

Nous allons présenter ici les principaux facteurs qui contribuent à cette perception positive.

4.1 Une centralisation des informations qui sécurise l'activité des IDE

Plusieurs IDE nous affirment que pour elles, la traçabilité est importante et qu'elle est facilitée par MH Care car il permet de disposer de données en temps réel, ce qui contribue à une prise en charge appropriée des patients. Nous avons observé à plusieurs reprises la consultation soit du traitement, soit du dossier d'un patient par les IDE qui trouvent également que MH Care est un outil « *sécurisant* » pour adapter les soins aux patients, par exemple lorsqu'il s'agit de la préparation d'une solution injectable avec plusieurs produits. Elles peuvent alors accéder facilement à la prescription et se prémunir de tout risque d'erreur ou d'oubli. Ainsi, les IDE apprécient l'outil pour leur travail de soin, mais également comme réponse à une obligation réglementaire pour des raisons de responsabilité. En traçant leurs actes, il s'agit pour elles de pouvoir prouver, si besoin, qu'elles ont bien agi conformément au travail qui leur était demandé.

Les IDE apprécient particulièrement la fonction « Transmissions Ciblées Multi-Patients » centralisant toutes les transmissions écrites des trois derniers jours pour tous les patients pour lesquels une

transmission a été rédigée. Cette fonction leur permet d'avoir une exhaustivité des transmissions sans avoir à faire le tri entre les patients pour lesquels une transmission a été rédigée et les autres. Notamment, plusieurs d'entre elles nous disent consulter les « Transmissions Ciblées Multi-Patients » sur l'application mobile avant de reprendre le travail après une période non travaillée de repos ou congés. Cette fonction facilite leur travail en leur permettant d'être informées de l'évolution de l'état de santé des patients.

4.2 Un gain de temps et des marges de manœuvre

Plusieurs IDE et AS, au cours de nos observations, ont mentionné le gain de temps permis par MH Care, notamment grâce à l'application mobile.

Si les AS n'utilisent que très peu MH Care en mobilité, l'application mobile leur permet néanmoins d'accéder à toutes les informations concernant les patients. Nous avons en effet observé une situation où une AS se rendait chez une patiente par un trajet inhabituel. Elle a pu accéder à l'adresse de la patiente à partir de son smartphone grâce à MH Care et utiliser son GPS pour être guidée vers l'adresse. Le médecin coordinateur nous dit, à propos de cette situation : *« avant l'application mobile : il faut appeler l'IDEC, l'IDEC arrête la tâche qu'elle est en train de faire pour aller voir soit dans le dossier informatique, soit dans le dossier papier, pour communiquer. Et l'autre qui doit s'arrêter, qui doit le noter, et ensuite, merci, au revoir, elle reprend sa tâche, ça a interrompu tout le monde et c'est une perte de temps énorme alors que là, ça prend 3 secondes. »*

Concernant les IDE, il arrive très souvent que beaucoup d'entre elles profitent du temps d'attente lié à l'administration complète d'un traitement par perfusion chez un patient pour faire une grande partie de la traçabilité des actes et des transmissions pour les patients déjà visités, ce qui leur fait gagner du temps à leur retour à l'HAD.

Ainsi, l'application mobile permet un gain de temps mais également une amélioration des conditions de réalisation de l'activité, par exemple en diminuant les interruptions de tâches ou en offrant des marges de manœuvre à chacun pour organiser son travail de traçabilité et de transmission en toute autonomie.

Le médecin coordinateur, lui, apprécie le gain de temps permis par l'outil, notamment en ce qui concerne la rédaction des courriers de sortie à la fin de l'hospitalisation à domicile des patients : *« motif d'hospitalisation, c'est repris de ce que j'ai fait depuis le début automatiquement, objectif du séjour, repris automatiquement, prise en charge associée, repris automatiquement, allergies, pareil, histoire de la maladie, pareil, évolution de l'état de santé, pareil, ordonnance de sortie, pareil. Moi, je n'ai que la conclusion à écrire. Donc, le courrier, si c'est fait, vraiment fait, au jour le jour, c'est-à-dire, aujourd'hui, il y a 2 entrées, j'ai bien fait la pancarte d'entrée, on a bien fait les staffs, on a bien noté les évolutions, le jour de la sortie, j'ai juste à marquer « plaie d'évolution favorable, relais avec les libéraux », valider sortie. C'est excessivement court. »* Ainsi, lorsque le médecin rédige, sur MH Care, les observations médicales tout au long de la prise en charge, l'outil est un support à son activité en permettant un gain de temps considérable au moment de la sortie du patient, soit pour une hospitalisation, soit pour un relais avec des professionnels libéraux.

4.3 Une communication interprofessionnelle plus fluide

Au-delà du gain de temps et de la facilitation de la rédaction des courriers médicaux, MH Care permet, dans certaines situations, une transmission d'informations plus fluide aux autres professionnels, qu'ils

soient hospitaliers ou libéraux. Le médecin coordinateur nous cite l'exemple d'une patiente qui doit être hospitalisée dans une clinique le lendemain de notre entretien : *« j'ai écrit tout ça et là, pour faire le courrier, ben, c'était déjà fait, tu vois, c'est rempli. J'ai juste à regarder les faits, j'ai enlevé des choses qui n'étaient pas pertinentes, parce que si c'est juste marqué biologie normale du mois de décembre, on s'en tamponne, ça alourdit le truc. Donc, j'enlève, j'enlève, j'enlève, je laisse la surveillance glycémie, je laisse le staff, je laisse les VAD. Une fois que je suis satisfait de la version finale, je mets un mot de conclusion, valider, envoyer. Et ça envoie automatiquement sur MO [Medical Object, DPI du CH] et je peux l'imprimer pour le faxer à la clinique. Donc, là, si on va sur MO pour cette dame, par exemple, si elle rentre à domicile, elle reviendra avec l'HAD. Imaginons que ça soit une sortie au domicile sans HAD avec relais libéraux, si demain, les libéraux, ça ne se passe pas bien, la renvoient aux urgences, l'urgentiste lui, il n'a accès qu'à MO, il arrive sur MO, lettre de sortie HAD. Voilà, avec la synthèse du séjour, les antécédents, l'histoire de la maladie, tout ce qui s'est passé pendant le séjour, et le compte rendu, et l'ordonnance de sortie. »*

Ainsi, dans le cas de l'exemple cité par le médecin coordinateur, si la patiente devait être hospitalisée en urgence, les médecins urgentiste disposeraient de l'historique de sa pathologie grâce à l'intégration automatique du courrier de sortie d'HAD dans Medical Objects, ce qui faciliterait sa prise en charge. MH Care contribue alors à une meilleure qualité de la prise en charge en facilitant la transmission d'informations entre professionnels intra hospitaliers.

4.4 Une évolution des usages collectifs de l'outil pour répondre aux besoins de l'activité

Aujourd'hui, toutes les fonctionnalités de MH Care ne sont pas, ou pas suffisamment utilisées par l'HAD mais il existe une évolution favorable des usages. Si le médecin coordinateur affirme utiliser de plus en plus souvent des fonctionnalités liées à son métier, il estime ne pas les utiliser toutes. Il reconnaît également que l'évolution des pratiques et des usages de MH Care se fait en réponse à un besoin d'amélioration des conditions de réalisation du travail. Comme exemple, il nous cite la fonction « Macro cible » : *« la macro cible, on s'est mis à l'utiliser parce qu'il y avait un vrai besoin concret qui s'est manifesté. On faisait autrement, c'était pas efficient, donc, on change, on utilise la macro cible parce vraiment, il y a un intérêt pratique. »* En effet, une fois la macro cible renseignée par les IDEC, le médecin coordinateur, comme les autres soignants de l'HAD disposent de tous les éléments pertinents pour la prise en charge du patient : *« la macro cible, c'est le pense-bête génial de toutes les informations indispensables : le médecin traitant qui fait une demande pour une dame qui a telle pathologie pour tel objectif de prise en charge, voilà le contexte à la maison, voilà les soins qui sont en place, voilà le diabète qui la suit, voilà les orthophonistes, voilà les antécédents, voilà les numéros utiles, voilà les prestataires. Tout. »*

L'évolution de l'usage de certaines fonctionnalités répondant aux besoins du travail réel permet d'une part aux professionnels de gagner du temps, d'autre part, de réduire leur charge mentale et enfin, d'améliorer la qualité de la prise en charge : *« avant, ça, soit c'était dans le dossier papier et il fallait chercher ben le médecin traitant, c'était dans la lettre à l'entrée, le prestataire, c'était dans le machin, dans le truc, il fallait feuilleter pendant des heures. »*

4.5 Une importante réduction du support papier

La centralisation des informations dans MH Care par la suppression des supports papier évite la dispersion des documents produits par les différents professionnels intervenant au domicile du patient et permet d'accéder à la chronologie des événements concernant le patient, même si l'organisation

des informations dans l'outil reste à améliorer : « *C'est que d'un côté, il est extrêmement aidant et que nous, ce serait impossible de revenir en arrière. La communication entre les différents intervenants est limpide même si c'est pas toujours bien organisé. Et d'un seul coup d'œil, t'as tous les intervenants. Sans ça, chacun met un papier volant à domicile. Papiers volants sur le bureau de machin, de bidule, de chouette, au domicile, et tu ne peux jamais faire la continuité, la chronologie des événements. Donc, extrêmement positif là-dessus, très facilitateur. Après, peut-être des améliorations, parce que cette chronologie des événements, on a réussi à l'agréger, elle est là, mais par contre, elle est incompréhensible. Parce qu'on agrège tellement de trucs qu'on comprend plus rien. Donc, peut-être affiner cette chronologie des événements.* » (médecin coordinateur).

L'utilité de MH Care est reconnue car il permet de supprimer une grande partie des documents papier et d'accéder et retrouver facilement des informations fiables, notamment sur les prises en charge longues, ce qui est souvent le cas des patients de l'HAD et qui procède également de l'évolution des prises en charge du fait de l'augmentation des pathologies chroniques et du vieillissement de la population : « *On a des prises en charge de 8 mois quoi, c'est pas une prise en charge en service de médecine d'une semaine où tout est frais dans la tête. 8 mois, il peut s'être passé des trucs, on se dit : « pfff ! » Donc, là, c'est quand même une aide énorme !* »

V. Les contraintes générées par l'outil dans l'activité des soignants

Si l'utilité de MH Care est reconnue par tous les PS qui considèrent que l'introduction de l'outil a permis de faciliter leur travail et de fluidifier le fonctionnement du service, ces derniers relèvent un certain nombre de contraintes quant à l'usage de l'outil ou aux exigences auxquelles ils sont soumis du fait de déploiement de MH Care, notamment en termes de contrôles qualité et sécurité.

5.1 Une hétérogénéité de présentation et des dysfonctionnements techniques sources de perte de temps

Certaines IDE soulèvent une organisation variable des fonctionnalités du logiciel en fonction des supports utilisés : la présentation et l'accès aux fonctionnalités ne sont pas les mêmes sur l'interface web, accessible sur les tablettes et ordinateurs fixes, et sur l'application mobile. Par exemple, sur la tablette, lorsqu'une IDE valide le traitement d'un patient, il existe un renvoi automatique vers l'onglet « Administration » pour valider les traitements administrés. Or, ce n'est pas le cas sur l'application mobile qui oblige à fermer une fenêtre pour ouvrir la suivante. Plusieurs IDE s'en accommodent : « *peu importe comment, je finis toujours par y arriver.* » Mais d'autres sont agacées par cette hétérogénéité de présentation, ce qui les amène à utiliser simultanément l'application mobile et l'interface web : « *j'utilise l'appli mobile pour tracer les soins et l'interface web pour les transmissions.* »

Un autre dysfonctionnement relevé par les IDE est lié à des difficultés d'accès au formulaire de suivi des pompes de morphine sur l'application mobile. Ce dysfonctionnement n'est pas dû au manque de réseau mais bien au manque de stabilité de l'application mobile. Dans ce cas, les IDE utilisent également l'interface web.

Il arrive également que les IDE ne parviennent pas à prendre des photos, par exemple des plaies, directement sur l'application mobile. L'une d'entre elles nous explique qu'elle prend alors les photos

avec l'appareil photo de son smartphone mais qu'elle prend la précaution d'informer les patients que les photos seront effacées dès qu'elles seront intégrées dans MH Care. Malgré les précautions prises, ceci pose néanmoins la question du manque de sécurisation des données de santé des patients du fait d'un dysfonctionnement de l'outil censé intégrer cette exigence.

Ces difficultés amènent alors les IDE à développer des stratégies d'adaptation pour faire leur travail, ce qui peut avoir pour effet une perte de temps et une charge mentale accrue. Dans ces situations, ce sont les IDE qui s'adaptent aux dysfonctionnements de MH Care et non l'outil qui répond aux besoins de leur travail sur le terrain.

Selon le cadre, l'application mobile n'offre en effet pas encore suffisamment de fonctionnalités, ce qui oblige les soignants à utiliser l'interface web. Il souhaiterait que MH Comm développe davantage de fonctionnalités rapidement, mais se heurte à certaines lenteurs de la part de l'entreprise. Ainsi, l'expression du besoin émanant du terrain se confronte aux contraintes du concepteur du logiciel.

5.2 Un logiciel facilitant la traçabilité mais pas la coordination intra-HAD

MH Care est un outil commun à des professionnels divers qui ont des besoins divers et des langages divers mais qui sont amenés à travailler ensemble au sein d'une équipe pluriprofessionnelle. Or, les informations saisies par les IDE et AS ne sont pas exploitables en l'état par les médecins du fait de l'empilement sans classification particulière d'un nombre important de notes et cibles variées. En effet, ils ne peuvent procéder à aucun tri pertinent leur permettant de suivre l'évolution de l'état de santé d'un patient : *« je t'avoue que moi, spontanément, si on peut pas trier, je vois pas trop l'intérêt. Là, on est plus peut-être sur des catégories infirmières alors que moi, là, il y a plein de trucs qui m'intéressent pas à part douleur. Mais, moi je sais que spontanément, si j'avais cette possibilité de chercher dans un an de transmissions infirmières, jamais je taperais communication/relation, pfff, croyance/valeurs, pfff, environnement patient, pfff [ces éléments sont des cibles proposées par MH Care], y'a que douleur à la limite. Donc en fait, on va avoir des informations pertinentes qui vont être diluées dans plusieurs catégories qui, pour moi en tant que médecin d'HAD, ne sont pas pertinentes. »*

Ainsi, cette catégorisation par métier d'un logiciel adapté à la pratique en HAD ne facilite pas l'intercompréhension et le travail pluriprofessionnel. Les médecins ne s'appuient que sur les informations orales transmises par les AS et IDE lors des staffs ou de manière informelle tout au long de la journée, l'outil ne permettant pas de hiérarchiser les informations : *« Et ben, le staff est un petit peu là pour essayer de compenser ça parce qu'il y a moins d'observations médicales et... (montre sur son écran) problème de sonde qui est noté là, VAD qui est notée là, arrêt des vomissements, évolution favorable, altération de l'état général. Voilà, il y en a moins, donc, c'est plus facile de s'y retrouver. Mais, comme il y en a moins, c'est moins précis. »* Même si le médecin coordinateur estime que MH Care est une véritable ressource, il estime que l'outil pourrait être amélioré afin de permettre une utilisabilité par et pour tous les professionnels, qu'ils soient rattachés à l'HAD ou libéraux : *« globalement, c'est quand même très bien mais enfin, il y a quelques petits axes, et vraiment, mais enfin, j'insiste un peu là-dessus, mais je pense que c'est essentiel que l'ergonomie soit telle qu'on n'ait pas besoin d'expliquer aux gens comment il faut faire. »* Le médecin coordinateur prend ici en compte le fait que le logiciel est ou devrait être utilisé par tous les professionnels impliqués dans la prise en charge du patient, et qu'il serait impossible de les réunir tous afin de convenir d'un protocole d'usage commun. Il insiste sur la nécessité de la transparence et de l'intuitivité du logiciel : *« pour moi, vu la multiplicité des gens, la multiplicité des profils, parce qu'il y a des médecins, des kinés, des infirmiers libéraux, des infirmiers de l'HAD, des médecins, des coordinateurs, des psychologues, des assistantes sociales, ça sera impossible de faire une réunion en explicitant les choses et en disant, ben voilà*

comment il faut faire. Donc, pour moi, c'est impératif que le logiciel soit « self explanatory », je sais pas comment le dire en français, mais qu'il soit transparent, intuitif. Parce que là, l'outil n'est pas assez clair pour que l'appropriation soit reproductible dans tous les cas. Et si l'utilisation de l'outil n'est pas reproductible avec chaque intervenant, moi, mon impression, c'est que l'outil n'est pas assez clair. »

Or, chaque professionnel utilise aujourd'hui MH Care selon ce qui est pertinent pour lui, ou encore ce qui est attendu de lui, notamment la traçabilité des actes pour les IDE et AS. Mais la diversité des pratiques peut également conduire à des manques ou des oublis au travers des informations qui peuvent être saisies mais difficilement accessibles, ce qui peut avoir des effets sur la qualité et la sécurité des soins.

Le médecin coordinateur estime que pour que les données puissent être plus facilement saisies et utilisées par tous et entre autres, les médecins, une catégorisation simplifiée serait nécessaire pour ne garder que 4 onglets principaux : « Soins programmés », « Urgences », « Entourage » et « Rendez-vous » et éviter la dispersion des informations. Selon lui, ces 4 items peuvent permettre de résumer chaque situation rencontrée et faciliter la recherche d'informations pertinentes : *« moi je serais plus intéressé par une classification par soins programmés, soins d'urgence et effectivement événement intercurrent et que ce soit la douleur, que ce soient les vomissements, que ça soit tout ça, plutôt que d'avoir un trait vomissements mais qui parfois est dans vomissements, parfois est dans douleur parce qu'avec les vomissements, t'as des douleurs, et parfois dans je sais pas quoi. Alors que toutes ces choses-là, ça reste un événement intercurrent, ça reste une urgence. Donc, quand tu tries par urgence, tu vas avoir la douleur, les vomissements, l'éruption cutanée. »* Il illustre alors la difficulté qu'il pourrait éprouver à rechercher une information dans les transmissions infirmières : *« je sais que si je cherche vraiment un truc spécifique, et je sais que ça va me prendre des heures à trouver, je vais rarement plus loin qu'aux transmissions. Je regarde les 2 derniers trucs et s'il y a rien, voilà. Et si je cherche un truc qui est arrivé 6 mois avant, ben je cherche même pas parce que je le trouverai jamais. »*

Plus globalement, nous avons pu observer que si MH Care est majoritairement utilisé pour la traçabilité des informations, la coordination, elle, se fait surtout oralement, en présentiel, par exemple lors des staffs, ou par téléphone, comme décrit ci-dessous.

Au cours d'une visite à domicile, une IDE doit gérer une situation de fin de vie d'une patiente, inconsciente, entourée par sa famille, très éprouvée. Le mari de la patiente affirme à l'IDE que son épouse ne souhaitait pas se trouver dans une telle situation et a rédigé un courrier en ce sens, qu'il présente à l'IDE. Celle-ci contacte alors l'IDEC pour savoir quelle conduite tenir. Ensemble, elles décident de demander au médecin de l'HAD de rendre visite à la patiente et sa famille le lendemain matin et en attendant, d'augmenter un peu la dose de l'antalgique de la patiente.

Cette coordination, simplement opérée par téléphone, a permis de prendre des décisions répondant aux attentes de la patiente et de sa famille. La situation sera notée dans le dossier de la patiente sur MH Care, mais uniquement à des fins de traçabilité.

5.3 Une intensification du travail administratif pour répondre à des objectifs de contrôle et de gestion via l'outil

Si le médecin coordinateur convient que MH Care est un outil qui facilite le travail des soignants et leur fait gagner du temps, il considère néanmoins qu'il peut représenter une contrainte en ce qui concerne l'intensité du travail : *« comme on est beaucoup plus efficient, on a tendance à nous en demander davantage alors qu'on est déjà à plus de 110%. On a une charge mentale de plus en plus importante »*. Ainsi, les exigences de contrôle et de qualité pèsent sur les soignants et peuvent être sources de rejet de l'outil : *« ces outils-là quand ils sont pas utilisés par des gens en soins et qu'ils sont utilisés par de l'encadrement supérieur au sens large pour des contrôles qualité, pour des choses comme ça, c'est plus un outil à ta disposition, c'est une corvée qui t'astreint à des tâches administratives barbant que personne n'a envie de faire. Donc, t'as toujours un peu cette double-face du truc. »*

Le cumul de toutes les tâches administratives pour répondre à des exigences réglementaires ou de contrôle peut également induire une intensification du travail et une augmentation de la charge mentale : *« moi je sais que pour moi, dans le dossier médical, on va me demander pour des impératifs de contrôle qualité des soins, il faut remplir, cet onglet, cet onglet, cet onglet... Et au bout d'un moment, je dis « stop, moi, j'y arrive pas » »* (médecin coordinateur). Ainsi, ces usages contraints et à d'autres fins que le soin à proprement parler peuvent entraîner une perception de l'outil non plus comme un support à l'activité des soignants mais comme une contrainte venant limiter leur pouvoir d'agir pour répondre aux exigences de leur cœur de métier, le soin : *« donc, il y a l'administration qui va dire « on a des critères qualité à respecter », je comprends, « vous devez respecter ces critères qualité, on vous rajoute des onglets et on vous rajoute des trucs à remplir, on vous rajoute des échelles, on vous rajoute des grilles, on vous rajoute des scores, on vous rajoute des cases à cocher, et on rajoute une surcharge de travail »*. A ce moment-là, l'informatique n'est plus un outil pour faciliter notre boulot, mais ça devient une contrainte absolue avec comme unique but, un résultat administratif qui concrètement, au jour le jour, l'intérêt pour le patient est invisible pour les équipes sur le terrain. »

Tout en reconnaissant la valeur ajoutée l'outil, le médecin coordinateur estime que le temps médical insuffisant au sein de l'HAD (1,8 ETP) entraîne une charge de travail et une charge mentale importantes du fait de la quantité de travail administratif demandé, notamment à son retour d'une période de vacances. En effet, en son absence, le temps médical est réduit à 0,8 ETP et le médecin présent ne peut faire face à la charge de travail qui s'impose entre les visites à domicile, les staffs et le travail administratif, notamment concernant la rédaction des courriers.

Le cadre de son côté relève que le défaut de rédaction des courriers administratifs par les médecins a des conséquences d'une part en termes de respect des réglementations : *« et sur les indicateurs qualité, parce qu'a posteriori, quand on voit les dossiers, on se rend compte que maintenant, il y a des réglementations obligatoires qui ne sont pas respectées »*, et d'autre part, en termes de financement du service : *« on a perdu 12 000€ cette année, parce que sur les dossiers qui ont été interrogés par l'ingénieur qualité, on a perdu avec les indicateurs, parce que les dossiers n'étaient pas bien remplis, et c'est sur le plan médical. Donc, du coup, c'est frustrant. C'est frustrant, parce qu'on perd de l'argent, parce que les dossiers administratifs ne sont pas remplis. Mais ces 12 000 euros, par exemple, s'ils avaient été récupérés, ça aurait peut-être été, je sais pas, un 25% ou un mi-temps médical ou plus. »* Ainsi, MH Care est perçu comme un outil ambivalent, à la fois ressource et contrainte, offrant d'un côté gain de temps et marges de manœuvre, mais induisant également, en réponse aux exigences administratives et réglementaires de contrôle et de qualité, des tâches supplémentaires qui sont, à travers l'outil, reportées sur les soignants : *« pour la personne qui a un peu le nez dans le guidon, qui*

est sur le terrain, lui, la seule chose qu'il voit, c'est « encore une contrainte, encore de la lourdeur administrative, et encore du temps passé derrière un ordinateur à pas voir les patients ». Parce que le contre-coup de ça, enfin voilà, il y a un peu cette ambivalence de dire d'un côté, ça nous fait gagner un temps fou mais sur des parties de l'outil qui ont été demandées par la personne qui s'en sert. Et il y a une autre partie de l'outil qui n'est pas demandée par la personne sur le terrain mais qui est demandée par le gestionnaire ou le contrôleur qualité, et cette partie de l'outil est vécue comme quelque chose de coercitif, de chronophage, d'imbuvable, de pénible. »

VI. La coordination avec les professionnels libéraux : une activité peu médiée par l'outil numérique

Comme toutes les HAD, l'HAD d'Albi a recours à un réseau de professionnels libéraux répartis sur le territoire, principalement des IDEL mais également des MG ou des kinésithérapeutes. D'autres PS libéraux peuvent ponctuellement intervenir auprès des patients suivis en HAD. Si les IDEC, et parfois le médecin coordinateur, mènent des actions pour encourager les IDEL et MG à l'usage de MH Care, la coordination avec les autres PS paramédicaux libéraux (kinésithérapeutes, orthophonistes, etc.) est beaucoup plus sporadique. Après réception de la demande, les IDEC prennent contact avec eux pour les informer que le patient est pris en charge en HAD et qu'ils doivent dorénavant transmettre leurs factures à l'HAD mais il n'y a pas de réel travail en commun autour du patient. Dès lors, l'usage de MH Care par ces PS n'est même pas évoqué avec eux.

6.1 Des PS libéraux qui se sont peu emparés de MH Care

Historiquement, les IDEL n'avaient pas une bonne image de l'HAD car l'organisation n'était pas la même. Au lancement de l'HAD en 2008, il n'y avait pas de médecin systématiquement présent dans le service et les IDE travaillaient en journée jusqu'à 16h, uniquement la semaine. Les astreintes de nuit et le travail du week-end étaient confiés aux IDEL qui considéraient que l'HAD ne leur laissait que la partie ingrate du travail et se réservait la partie « facile » : « il y a des cabinets qui gardent en tête les antécédents, l'HAD d'avant. Quand l'HAD a été créée, il y avait que 4 lits. Les infirmières, forcément, n'étaient pas beaucoup présentes, et entre autres, pas le week-end, pas les nuits, à 16h, elles avaient fini. Donc, forcément, c'étaient les libéraux qui faisaient l'astreinte. Donc, ils ont l'image : « à l'HAD, vous prenez les soins intéressants et nous, vous nous foutez ce que vous n'aimez pas. Il n'y a pas d'astreinte, c'est nous qui devons faire l'astreinte. Vous prenez l'argent et puis voilà ! ». Il y en a beaucoup qui sont restés sur cette ancienne formule. » (IDEC).

Dès lors, il s'agit pour les IDEC de prendre soin de la relation avec les IDEL afin de pouvoir développer un travail en coordination avec eux. Elles essaient, dans la mesure du possible, au moment de l'admission d'un patient, de rencontrer les IDEL, de leur décrire les évolutions de l'HAD et de les rassurer quant aux conditions dans lesquelles ils vont travailler avec l'HAD : « on essaie de faire une promotion de l'HAD, leur dire qu'on a changé, qu'il y a une astreinte des infirmières. Et maintenant, il y a aussi l'astreinte médicale donc, c'est plus confortable. Et il y a un médecin toute la semaine, c'est quand même un confort. Du coup, quand on arrive à se rencontrer avec les infirmières et qu'on arrive à expliquer ça, elles adhèrent forcément et même, ça peut arriver qu'elles nous sollicitent pour prendre en charge des patients qu'elles ont en charge et qu'elles galèrent, parce que le médecin traitant n'est pas forcément joignable, parce que maintenant, il manque des médecins traitants. »

Début 2021, une première phase de sensibilisation des IDEL à l'usage de MH Care sur les tablettes a été effectuée par le cadre actuel. Aujourd'hui, les IDEC, lorsqu'elles en ont la disponibilité, cherchent à convaincre les IDEL d'utiliser MH Care, et plus particulièrement l'application mobile, pour valider les soins et faire les transmissions. Elles leur indiquent la marche à suivre et leur communiquent les codes d'accès afin qu'ils puissent avoir accès aux dossiers de leur(s) patient(s) commun(s) : *« sur l'application mobile, c'est elles qui se le téléchargent. Moi, je leur donne le code serveur qu'elles doivent entrer lors de la première connexion. Ça fonctionne ou ça fonctionne pas. Quand ça fonctionne pas, j'avoue que je suis un peu plus embêtée parce que je suis pas forcément experte dans ce domaine-là, donc, je leur dit de retélécharger, de réessayer. En général, ça marche, je n'ai jamais eu trop de problèmes pour ça ou après, je leur envoie le lien par mail pour qu'elles puissent avoir l'accès au niveau de l'ordinateur. »* Ainsi, il peut arriver que les IDEL rencontrent un échec du téléchargement de l'application mobile, ce qui représente une forme de contrainte pour les IDEC qui sont sollicitées pour la résolution du problème alors qu'elles ne sont pas compétentes en la matière. Cet échec peut également générer un abandon de la part des IDEL, entraînant le rejet de l'outil et par voie de conséquence, de la coordination des soins avec l'HAD à travers MH Care.

L'IDEC avec laquelle nous avons mené un entretien évalue le pourcentage d'IDEL qui se sont emparés de MH Care à seulement 10 à 25% mais elle ne peut nous communiquer le nombre exact d'IDEL ou de cabinets infirmiers avec lesquels l'HAD travaille. Elle déclare néanmoins que les IDEL ne valident jamais les soins : *« valider les soins, je pense qu'il n'y a aucun qui le fait »*, mais ceux qui utilisent MH Care le font ponctuellement pour les transmissions : *« des transmissions quand même des fois, de temps en temps, et voilà »*, ou pour laisser un message dans l'onglet « Messages Domicile-HAD » prévu à cet effet.

Pour les encourager à tracer plus régulièrement leurs actes, le cadre souhaite, à l'avenir, revoir le circuit de facturation des IDEL pour qu'à chaque prise en charge d'un patient et lorsque la répartition des actes entre HAD et IDEL a été arrêtée, une facturation automatique des actes des IDEL soit engagée dès que ces derniers auront validé leurs actes sur MH Care. Cette facturation automatique, au-delà de faciliter le travail des IDEL qui n'auront plus à établir de factures pour l'HAD, garantira l'atteinte d'un très bon niveau de traçabilité pour l'HAD, ce qui n'est pas le cas aujourd'hui : *« et l'objectif, c'est que derrière, en 2024, on leur dise que la traçabilité des soins pourra être un gain de temps pour vous pour la facturation des actes. »* L'IDEC nous confirme également ce point : *« on veut, dans les prochains mois, les prochaines années, que l'infirmière valide son soin et le fait qu'elle valide le soin engendre automatiquement la facturation. Comme ça, ça évite qu'elles fassent les feuilles de soin, et nous, ça nous est bénéfique. Au moins, c'est soin fait, soin payé. »*

Concernant les MG, les IDEC prennent contact par téléphone avec le médecin traitant d'un patient lors de son admission, pour l'informer de la mise en place de l'HAD. Elles évoquent alors l'usage de MH Care avec le MG et lui proposent de lui envoyer les éléments nécessaires pour utiliser MH Care, d'une part pour disposer des données de santé du patient et d'autre part, prescrire, si besoin, des traitements directement dans l'outil. Il arrive rarement que les MG accueillent favorablement cette proposition et s'emparent de MH Care : *« il arrive que certains médecins fassent des prescriptions, et même des évolutions de santé. Ça, ça fait plaisir par contre, on se dit qu'au moins, ils adhèrent et on peut travailler ensemble »*. Toutefois, l'IDEC admet que ce sont des situations exceptionnelles et qu'en réalité, très peu de médecins se montrent intéressés par l'outil de coordination : *« il y a 2 médecins sur je ne sais combien. »*

Lorsque les IDEC ne parviennent pas à joindre directement le MG, elles échangent avec les secrétaires et les informent de la possibilité d'accès au dossier informatisé du patient sur MH Care en demandant que les MG les rappellent s'ils souhaitent avoir accès au dossier informatisé : *« c'est arrivé une fois qu'ils rappellent. »*

Par ailleurs, ayant une certaine connaissance des MG du secteur, elles s'interdisent de prendre contact avec certains d'entre eux : *« les médecins pour lesquels, comme pour cette dame justement, c'est « Monsieur le Médecin » et que nous, on n'est que des infirmières, là, je demande au médecin coordinateur de le faire. »* Ainsi, l'asymétrie des relations amène les IDEC à réguler leur activité en ayant recours au soutien du médecin coordinateur pour se préserver d'une réaction négative de certains MG qui préfèrent échanger avec leurs pairs.

Ainsi, le seul déploiement d'un outil numérique au sein d'une structure n'engendre pas automatiquement un usage spontané puisque, selon l'IDEC, le nombre d'utilisateurs effectifs de MH Care est largement inférieur au nombre de PS avec lesquels l'HAD travaille. Si certains PS s'emparent de MH Care, c'est bien le résultat de tout le travail, invisible, effectué par les IDEC.

6.2 Une prévalence du téléphone comme support de coordination

Ainsi, malgré tout le travail de sensibilisation fait par les IDEC, les IDEL comme les MG se sont peu emparés de MH Care, et lorsque des informations doivent être communiquées aux IDEL par l'HAD ou inversement, c'est le téléphone qui est principalement utilisé : *« en général, on va mettre l'information sur MH Care mais on va quand même les appeler pour être sûr qu'ils aient l'information. »*

Dès lors, loin de faciliter le travail de coordination, ce qui fait partie des promesses technologiques de MH Care, la présence de l'outil vient alourdir la tâche des coordinatrices qui doublent systématiquement la saisie de l'information par un appel aux IDEL. Or, ce travail supplémentaire d'une part de sensibilisation pour encourager à l'usage de MH Care, et d'autre part d'appel systématique aux IDEL, est invisible et non reconnu comme faisant partie de la charge de travail des IDEC.

Au cours de nos observations, nous avons par ailleurs noté que la coordination avec les médecins, qu'il s'agisse des médecins hospitaliers ou des médecins traitants, se fait, là encore, le plus souvent par téléphone, entre médecins, notamment entre le médecin coordinateur et les médecins concernés. Très souvent, il s'agit de prendre une décision collective concernant un patient. L'outil privilégié est alors le téléphone, permettant un échange direct des points de vue des professionnels.

Le médecin coordinateur appelle un confrère pneumologue du CH pour argumenter le souhait d'hospitaliser une patiente. Le médecin pneumologue lui donne son accord et le renvoie vers le médecin de garde pour les modalités pratiques. Le médecin coordinateur appelle alors le médecin de garde et convient avec lui d'une hospitalisation pour le lendemain après-midi.

Plus tard, il reçoit un appel d'une IDE qui se trouvait chez une patiente et à qui il avait demandé de lui faire part de l'état de santé de la patiente. Ils conviennent ensemble d'hospitaliser la patiente. Le médecin coordinateur appelle alors son collègue du service de chirurgie viscérale, sans succès. Il le rappelle environ 30 min plus tard et parvient à se mettre d'accord avec lui pour une hospitalisation de la patiente le lendemain ou le surlendemain.

Ainsi, pour traiter le cas de deux patientes, au-delà de la coordination par téléphone mise en place avec l'IDE, le médecin coordinateur a dû passer 4 appels téléphoniques à ses confrères. Le processus de coordination s'est ainsi affranchi de tout usage d'outil numérique autre que le téléphone qui a permis d'acter rapidement la possibilité d'hospitalisation des patientes.

Le médecin coordinateur a également pris contact par téléphone avec les ambulanciers pour le transport de la première patiente de son domicile vers le CH, ce travail de coordination se faisant une nouvelle fois par téléphone et non à l'aide d'un outil numérique.

6.3 Des usages divers en fonction des cultures métier

Il arrive que certains IDEL rédigent un message dans l'onglet « Messages Domicile-HAD » de MH Care prévu à cet effet. Or, selon l'IDEC, cet onglet est davantage utile pour des besoins d'ordre plutôt administratif ou logistique, par exemple pour signaler un manque de matériel chez le patient, alors que les informations concernant l'état de santé du patient devraient être intégrées dans l'onglet « Transmissions Ciblées ». Ainsi, à défaut d'un protocole d'usage commun entre l'HAD et les IDEL, chaque professionnel s'approprie l'outil en fonction de ses propres habitudes de travail et de sa culture métier, de la manière qui lui semble la plus adaptée à la situation.

Nous avons pu observer une situation révélatrice de la diversité des usages des outils numériques en fonction des métiers et structures.

Au cours du staff, la psychologue annonce que l'une des patientes suivies depuis un certain temps à l'HAD pour une pathologie chronique et incurable a souhaité bénéficier d'une sédation profonde et continue. L'une des IDEC intervient également pour annoncer que l'une des IDEL intervenant au domicile de la patiente avait formulé, par téléphone, le souhait d'être présente au moment de cette intervention et qu'elle lui avait demandé de confirmer ce point en rédigeant une note dans MH Care afin que toute l'équipe de l'HAD en soit informée. Or, l'IDEL n'avait pas rédigé cette note mais avait envoyé un message dans l'onglet « Messages Domicile-HAD ».

Lors de notre entretien, l'IDEC, connaissant les pratiques des IDE du service, nous a dit avoir copié le message de l'IDEL et l'avoir intégré dans l'onglet « Transmissions-Ciblées » pour s'assurer que toute l'équipe serait informée de cette demande et que l'IDEL serait bien contactée pour être présente.

Cet exemple met en évidence la diversité des usages d'un outil numérique en fonction des habitudes professionnelles. L'IDEL, pour formuler sa demande, a utilisé un moyen couramment utilisé entre IDEL (que nous avons observé à plusieurs reprises sur les différents terrains), à savoir le message écrit, souvent par SMS ou WhatsApp. Il a donc probablement paru naturel à l'IDEL d'utiliser l'onglet destiné à envoyer des messages. Or, la pratique au sein de l'HAD, et plus particulièrement au sein du collectif composé des IDE et AS, consiste à prendre connaissance des informations intégrées dans l'onglet « Transmissions Ciblées ». Comme nous le dit l'IDEC : *« elle l'avait mis dans les messages HAD. Pour moi, ça n'a pas forcément sa place là. Il aurait fallu le mettre dans les transmissions pour que tout le monde le voie. »* L'IDEC, de son côté, ayant connaissance des pratiques usuelles de ses collègues dans leur activité, a donc dû avoir la vigilance nécessaire pour éviter les risques d'oubli. Elle a alors opéré une régulation dans sa propre activité pour s'assurer que l'équipe de l'HAD disposerait de l'information, ce qui a généré une charge de travail supplémentaire pour elle : *« du coup, moi, quand j'ai vu cette note, j'ai dû faire une transmission ciblée. Parce que je sais que quand même, les filles lisent les transmissions, la majorité des filles, les collègues. Donc, que ça leur fasse tilt. »*

Ainsi, même si les usages de MH Care au sein de l'HAD sont variés et dépendent de plusieurs facteurs, il y a néanmoins des règles communes, comme la consultation des transmissions ciblées par les IDE et AS. Or, ces règles, implicitement partagées au sein de l'HAD, ne le sont pas par les IDEL qui, lorsqu'elles ont besoin d'échanger avec l'HAD, le font selon leurs propres règles de métier. Ceci amène alors les IDEC à faire un travail supplémentaire de ressaisie pour rendre l'information communiquée par les IDEL accessible à tous les PS de l'HAD.

7. La perception des professionnels de l'HAD sur le logiciel MH Care

A l'issue de nos entretiens et observations à l'HAD d'Albi, nous avons mené une enquête par questionnaire (Cf. annexe IV) pour confirmer ou infirmer nos résultats. Il nous semblait également

important d'analyser si des différences de points de vue pouvaient exister en fonction des métiers ou des déterminants propres à chacun des professionnels, en particulier l'âge ou l'ancienneté. Enfin, nous souhaitions savoir si la perception des professionnels sur les apports d'un logiciel conçu pour les HAD correspondait aux promesses technologiques du concepteur. Le questionnaire, conçu à partir des entretiens et observations, mais également de l'étude des promesses de l'éditeur du logiciel sur son site Internet³⁵, comportait 35 questions. Au-delà des informations générales concernant les répondants, le questionnaire interrogeait le personnel sur la formation au logiciel, la fréquence d'utilisation, le support privilégié pour utiliser l'outil, les lieux d'usage, les fonctionnalités utilisées par chacun des professionnels et les apports du logiciel dans l'activité de chacun. Il a été distribué à tous les professionnels du service. 22 salariés sur 27 y ont répondu.

7.1 Caractéristiques des répondants

Les métiers des 22 répondants se répartissent de la façon suivante :

- 10 IDE
- 4 AS
- 2 médecins
- 2 secrétaires (1 titulaire et 1 remplaçante)
- 2 IDEC
- 1 cadre
- 1 assistante sociale

L'âge des répondants est plutôt bien réparti, avec néanmoins une majorité de répondants de moins de 40 ans, a priori à l'aise avec les outils numériques : 13 ont moins de 40 ans, 4 ont de 41 à 50 ans, 4 ont de 51 à 60 ans et 1 a plus de 60 ans.

L'ancienneté dans le métier est très partagée avec 9 répondants ayant moins de 5 ans d'ancienneté, 3 répondants ayant entre 6 et 10 ans d'expérience, 2 répondants ayant de 11 à 15 ans d'expérience et 8 répondants ayant plus de 15 ans d'expérience.

Il existe donc bien une corrélation entre âge et ancienneté dans le métier des répondants.

Par ailleurs, la majorité des répondants a une ancienneté plutôt récente à l'HAD : 12 ont moins de 3 ans, 8 entre 4 et 10 ans et 2 plus de 10 ans, d'ancienneté dans le service.

7.2 Formation et usages de MH Care

7.2.1 *Un manque de formation*

2/3 des répondants, à savoir 14 sur 22, affirment ne pas avoir été formés sur MH Care : le cadre, l'assistante sociale, les 2 IDEC, 1 médecin sur 2, et 3 IDE sur 10 ont été formés alors que les 4 AS, 7 IDE sur 10, 1 médecin sur 2 et les 2 secrétaires n'ont pas été formés.

Le fait que les secrétaires n'aient pas été formées est lié à leur pratique professionnelle car elles n'utilisent que très peu MH Care. A contrario, les AS, IDE et le médecin utilisent MH Care quotidiennement alors qu'ils n'ont pas reçu de formation, ce qui pourrait les limiter dans les usages de l'outil.

³⁵ <https://www.mhcomm.fr>

Parmi les 8 personnes ayant affirmé avoir été formées sur MH Care, 6 estiment que la formation a été utile et suffisante. Pour 2 d'entre elles, cette formation n'a pas répondu à leurs attentes. L'une des 2 IDEC nous précise d'ailleurs que la formation a été utile mais non suffisante.

Parmi les 14 personnes ayant déclaré ne pas avoir bénéficié d'une formation, 10 auraient souhaité bénéficier d'une formation, ce qui n'est pas le cas de 3 répondants. L'un des répondants n'a pas répondu à cette question.

Ces résultats nous amènent à penser que les professionnels pourraient rencontrer des difficultés à utiliser MH Care du fait d'un manque de formation et que celle-ci constitue un élément important pour améliorer et développer les usages de MH Care et qu'il serait donc pertinent d'envisager la formation de tous les professionnels.

7.2.2 Des usages récurrents de MH Care

Tous les répondants affirment utiliser MH Care, la très grande majorité (20/22) affirmant utiliser le logiciel plusieurs fois par jour alors qu'un répondant l'utilise plusieurs fois par semaine et un autre, 1 fois par jour.

Les supports plébiscités pour l'usage de MH Care sont l'ordinateur dans les locaux de l'HAD (16 réponses) et le téléphone portable personnel (13 réponses), alors que la tablette chez le patient, le téléphone portable de l'HAD, l'ordinateur portable et l'ordinateur personnel ne sont utilisés que par très peu de personnes (6 réponses au total).

L'usage du téléphone portable personnel de manière prépondérante pose la question de la conciliation des deux sphères de vie : personnelle et professionnelle, et du droit à la déconnexion puisque d'une certaine manière, les professionnels déplacent le travail à la maison en utilisant leurs outils personnels. Toutefois, cette flexibilité d'usage au domicile permise par l'application mobile de MH Care constitue également une ressource pour certains professionnels, comme précisé précédemment.

Les lieux d'usage de l'application mobile sont divers, mais les professionnels ne l'utilisent que très peu au domicile des patients (6 réponses), privilégiant ainsi la relation et les échanges avec ces derniers. De la même manière, l'usage de l'application mobile dans les locaux de l'HAD ne recueille que 5 réponses, les professionnels utilisant davantage les ordinateurs fixes. En revanche, les PS utilisent massivement l'application mobile pendant leur tournée, hors domicile du patient (14 réponses) et, dans une moindre mesure, à leur domicile (9 réponses).

Ces résultats confirment ainsi l'utilité de l'application mobile dont les PS font usage de manière importante, tout en préservant la qualité de leurs relations avec les patients.

MH Care est un outil ancré dans les pratiques des professionnels de l'HAD puisque 2/3 des répondants affirment le consulter très fréquemment sans saisir d'informations : 8 sur 22 consultent MH Care toute la journée et 6 sur 22 plus de 5 fois par jour. Les autres répondants consultent MH Care 3 à 5 fois par jour (3) et 1 à 3 fois par jour (5). Aucun des répondants n'a déclaré ne jamais consulter MH Care.

Afin de connaître les fonctionnalités qui sont les plus utilisées par les professionnels et les comparer aux promesses technologiques de MH Care, nous avons listé, à partir du site de la société MH Comm (refondu depuis), toutes les fonctionnalités proposées par l'outil. Nous leur avons alors demandé de

désigner celles qu'ils utilisaient et/ou consultaient. Le tableau 10 reprend la liste des fonctionnalités proposées que nous avons classées par finalités (organisation et coordination des soins, traçabilité des soins et administratif), et le nombre de réponses obtenues par chacune d'entre elles.

Organisation et coordination des soins	Planification des soins	14
	Prescription médicamenteuse	11
	Création et renseignement du dossier médical	7
	Messagerie instantanée	3
	Création du projet de soins	3
	Agenda patients	2
	Protocoles	1
	Création, transmission et suivi des commandes de matériel, de consommables ou de linge	1
	Transmission des commandes à la PUI et gestion des stocks de médicaments	1
Traçabilité des soins	Transmissions ciblées	21
	Insertion photo ou document	17
	Validation des soins	16
	Indication des constantes	14
	Administration des traitements	11
	Appareil photo	8
Administratif	Dossier social du patient	6
	Rédaction des courriers médicaux	4
	Cotation des actes	4
	Gestion des facturations des professionnels de santé libéraux	3

Tableau 10 : Nombre de réponses par fonctionnalité utilisée ou consultée par les PS

Les fonctionnalités qui correspondent à la traçabilité des soins sont celles qui sont les plus utilisées et/ou consultées (59% des réponses), tandis qu'en matière d'organisation et de coordination des soins, ce sont la planification des soins et la prescription médicamenteuse qui sont les plus utilisées et/ou consultées (25% des réponses). Quant aux fonctionnalités administratives, elles ne sont que peu utilisées et/ou consultées.

Ces résultats viennent ainsi confirmer les résultats de nos entretiens et observations, à savoir que la traçabilité des soins est au cœur de l'activité des soignants, qu'il s'agisse de répondre à des obligations réglementaires ou de partager des informations pour un meilleur suivi des patients.

7.3 Perception des professionnels sur les possibilités offertes par MH Care

Nous avons souhaité recueillir le point de vue des professionnels sur le soutien que MH Care pouvait leur fournir dans leur activité et savoir si cet outil représentait une ressource ou une contrainte dans la réalisation de leur travail. Nous avons alors formulé 23 propositions avec 5 niveaux de réponses possibles : tout à fait d'accord, d'accord, pas d'accord, pas du tout d'accord et non concerné. Certains répondants ont fait le choix de ne pas répondre à certaines propositions. Nous avons donc intégré la non-réponse dans notre analyse des résultats.

Il existe un réel consensus sur l'utilité (17/22) et l'utilisabilité (22/22) de MH Care, comme sur la plupart de nos propositions. Les professionnels, tous métiers confondus, estiment à plus de 70% que MH Care permet de :

- **Répondre à des obligations réglementaires** (19/22) : les PS ont l'obligation d'une part de sécuriser les données de santé des patients et d'autre part, de tracer les actes pratiqués sur chaque patient ;
- **Garantir l'identitovigilance** (16/22) : il y a peu de probabilités pour qu'un patient soit confondu avec un autre du fait de la suppression du papier, MH Care permettant d'éviter par exemple qu'un document concernant un patient ne glisse dans le dossier papier d'un autre patient ;
- **Sécuriser les données médicales des patients** (20/22) : le fait d'utiliser un outil sécurisé protégeant les données de santé des patients permet d'une part de répondre aux obligations réglementaires et d'autre part, de rassurer les patients le cas échéant ;
- **Garantir la traçabilité de la prise en charge du patient** (22/22) : ce point rejoint le respect de la réglementation mais également la protection des soignants en termes de responsabilité ;
- **Eviter les saisies multiples** (17/22) : la pratique qui consistait, avant le déploiement de MH Care, à saisir les informations d'une part dans le dossier de soins chez le patient et d'autre part dans le dossier patient à l'HAD, a aujourd'hui totalement disparue. Si la majorité des AS et IDE se disent tout à fait d'accord ou d'accord avec cette proposition, 1 AS et 3 IDE ne sont pas du tout d'accord ou pas d'accord. Nous faisons l'hypothèse qu'il s'agit de PS qui n'utilisent pas ou pas régulièrement l'application mobile et qui notent donc les données à reporter à leur retour tournée dans MH Care ;
- **Accéder à des informations fiables en temps réel** (19/22) : si la majorité des répondants est tout à fait d'accord ou d'accord avec cette proposition, nous notons qu'une IDE, une IDEC et un médecin ne sont pas d'accord. Nous faisons l'hypothèse que pour eux, les informations orales communiquées au cours des staffs sont plus fiables dans la mesure où elles sont actualisées à chaque visite chez les patients alors que les transmissions écrites ne sont pas toujours effectuées, ou pas immédiatement. Nous avons en effet observé que le médecin coordinateur ne consultait jamais les transmissions infirmières sur MH Care mais était parfaitement informé de l'évolution de l'état de santé de chacun des patients ;
- **Gagner du temps** (21/22) : le gain de temps évoqué au cours des entretiens est confirmé par la très grande majorité des répondants, seule une AS affirmant qu'elle n'est pas du tout d'accord ;
- **Garantir la qualité et la sécurité du travail individuel** (22/22) : les répondants sont unanimes. Ce point répond par ailleurs aux exigences liées à la certification des établissements de santé ;
- **Garantir la qualité et la sécurité du travail du service** (20/22) : un répondant s'est dit non concerné par cette proposition et un autre n'a pas répondu mais tous les autres répondants sont tout à fait d'accord ou d'accord, ce qui rejoint les résultats de la proposition précédente ;
- **Faciliter le suivi de l'état de santé des patients** (21/22) : de la même manière les répondants sont plutôt unanimes dans leurs réponses, en dehors d'une IDE qui n'est pas d'accord. Le fait de pouvoir consulter le dossier du patient et d'accéder aux dernières informations accessibles grâce aux transmissions ciblées permet de mieux suivre l'évolution de sa santé ;
- **Transmettre des informations de meilleure qualité entre collègues** (21/22) : cette proposition est en lien avec la précédente et vient confirmer l'adhésion des répondants à l'outil ;
- **Une meilleure coordination au sein de l'équipe** (18/22) : ce résultat surprend dans la mesure où nos entretiens et observations nous ont conduites à penser que la coordination intra équipe était plutôt faite au cours des staffs et tout au long de la journée, plutôt par téléphone ou au cours d'échanges verbaux informels. Or, une très grande majorité des répondants estime que MH Care leur permet de mieux se coordonner avec leurs collègues. Seules 3 IDE ne sont pas d'accord ou

pas du tout d'accord avec cette proposition. Toutefois, il peut être expliqué par l'accès facilité aux informations grâce aux transmissions ciblées, notamment pour les PS absents des staffs ;

- **Améliorer l'efficacité des soins (16/22)** : MH Care permet de concentrer toutes les informations concernant le patient au même endroit, de rendre les prescriptions médicamenteuses directement accessibles à la PUI et de les modifier facilement, de mettre en place une coordination sécurisée, et de tracer tous les soins prodigués au patient.

D'autres propositions recueillent une adhésion moins homogène des répondants mais plus de 58% d'entre eux sont tout à fait d'accord ou d'accord avec celles-ci :

- **Faciliter et sécuriser le circuit du médicament (13/22)** : si 4 des répondants sont non concernés par cette proposition et 1 n'y a pas répondu, 4 d'entre eux ne sont pas du tout d'accord ou pas d'accord avec elle. Il s'agit d'une AS et de 3 IDE. Nous faisons l'hypothèse que ces réponses proviennent du fait que ce sont les IDE qui préparent les piluliers et les IDE et AS qui les transportent aux domiciles des patients, ce qui ne peut exclure le risque d'erreur. MH Care ne peut donc permettre une sécurisation du circuit du médicament de bout en bout ;
- **Transmettre des informations de meilleure qualité avec les professionnels de santé libéraux ou d'EHPAD (14/22)** : 4 répondants ne sont pas du tout d'accord ou pas d'accord avec cette proposition. Il s'agit d'une AS, 2 IDE et un médecin. Le niveau de réponses positives à cette proposition nous surprend dans la mesure où au cours de nos entretiens avec l'IDEC, nous avons appris que peu d'IDEL et d'EHPAD s'étaient emparés de MH Care et que les échanges d'informations avaient principalement lieu par téléphone. Toutefois, s'ils le souhaitent, les IDEL et EHPAD pourraient disposer des informations concernant les patients sur MH Care ;
- **Une meilleure coordination avec les professionnels de santé libéraux ou d'EHPAD (14/22)** : notre analyse des réponses à cette proposition rejoint la précédente. Nous notons toutefois que 5 répondants ne sont pas du tout d'accord ou pas d'accord avec cette proposition : le cadre et 4 IDE ;
- **Améliorer la relation avec les patients (14/22)** : si 14 répondants estiment que MH Care permet d'améliorer la relation au patient, 1 AS, 4 IDE, 1 IDEC et 1 médecin ne sont pas du tout d'accord ou pas d'accord avec cette proposition. Le niveau de réponses positives à cette proposition nous semble encore une fois surprenant dans la mesure où nos résultats précédents montrent que MH Care est très peu utilisé chez les patients. Certaines AS et IDE refusent même son usage lorsqu'elles se trouvent au domicile des patients, estimant que l'outil peut être un frein à leur relation avec ces derniers.

Enfin, quelques propositions recueillent moins de 45% d'accord de la part des répondants :

- **Accéder facilement aux plannings des tournées (5/22)** : si 6 répondants se disent non concernés par cette proposition (l'assistante sociale, 2 AS, 4 IDE et 1 médecin), plus de la moitié des répondants ne sont pas du tout d'accord ou pas d'accord avec elle. Cette fonctionnalité, proposée par MH Care, n'est actuellement pas utilisée par l'HAD, ce qui explique le niveau de réponses en désaccord avec cette proposition ;
- **Transmettre des informations de meilleure qualité avec d'autres services hospitaliers (10/22)** : les réponses à cette proposition sont très partagées puisque 10 répondants sont tout à fait d'accord ou d'accord avec elle alors que 9 autres ne sont pas du tout d'accord ou pas d'accord. Or, nos observations nous amènent à penser que la majorité des échanges d'informations avec les services hospitaliers (qu'il s'agisse du CH d'Albi ou d'autres établissements) sont faits par

téléphone et, le cas échéant, courriel ou fax. Seuls les courriers de sortie des médecins, rédigés sur MH Care, sont directement transmis dans le DPI du CH ;

- **Une meilleure coordination avec d'autres services hospitaliers (7/22)** : les répondants ne sont majoritairement pas du tout d'accord ou pas d'accord (13/22). Nous avons en effet observé plusieurs situations de coordination entre l'HAD et certains services du CH, toujours par téléphone ;
- **Avoir un meilleur équilibre vie professionnelle/vie privée grâce à la mobilité de l'outil (10/22)** : les réponses à cette proposition sont très partagées puisqu'il y a autant de répondants tout à fait d'accord ou d'accord que de répondants pas du tout d'accord ou pas d'accord. 2 des répondants sont non concernés par cette proposition (1 AS et 1 IDE). Au cours de nos entretiens et observations, nous avons pu recueillir le point de vue de certains PS qui considéraient que l'application mobile était une valeur ajoutée car elle leur offrait une marge de manœuvre permettant de reporter une partie de leur travail. A contrario, d'autres PS ont exprimé leur besoin de déconnexion et le fait qu'ils ne souhaitaient pas d'intrusion du travail dans leur vie privée. Les réponses à cette proposition sont donc le reflet de la diversité de ces points de vue.

Nous considérons qu'il existe un biais dans ces réponses et qu'une partie des répondants s'est probablement basée sur les fonctions théoriques de MH Care et non sur l'usage réel qu'ils en font. L'exemple le plus flagrant est celui des secrétaires qui n'utilisent que très peu MH Care mais qui ont systématiquement exprimé leur accord avec nos propositions. Compte tenu de ce biais, nous ne pouvons affirmer que les résultats de notre enquête confirment ou pas notre analyse.

Toutefois, nous notons qu'une majorité de répondant a une perception positive de MH Care qui selon eux, permet de soutenir le travail du service même si quelques points sont moins consensuels et partagent les répondants.

8. Synthèse

En synthèse des résultats, la figure 13 modélise les situations d'usage des différents supports par les professionnels impliqués dans la prise charge des patients.

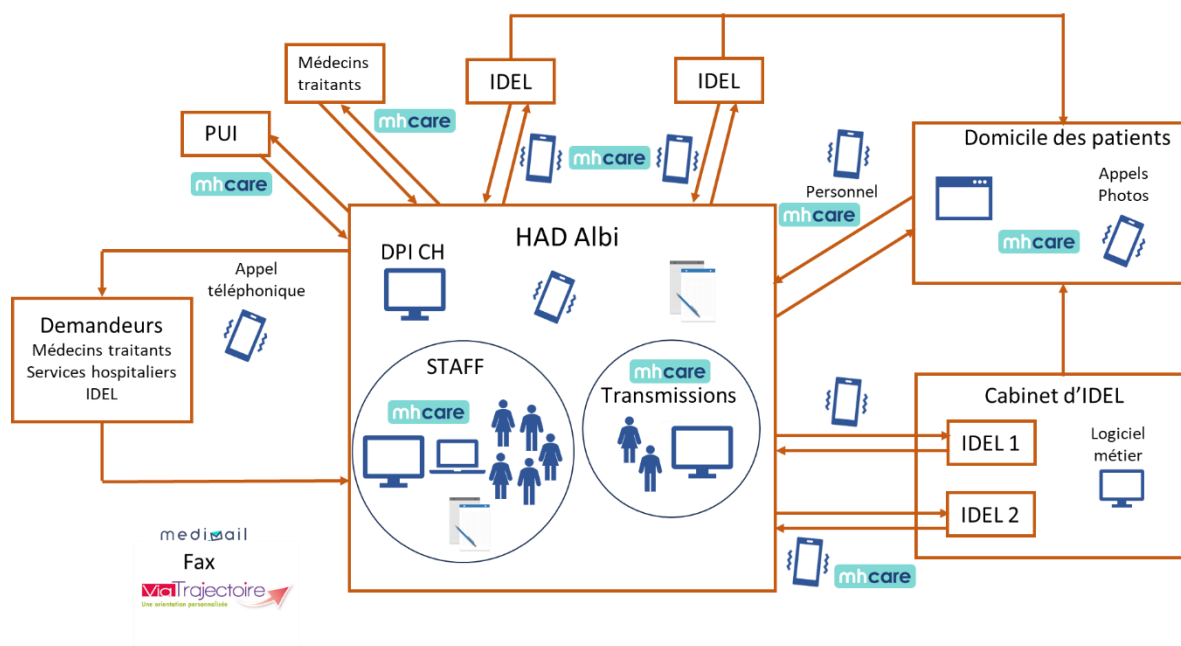


Figure 13 : Situations d'usage des différents supports par différents PS à l'HAD d'Albi

L'ensemble de ces éléments permet de mettre en évidence qu'au sein de l'HAD d'Albi :

- ❖ L'équipe étant réunie au sein de l'HAD, la coordination se fait essentiellement oralement, au cours des staffs ou de manière informelle à chaque fois que nécessaire. Elle est néanmoins outillée par MH Care, logiciel dédié à la pratique en HAD.
- ❖ MH Care est un outil structurant de l'activité des professionnels de l'HAD. Il centralise l'ensemble des informations relatives aux patients, facilitant ainsi l'accès et la transmission des informations entre professionnels, que ce soit au sein ou en dehors de l'HAD. L'interopérabilité partielle avec le DPI du CH et complète avec la PUI en fait une ressource majeure pour l'activité.
- ❖ Les principales contraintes liées à l'usage de MH Care sont liées à une conception de l'outil par métier et éloignée du travail réel.
- ❖ La coordination avec les PS libéraux demeure essentiellement médiée par le téléphone, ces derniers étant peu acculturés à l'outil et ayant leurs propres logiciels métier.

V. La MSP La Bouyère

1. Présentation de la structure et méthodologie

La MSP La Bouyère, située à Labastide Saint-Pierre dans le Tarn-et-Garonne, s'est constituée autour d'un certain nombre de PS qui avaient déjà pour habitude de travailler ensemble sur le territoire. Les sept médecins généralistes de Labastide Saint-Pierre se sont réunis au sein de la MSP dans les mêmes locaux, rejoints par d'autres PS dont un cabinet infirmier constitué de 5 IDEL. Par ailleurs, peu d'autres MG exercent sur le secteur couvert par la MSP. Parmi les PS réunis au sein de la MSP, ce sont principalement les IDEL, et dans une moindre mesure les sages-femmes, la podologue et certains MG qui se déplacent au domicile des patients.

La MSP est membre de la CPTS du Tarn-et-Tescou dont le président n'est autre que le président de la MSP.

Cette MSP monosite est constituée de 21 PS libéraux, dont 7 MG et 5 IDEL du même cabinet infirmier. L'une des IDEL est par ailleurs la coordinatrice de la MSP et consacre 1 journée par semaine à cette tâche. 4 secrétaires, dont 1 assistante médicale travaillent également au sein de la MSP.

Parmi les 25 professionnels de la MSP, nous avons mené 2 entretiens et 11 observations.

Le tableau 11 précise les différents professionnels concernés par les entretiens et observations de la MSP La Bouyère. Les observations des IDEL se sont déroulées sur une tournée du matin, entre 8h et 13h30 environ. Les secrétaires ont été observées sur une durée d'environ 3h à leurs postes afin de comprendre leurs usages des outils numériques en termes de coordination avec les médecins. Les MG et la podologue ont été observés à l'occasion de visites programmées ou non.

Entretiens	Observations
Président de la MSP (MG)	3 Secrétaires/4
Infirmière coordinatrice	2 MG/7
	5 IDEL/5
	1 podologue/1

Tableau 11 : Les différents PS concernés par les entretiens et observations

2. Les outils numériques utilisés par les professionnels

Les PS de la MSP disposent d'outils numériques propres à la structure, comme le logiciel de gestion médicale et la messagerie instantanée. Ces outils sont utilisés par tous les professionnels travaillant au sein de la MSP. Par ailleurs, certains professionnels sont également amenés à travailler avec des logiciels externes à la MSP.

2.1 Un logiciel de gestion médicale commun

Lors de sa constitution, la MSP a opté pour un logiciel de gestion médicale commun à toute la structure, Docteur Santé. Ce logiciel est labellisé « e-santé SI des Maisons et Centres de Santé » (label délivré par l'ANS), garantissant ainsi sa conformité aux exigences du référentiel fonctionnel de labellisation. Notamment, il permet à tous les PS d'avoir accès aux dossiers des patients, de les renseigner en

fonction de leurs compétences respectives et d'avoir une traçabilité de tous les actes concernant chaque patient.

Docteur Santé offre par ailleurs une version mobile. Néanmoins, le dossier du patient visité à domicile doit être chargé par le professionnel lorsqu'il est à son cabinet et avant son déplacement car la version mobile du logiciel n'est pas disponible hors réseau. Ainsi, un professionnel ne peut que consulter et non renseigner le dossier lorsqu'il est au domicile du patient dans une zone hors réseau. Dans les faits, les professionnels utilisent très peu cette version mobile.

Ce logiciel intègre également une messagerie sécurisée de santé et une messagerie instantanée interne (tchat), rattachée au dossier du patient, et souvent utilisée par les PS de la MSP.

L'ambition du président de la MSP et de la CPTS est d'étendre ce logiciel de gestion à tous les professionnels de la CPTS afin de faciliter le travail de coordination sur le territoire et permettre d'une part à tous les PS d'avoir un niveau d'information équivalent en ayant accès aux dossiers des patients et d'autre part, aux patients d'être suivis de manière homogène par tous les médecins de la CPTS en cas de nécessité.

2.2 Une messagerie instantanée non sécurisée mais efficace

Afin d'échanger entre eux quelle que soit leur localisation, les PS de la MSP ont opté pour « *quelque chose qui n'est théoriquement pas autorisé mais un poil plus sécurisé que WhatsApp* » l'application Telegram, également jugée plus pratique et fluide en termes d'usage que les SMS. C'est ainsi que plusieurs fils de discussion ont été créés, dont un pour tous les PS de la MSP, un entre tous les IDEL et chacun des MG, un entre les IDEL et les secrétaires, un entre chaque médecin et les secrétaires, etc. Même s'ils ont conscience que l'application Telegram ne répond pas aux exigences de sécurité concernant les données de santé, les PS affirment de manière unanime que Telegram leur permet d'échanger de manière simple et fluide : « *ça marche très bien, c'est très réactif et ça permet de ne pas être intrusif. On n'a pas besoin d'une réponse immédiate. Si on en a besoin d'une, on appelle. Le message permet de laisser l'autre libre de nous répondre quand il le peut.* » L'usage de la messagerie instantanée est ainsi adapté en fonction du besoin de l'émetteur du message, à savoir lorsqu'il n'a pas besoin d'une réponse immédiate. Dans le cas contraire, c'est le téléphone qui est privilégié.

Par ailleurs, les PS de la MSP ont ancré l'utilisation de Telegram dans leurs pratiques antérieurement au lancement de SPICO et s'accordent pour dire que cela leur semble difficile de changer d'outil. Comme beaucoup de PS libéraux, même s'ils conviennent que la sécurisation des données de santé n'est pas « *optimale* », ils privilégient le côté pratique et fluide de l'usage de Telegram. La veille de notre entretien avec le président de la MSP, 16 messages avaient été échangés sur le fil de conversation partagé par tous les PS, dont des photos.

2.3 Des logiciels tiers externes qui peuvent contraindre l'activité

Lors des visites en EHPAD, considéré comme domicile des patients, les médecins n'utilisent pas leur logiciel métier mais le SI de l'EHPAD pour y rédiger un compte rendu et établir les ordonnances des patients visités. Ils doivent donc en connaître les fonctionnalités et s'adapter à l'usage d'un outil qu'ils ne maîtrisent pas. L'extrait d'observation ci-dessous relate la situation d'un médecin généraliste qui, à son arrivée en consultation dans un EHPAD, découvre que le logiciel de soins de l'établissement a changé.

Au cours d'une matinée de visites dans un EHPAD, l'une des MG de la MSP est confrontée au changement récent du logiciel de l'établissement, sans en avoir été préalablement informée et sans aucune assistance de la part du personnel pour la guider dans l'usage de ce nouvel outil. Cela a engendré une charge de travail plus importante pour la MG, certaines informations n'étant pas accessibles facilement et l'impression des ordonnances nécessitant plusieurs manipulations, cette fois à cause de l'obsolescence de l'imprimante. Ces difficultés génèrent une perte de temps au détriment du temps consacré au soin que la MG formule clairement : *« c'est fou, je passe plus de temps sur le logiciel de l'EHPAD qu'avec les patients. »* La MG prend néanmoins le temps d'échanger avec 2 soignantes de l'EHPAD au sujet des patients vus dans la matinée et, entre autres, leur demander de pratiquer un examen biologique sur une patiente. Cette coordination se fait oralement, même si l'ordonnance pour l'examen biologique a été préalablement établie mais la MG prend le temps d'expliquer les raisons pour lesquelles elle souhaite cet examen.

Au-delà de la transmission d'informations médiée par le logiciel, les observations montrent également que la coordination interprofessionnelle s'effectue principalement, là aussi, à travers des échanges verbaux et du partage d'informations orales.

3. Quelle place pour les outils proposés par e-santé Occitanie au sein de la MSP ?

D'une manière générale, la perception qu'ont les PS, et plus particulièrement les MG des outils proposés par e-santé Occitanie est plutôt négative. Pour eux, il s'agit soit d'outils qui ne répondent pas à leurs besoins, soit d'outils chronophages dont le niveau de performance ne correspond pas à leurs attentes. Le président de la MSP l'a formulé en ces termes : *« pour que ce soit utilisé et utilisable, il faut essentiellement que la mise en œuvre soit fluide, simple, facile. Dès que vous mettez des obstacles, les gens vous disent : « j'en veux pas ». C'est ce qu'on a parfois du mal à faire comprendre aux autorités. Ce que je disais il y a quelque temps en commission paritaire locale à la sécu où on me demandait pourquoi les médecins n'utilisaient pas le DMP, c'est : pourquoi ? parce que ça marche pas ! »*

Ainsi, les professionnels attendent d'un outil qu'il corresponde à leurs besoins et pratiques et soit immédiatement fonctionnel. A défaut, la charge de travail élevée et le temps nécessaire à la prise en main d'un outil risquent de générer le rejet des professionnels.

3.1 SPICO

La MSP avait déjà opté pour Telegram comme messagerie instantanée avant le déploiement de SPICO sur le territoire, et tous les professionnels étaient satisfaits de cet outil car il répondait à leurs besoins. Il n'a donc pas été envisagé de changement d'outil au profit de SPICO. Même s'il n'exclut pas un usage de SPICO à l'avenir, le président de la MSP estime que *« les changements de comportements sont compliqués et longs, surtout quand un outil répond à une demande. »* Par ailleurs, les nombreux

problèmes techniques rencontrés par les usagers de SPICO peu de temps après son déploiement n'ont pas plaidé pour un changement d'outil au sein de la MSP : « *ça ne marche pas.* » Certains PS de la MSP n'ont jamais entendu parler de SPICO alors que d'autres, probablement informés par leurs confrères, connaissent l'existence de l'outil mais refusent de l'utiliser pour les raisons évoquées par le président de la MSP.

Au cours d'une RCP, les représentants du DAC (Dispositif d'Appui à la Coordination) 82 déclarent utiliser SPICO comme outil de coordination des parcours sur le territoire et insistent sur les responsabilités des PS quant à la sécurisation des données partagées. Une discussion s'ensuit autour de l'outil.

Certains professionnels déclarent ne pas connaître SPICO et son utilité par rapport aux outils qu'ils utilisent déjà. D'autres, en revanche, connaissent l'outil et ont tenté de l'utiliser mais n'y sont pas parvenus, ce qui donne une indication sur la complexité, a minima du premier usage, de SPICO. Néanmoins, ils s'accordent sur le besoin d'un outil commun de coordination et émettent l'idée d'utiliser SPICO Discussions comme un « *WhatsApp sécurisé.* »

Un MG soulève alors la question de la multiplicité des outils qui peut conduire à une hypersollicitation. D'autres professionnels présents abondent dans son sens. Cette intervention permet d'évoquer le droit à la déconnexion des professionnels qui, pour un certain nombre d'entre eux, n'ont qu'un seul téléphone qu'ils utilisent aussi bien pour un usage privé que professionnel. Ainsi, s'il n'existe pas de possibilité de déconnecter un outil, le respect de la frontière entre vie privée et vie professionnelle peut être négligé.

Toutefois, ce même MG reconnaît qu'il n'a jusqu'alors envisagé la coordination qu'au sein de la MSP et qu'une coordination plus régulière avec les autres professionnels du secteur serait pertinente.

Le président de la MSP propose alors d'étudier la possibilité du déploiement de SPICO comme outil de coordination sur le territoire avec l'animateur territorial d'e-santé Occitanie et de faire un retour aux professionnels.

Cette discussion montre qu'il n'y a pas de rejet de principe sur les outils numériques par les professionnels mais que d'une part, la multiplicité des outils peut être source de confusion, ce qui peut mener au rejet des outils, et d'autre part, l'information des professionnels doit être ciblée sur leurs besoins et questionnements afin de lever tout doute sur la pertinence des outils et sur leur utilité dans la pratique de chacun des professionnels.

3.2 Médimail

L'usage de Médimail est « *entré dans les mœurs* ». Tous les PS ont une messagerie sécurisée, sachant qu'ils sont plutôt récepteurs qu'émetteurs de messages. Les secrétaires ont accès à toutes les messageries des PS pour récupérer les documents et les intégrer dans les dossiers des patients. Néanmoins, le président de la MSP affirme que certains professionnels continuent de leur envoyer des messages sur des messageries non sécurisées et que l'hôpital de Montauban, lui, adresse les documents par voie postale.

3.3 ViaTrajectoire

ViaTrajectoire est considéré comme un outil complet mais complexe et chronophage, nécessitant une consultation d'environ 45mn avec les patients concernés afin d'avoir la certitude de disposer des éléments nécessaires au dossier : *« Cet outil numérique est très bien dans le sens où quand tu le remplis, ça te permet d'organiser ton examen mais il ne faut rien louper et heureusement que je l'avais déjà utilisé avant parce que c'est une gymnastique. »* Les difficultés exprimées par les MG amènent d'ailleurs l'un d'entre eux à déclarer qu'il n'a pas fait certains dossiers ViaTrajectoire car il n'avait *« pas envie de prendre une demi-heure pour remplir le dossier »*, ce qui peut aller à l'encontre de la qualité de prise en charge des patients dans la mesure où le temps passé à compléter l'outil est du temps en moins pour la relation et le soin prodigué au patient.

Cela questionne par ailleurs sur les processus de conception des outils numériques puisqu'ils sont vécus comme une contrainte par les PS. D'ailleurs, le président de la MSP exprime très clairement cet écart entre logique de conception et logique d'usage : *« il faut que les gens qui font ce type d'outils se mettent dans la peau du type qui le remplit. Est-ce que c'est une information que les médecins ont ? bien sûr que non. Donc, ça veut dire que quand vous allez le remplir, vous allez vous dire : « ah, je ne sais pas où il est né » et ça bloque. Tant que vous n'avez pas rempli ça, ça ne passe pas à la page suivante. Je vous cite ça parce que ça me revient mais il y en a plein d'autres comme ça. C'est insupportable. »*

3.4 Mon Espace Santé

Quant à Mon Espace Santé, il y a un rejet clair de la part du président de la MSP qui affirme que cet outil n'est pas opérationnel, comme les outils de même type promu précédemment : *« écoutez, ça fait bientôt 20 ans qu'on en parle, on est d'accord ? A quel moment il a marché ? Jamais. Combien on a dépensé d'argent ? Enormément. Alors, moi je veux bien tout ce qu'on veut. Je peux vous montrer ce que ça donne aujourd'hui, pas sur mon téléphone mais sur le logiciel. Aujourd'hui, si je veux aller sur Mon Espace Santé, ça plante tout le temps. C'était déjà vrai avec l'ancien logiciel, c'est toujours vrai avec celui-là. Alors il paraît que ça va changer au mois d'avril, tant mieux, ou pas. Donc, par rapport à avant, il y a une amélioration. Maintenant, il y a une liaison qui se fait entre Docteur Santé et DMP mais il me dit que je n'ai pas de droit. On me dit que le patient ne m'a pas donné de droits, ce qui est évidemment complètement faux. Ça bug tout le temps, donc, moi... »* En effet, nous avons observé plusieurs cas où le MG a fait des tentatives de connexion à Mon Espace Santé pour différents patients et aucun accès n'a été possible. Les MG ayant des journées de travail très chargées (en général, de 8h ou 8h30 à 18h30 ou 19h), ils ne se mobilisent pas pour se saisir d'outils qui, même s'ils admettent leur potentielle utilité, ne présentent pas une simplicité et une fluidité d'usage.

4. La pratique infirmière au sein de la MSP

Le cabinet infirmier intégré à la MSP est constitué de 5 infirmiers, 4 infirmières ayant une ancienneté importante (entre 18 et 25 ans) sur le secteur, et un infirmier plus jeune, arrivé il y a 3 ans après le départ à la retraite d'une ancienne IDEL. Au moment de la constitution de la MSP, 2 des infirmières n'ont pas souhaité changer leurs pratiques en adoptant le même logiciel de gestion que tous les autres PS. Ce choix n'a pas d'incidence sur leur pratique infirmière au sein du cabinet, mais entraîne des répercussions en termes de coordination avec les autres PS dans la mesure où aucune transmission ne parvient de leur part dans les dossiers patients contenus dans le logiciel commun. Toutefois, ces 2 IDEL ont adopté l'usage de Telegram et tous les IDEL se disent satisfaits de cet outil qui, bien que non

sécurisé, leur permet d'avoir un lien constant avec les autres professionnels, plus particulièrement les MG et les secrétaires.

En intégrant la MSP, le cabinet infirmier a conservé son mode d'organisation. Ainsi, l'activité des IDEL se fait principalement à domicile, avec quelques rendez-vous au cabinet, très tôt le matin pour des prélèvements sanguins et ponctuellement, en fin de matinée, pour d'autres soins.

Lors de leurs visites à domicile, les IDEL n'utilisent aucun outil numérique en dehors du téléphone, uniquement pour appeler des patients ou collègues mais jamais pour consulter un dossier patient. L'usage du téléphone se fait principalement au cours de leurs déplacements et non au domicile des patients. Par ailleurs, aucun classeur de soin n'est déposé chez les patients, ou s'il existe, nous n'avons pas observé d'usage de celui-ci. La majorité du temps, les échanges entre IDEL se font par téléphone ou en présentiel, dans les locaux de la MSP. Il semblerait donc que le mode de coordination courant au sein de la MSP soit aussi à l'origine du fait qu'aucun classeur ne se trouve chez les patients.

Les IDEL mémorisent leurs tournées et ne consultent aucun document en cours de tournée. Dans la mesure où tous les IDEL n'utilisent pas le même logiciel métier, les transmissions entre IDEL se font grâce à un document Google Word, proposé et créé par le plus jeune des infirmiers qui se dit convaincu de l'intérêt des outils numériques mais qui semble rencontrer des difficultés à convaincre ses collègues. Tous les IDEL font les transmissions à leur domicile, soit lors de leur pause dans l'après-midi³⁶, soit dans la soirée, une fois leur journée de travail terminée. Les éléments nouveaux sont indiqués en rouge sur le document Google Word dédié aux transmissions, permettant à chacun de prendre connaissance de l'évolution de l'état de santé des patients, et le cas échéant, d'adapter le matériel nécessaire à la prise en charge avant de démarrer leur tournée. Les IDEL impriment donc le document et le conservent dans leur véhicule. Néanmoins, nous n'avons pas observé de consultation du document en cours de tournée, ce qui laisse penser qu'une fois que les IDEL ont pris connaissance des informations nouvelles, ces dernières sont assimilées et prises en compte du fait de la connaissance qu'ils ont d'une part de leur métier et d'autre part de leurs patients.

Au cours d'entretiens menés en fin de tournée, tous les IDEL, sans exception, confirment être conscients que les outils qu'ils utilisent ne sont pour la majorité pas sécurisés et qu'il serait nécessaire de veiller à la sécurisation des données de santé des patients. Néanmoins, il leur semble plus simple de continuer à échanger entre eux et avec les autres professionnels de la MSP tel qu'ils le font. En dehors de l'infirmière coordinatrice, aucun IDEL n'a connaissance de l'existence et de la disponibilité à titre gratuit de SPICO, et lorsque nous leur présentons rapidement cet outil, ils réagissent plutôt positivement au fait qu'un outil leur propose une solution simple pour répondre à l'exigence de sécurisation. Toutefois, ils soulèvent la nécessité de changer les pratiques de tous les professionnels de la MSP et estiment non seulement que cela pourrait s'avérer compliqué mais également que cela n'est pas dans leurs attributions. En effet, leurs préoccupations sont plutôt centrées sur la qualité d'une part de la prise en charge des patients et d'autre part, de la coordination interprofessionnelle plutôt que sur les outils utilisés. Ils sont satisfaits du fonctionnement actuel au sein du cabinet et de la MSP, et les outils utilisés leur conviennent.

Ainsi, l'introduction d'un outil numérique au sein d'une structure doit être soutenue par au moins une personne dédiée et qui bénéficie d'une certaine crédibilité auprès de tous les professionnels. Dans le cas de la MSP, cette personne pourrait être le président ou l'infirmière coordinatrice.

³⁶ Les IDEL ont une coupure de 13H30 à 17H30 environ, au cours de laquelle ils reviennent à leur domicile.

5. Une coordination interprofessionnelle qui préexistait à la création de la MSP

Avant la constitution de la MSP, les PS du territoire pratiquaient déjà une certaine forme d'exercice coordonné. En effet, quand le besoin s'en faisait sentir dans le cadre d'une prise en charge, ils avaient des échanges interprofessionnels sur le cas du patient concerné. Néanmoins, ces échanges, le plus souvent entre MG et IDEL, se faisaient de manière ponctuelle et spontanée, sans une quelconque formalisation. Comme nous l'a affirmé l'IDEL coordinatrice, *« le fait d'être en MSP est une formalité administrative qui a conforté une pratique préexistante. »*

Au sein même de la MSP, tous les professionnels affirment que la coordination est facilitée par le fait de se trouver dans les mêmes locaux. Ils ont directement accès à leurs collègues à tout moment de la journée, et peuvent ainsi se coordonner au gré des besoins des patients : *« on se croise, on se parle, on peut soumettre une question, une remarque. »* C'est ainsi que les PS qui se rendent au domicile des patients peuvent, le cas échéant, observer une modification de l'état des patients ou une fragilité nouvelle et en informer les MG qui réagiront plus rapidement à l'information. Pour l'infirmière coordinatrice, cette proximité physique favorisant les échanges réguliers participe à *« une dynamique d'efficacité de la prise en charge du patient »* et constitue un véritable soutien à l'activité des soignants : *« ce que j'aime dire, c'est qu'on est en libéral, on est seul, mais en réalité, on sait qu'on n'est pas tout seul. On est seul physiquement mais moralement, on sait qu'on n'est pas tout seul, et ça, c'est très précieux. Personnellement, je ne me suis jamais sentie isolée. Je suis seule au pied du patient, parce que c'est ma fonction, mais je ne me suis jamais sentie isolée. Probablement que si je n'étais pas en maison de santé, ce serait très différent. »*

La constitution de la MSP a également amené à intégrer les autres PS, de même qu'à développer les liens avec les autres acteurs de la prise en charge comme la pharmacie, le SSIAD (Service de Soins Infirmiers A Domicile), le centre médico-social, le Dispositif d'Appui à la Coordination (DAC 82), les dentistes, ou tout autre professionnel impliqué. En organisant, comme prévu dans le cadre de ses missions, des Réunions de Concertation Pluridisciplinaires (RCP) mensuelles d'une durée d'1h30, la MSP facilite l'implication de tous les acteurs du secteur dans la prise en charge de ses patients. C'est ainsi que les cas des patients lourds et aux parcours complexes peuvent être discutés en confrontant les points de vue des différents professionnels, aboutissant à des prises de décisions collégiales. Du point de vue de l'infirmière coordinatrice, cela constitue un progrès significatif quant à la prise en charge globale des patients grâce à une meilleure connaissance mutuelle des acteurs, qui favorise une meilleure coordination interprofessionnelle.

La présence d'un grand nombre de professionnels, environ 30 à chaque RCP, montre bien leur intérêt et leur engagement dans cette démarche de coordination territoriale.

Que ce soit au sein de la MSP ou lors des RCP, ces résultats montrent que pour définir des stratégies de soins adaptées à des prises en charge de plus en plus complexes, les PS ont besoin de se coordonner de manière instantanée et concertée, au travers d'échanges collectifs qui ne sont pas nécessairement couverts par des outils numériques quels qu'ils soient.

Nous avons d'ailleurs pu observer une visite pluridisciplinaire entre le DAC 82, un MG et deux IDEL de la MSP au domicile d'une patiente en fin de vie, en présence du mari de la patiente. Il s'agissait de statuer sur la poursuite d'un traitement ou une sédation profonde et continue. Si tous les professionnels ont pris le temps d'échanger avec la patiente et son mari mais également entre eux,

aucun d'entre eux n'a utilisé d'outil numérique quel qu'il soit. Le seul support utilisé à la demande du DAC 82 a été une feuille de présence renseignée et signée par chacune des personnes présentes. Ceci montre bien que les soignants placent le patient et son entourage au cœur de leur travail de soin et que les outils numériques ne peuvent pas permettre de répondre à tous les besoins de la prise en charge des patients.

Si la coordination interprofessionnelle apparaît être efficace au sein de cette MSP et sur le secteur concerné, la coordination ville-hôpital semble être plus difficile, comme exprimé par le président de la MSP : « *elle n'est pas mauvaise, elle est extrêmement mauvaise.* » Notamment, il relève que certains courriers de spécialistes ou de sortie d'hôpital parviennent aux MG deux ou trois mois après une consultation ou une hospitalisation du patient. Ce retard peut mettre les MG en difficulté car ils auront vu le patient plusieurs fois avant d'avoir les éléments nécessaires à la compréhension de son état de santé. Ainsi, lorsque la coordination entre les professionnels ne fonctionne pas ou mal, il apparaît difficile voire inutile pour eux d'utiliser un même outil numérique. Il est alors nécessaire de travailler d'abord sur l'amélioration de la relation et de la coordination pour ensuite l'outiller avec des outils numériques qui pourront soutenir le travail des professionnels.

6. Synthèse

En synthèse des résultats, la figure 14 modélise les situations d'usage des différents outils numériques par les professionnels impliqués dans la prise en charge des patients.

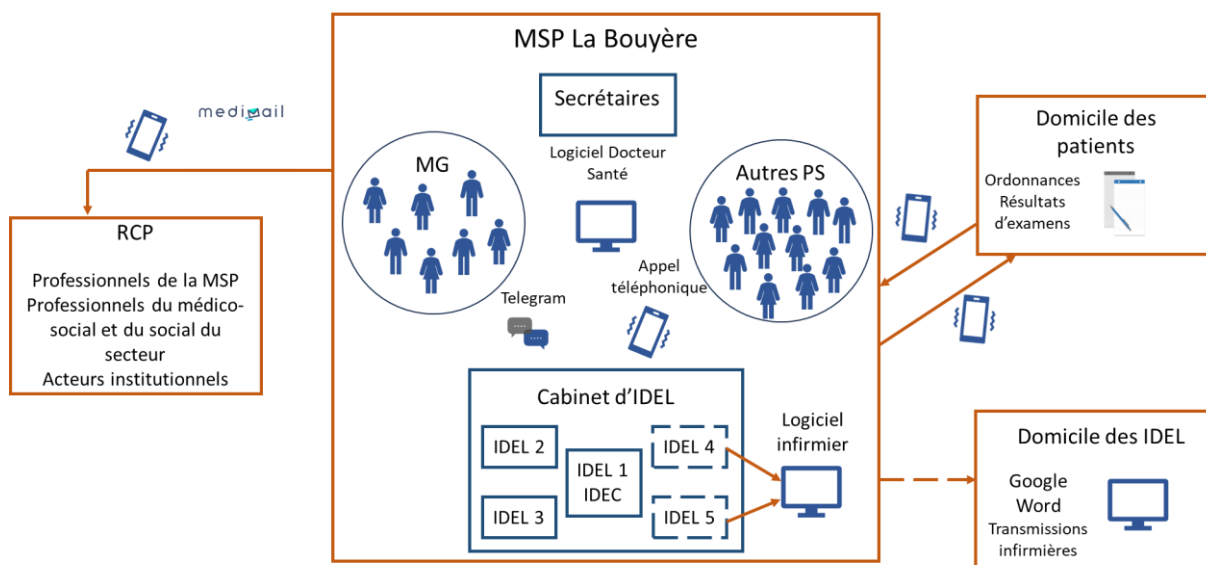


Figure 14 : Situations d'usage des différents supports par différents PS à la MSP La Bouyère

L'ensemble de ces éléments permet de mettre en évidence qu'au sein de la MSP :

- ❖ Les PS partagent un certain nombre d'outils numériques. S'il n'y a pas d'opposition de principe au numérique en général, ils ne sont pas enclins à modifier des pratiques ancrées qui fonctionnent bien, ni à démultiplier les outils au risque de générer des confusions.

- ❖ Même s'ils ont conscience que la sécurisation des données n'est pas toujours garantie, les professionnels privilégient l'utilité et la transparence des supports à leur activité.
- ❖ Le partage des locaux ainsi que l'organisation de RCP mensuelles facilitent la coordination pluridisciplinaire sur le territoire. Celle-ci se fait essentiellement oralement, de manière formelle ou informelle, au gré des besoins.

VI. Les entretiens avec les coordinatrices

1. Présentation générale et méthodologie

Afin de mieux comprendre les apports de SPICO dans le cadre de la coordination interprofessionnelle et des parcours de soins, nous avons mené des entretiens avec 3 coordinatrices de structures différentes :

- La coordinatrice de la CPTS du Nord-Aveyron. Cet entretien, d'une durée de 3h, nous a permis, au-delà des informations quant à l'organisation de la CPTS, de comprendre en quoi SPICO pouvait constituer une ressource pour la coordination au sein de la CPTS et avec les différents acteurs du territoire, mais également d'en aborder les limites.
- La coordinatrice de 4 MSP, dont 3 situées en Haute-Garonne et 1 dans le Tarn. Les 4 MSP étant de taille et d'organisation différentes, l'intérêt de cet entretien de 2h a été de comprendre en quoi un outil tel que SPICO Discussions pouvait représenter une ressource pour les professionnels et quels impacts son usage pouvait avoir sur leurs conditions de travail et la coordination interprofessionnelle.
- Une des coordinatrices de la Plateforme de Coordination et d'Orientation (PCO) de la Haute-Garonne. Cet entretien d'1h30 nous a permis d'évaluer l'impact de l'usage de SPICO Dossiers sur l'activité des coordinatrices de la PCO, et indirectement, sur celle des PS travaillant avec elle.

Les MSP et la CPTS sont tenues, dans leurs statuts, d'intégrer une fonction de coordination pour laquelle elles reçoivent un financement. La mission de coordination consiste à accompagner la structure dans la mise en œuvre de son projet de santé et doit répondre à certaines obligations, comme l'organisation de RCP.

Si les MSP utilisent uniquement SPICO Discussions, c'est SPICO Dossiers qui a été choisi au sein de la CPTS, en particulier pour le parcours enfants dont l'objectif est d'organiser le dépistage et la prise en charge précoce des Troubles du Neuro-Développement (TND) et ce, en ayant signé une convention avec la PCO de l'Aveyron. C'est donc pour la coordination des actions des professionnels des secteurs sanitaire, médico-social et social que SPICO Dossiers est utilisé. Toutefois, les professionnels se sont également emparés de SPICO Discussions sans qu'il n'y ait eu d'incitation particulière de la part de la CPTS.

Quant à la PCO 31, la coordination des parcours de soins constitue l'essence même de son existence puisqu'elle est en charge, sur le département de la Haute-Garonne, de la coordination des parcours de soins d'enfants atteints de TND. Sa mission consiste donc à coordonner la prise en charge des patients avec les médecins traitants et des professionnels paramédicaux : orthophonistes, kinésithérapeutes, psychomotriciens, ergothérapeutes et psychologues. Par ailleurs, elle a la possibilité de contribuer au financement, pour les familles qui ne pourraient prendre les soins de leurs enfants en charge, des professionnels dont les soins ne sont pas remboursés par la CPAM : les psychomotriciens, ergothérapeutes et psychologues. La PCO, dès sa création, a choisi d'utiliser les outils d'e-santé Occitanie et de ne travailler qu'en format numérique. Ainsi, les professionnels qui leur adressent un enfant doivent impérativement utiliser ViaTrajectoire TND et SPICO Dossiers pour la coordination des parcours, faute de quoi ils ne peuvent pas travailler avec la PCO qui ne prendra pas leurs factures en compte. En revanche, la PCO s'adapte aux familles et n'exige pas l'usage du numérique de leur part.

Par ailleurs, les professionnels travaillant avec la PCO commencent à utiliser SPICO Discussions de leur propre initiative.

Enfin, dans toutes les structures évoquées avec les coordinatrices, des RCP régulières sont organisées, à distance pour la CPTS et la PCO 31 et en présentiel pour les MSP.

Si chacune des structures s'est approprié SPICO en fonction de son activité et de ses besoins, l'analyse des différents entretiens fait ressortir un certain nombre de similitudes qui sont présentées ci-après.

2. Des usages ancrés de SPICO pour soutenir la coordination interprofessionnelle

Si les coordinatrices s'accordent pour dire que les RCP sont au cœur de la coordination interprofessionnelle, elles conviennent que cette coordination doit être outillée et ont trouvé en SPICO un outil permettant d'une part aux professionnels de mieux se coordonner pour la prise en charge des patients au quotidien, et d'autre part, pour les coordinatrices utilisatrices de SPICO Dossiers, de disposer d'un outil facilitateur de leurs missions.

Sur les secteurs des MSP et le territoire de la CPTS, la connaissance mutuelle qu'ont les PS entre eux est également soulignée comme la base de la coordination entre PS, SPICO étant un support à cette coordination déjà existante et répondant à certains besoins non pris en compte auparavant.

2.1 Un outil qui répond aux exigences réglementaires

2.1.1 Un outil porté par le GRADeS

Le fait que SPICO soit porté par le GRADeS e-santé Occitanie est un élément décisif quant au choix de l'outil par les coordinatrices qui garantissent ainsi la conformité à la réglementation des outils utilisés par les structures qu'elles accompagnent. En particulier, la PCO étant une structure créée par le ministère du Travail, de la Santé et des Solidarités, le recours aux outils numériques proposés par e-santé Occitanie s'est imposé de lui-même.

L'argument de la gratuité de l'outil, souvent défendu par e-santé, trouve également un écho favorable auprès des coordinatrices, en particulier au sein de la CPTS et des MSP puisque les professionnels doivent déjà endosser le coût plutôt élevé de leurs logiciels métiers : *« depuis le début, je porte le déploiement de leur outil. Mais ce que je dis, c'est, OK, on est en Occitanie. Notre ARS, elle soutient le déploiement de ces outils-là. Ils sont financés déjà. Donc, pour les utilisateurs, ils sont gratuits. »*

2.1.2 La sécurisation des données de santé

Le respect de la sécurisation des données de santé est un élément central pour les coordinatrices : *« la communication sécurisée avec les PS n'est pas du tout développée et pas du tout reconnue [par les PS comme une obligation], et ça, c'est vraiment un scandale. »* Elles militent donc pour que tous les professionnels utilisent des outils sécurisés pour les échanges concernant les patients et se sont donc appuyées sur les outils proposés par e-santé Occitanie, en l'occurrence SPICO, mais également Médimail, pour répondre à l'obligation de sécurisation des données de santé au sein des structures qu'elles accompagnent : *« ça respecte le cadre légal, c'est sécurisé, c'est hébergé sur des serveurs habilités santé. »* Même si certains professionnels ont conservé WhatsApp ou les SMS pour des besoins

inhérents aux structures, SPICO Discussions est venu les remplacer pour les échanges entre professionnels au sujet des patients. SPICO Discussions vient alors permettre de répondre de manière sécurisée à une pratique connue.

Ainsi, entre autres tâches, les coordinatrices prennent soin de se conformer aux exigences réglementaires, que ce soit en termes de coordination, par exemple en organisant des RCP, de déploiement d'outils portés par leurs tutelles ou de sécurisation des données. Par ailleurs, cela leur permet de répondre favorablement, en particulier pour les coordinatrices des MSP et de la CPTS, aux indicateurs conditionnant le financement des structures.

2.2 Un outil centralisant l'information pour une meilleure coordination sur le territoire

L'un des principaux objectifs visés par l'usage de SPICO, que ce soit SPICO Discussions ou SPICO Dossiers, est le partage d'informations entre toutes les parties prenantes impliquées dans la prise en charge des patients : *« c'est-à-dire qu'à un moment donné, si on veut travailler ensemble, il faut bien qu'on utilise des outils communs, quels qu'ils soient. Quand on est plusieurs professionnels à intervenir auprès d'une même personne, il faut communiquer, il faut avoir un moyen de communiquer et il faut arrêter de vouloir mettre d'un côté le soin [secteur sanitaire] et de l'autre l'aide [secteurs social et médico-social], parce qu'il y a une complémentarité certaine. »*

Au sein des MSP comme de la CPTS, le fait de donner accès à tous les professionnels impliqués dans la prise en charge des patients est considéré comme une valeur ajoutée de SPICO. Par exemple, SPICO Discussions permet d'associer les pharmaciens des secteurs couverts par les MSP alors que sur le territoire de la CPTS, la présence des professionnels du domaine médico-social et social dans les échanges sur SPICO Dossiers est particulièrement appréciée, tout en gardant des niveaux d'accès aux informations variables en fonction des métiers : *« il y a une solution accessible à tous en Occitanie. SPICO, on peut tous l'utiliser, qu'on soit professionnel de santé, professionnel du social ou du médico-social. Parce que, du coup, il y a des accréditations et chacun a ses accès. »* La PCO, quant à elle, a choisi d'imposer l'usage de SPICO Dossiers aux PS mais dans l'immédiat, au sein même de la PCO, cet outil est plus particulièrement utile pour le suivi des rendez-vous des patients. Toutefois, les PS se sont spontanément emparés de SPICO Discussions pour partager des informations utiles à tous, aussi bien aux autres PS qu'à la PCO, ce qui est le cas également au sein de la CPTS. La coordinatrice de la PCO nous cite l'exemple d'une information communiquée par une psychologue sur SPICO Discussions et prise en compte par les autres PS : *« c'est arrivé cette semaine où une psychologue nous a averti que la famille n'était pas du tout adhérente aux soins, et elle a inclus tout le cercle de soins dans sa discussion. On a tous eu l'information et la psychomotricienne a pu rebondir et le médecin traitant aussi. Cela montre que les professionnels ont vu et même le médecin traitant a participé. »*

SPICO permet donc d'intégrer tout le collectif de soins qui ne se limite pas aux acteurs impliqués dans la prise en charge d'un patient à un moment donné, mais à l'ensemble des professionnels impliqués dans cette prise en charge, de manière synchrone ou asynchrone. Ainsi, l'outil numérique permet à l'ensemble des professionnels de bénéficier d'une information qui peut être utile directement, pour les soins en cours de réalisation, ou pour les soins à venir.

Grâce à un outil qui centralise l'information et qui est accessible à tout le cercle de soins, les professionnels disposent d'informations globales qui ne concernent pas directement leurs propres pratiques professionnelles mais qui leur permettent une meilleure compréhension de l'état du patient

et de sa prise en charge. Cette connaissance ne va pas donc pas nécessairement impacter l'activité des professionnels mais s'avérer utile dans des étapes ultérieures de la prise en charge du patient : *« on leur a bien expliqué que d'aller sur SPICO Dossiers, ça leur permettait de voir la prescription du médecin, les autres bilans faits par les professionnels. Donc, il y a quand même un intérêt non négligeable pour eux. »*

Par ailleurs, des informations particulières concernant des métiers spécifiques, par exemple les MG ou les IDEL, et impactant directement l'activité de ces professionnels, peuvent être accessibles à l'ensemble des professionnels concernés par la prise en charge, permettant ainsi une meilleure compréhension de ce qui est fait et de ce qui est à faire par chacun afin de garantir une coordination efficiente de la prise en charge. Par exemple, au sein des MSP, des fils de discussion sont créés sur SPICO Discussions entre chacun des MG et tous les IDEL, ce qui permet aux IDEL de disposer d'un niveau équivalent d'informations. Auparavant, si un IDEL avait besoin d'échanger avec le MG au sujet d'un patient, l'échange avait lieu entre ces deux personnes, excluant de fait les autres IDEL susceptibles de se rendre chez le même patient : *« récemment, une infirmière m'a demandé de l'ajouter à une discussion qu'un médecin avait créée pour un suivi de plaie parce qu'elle avait besoin d'y être. Auparavant, la discussion aurait peut-être eu lieu uniquement entre une des 2 infirmières et le médecin et l'infirmière qui n'était pas dans la discussion aurait demandé toutes les informations à celle qui y était. Maintenant, ça va se faire plus directement. »*

2.3 Un support à l'activité des coordinatrices

A la PCO comme au sein de la CPTS, SPICO Dossiers est également un support à l'activité des coordinatrices grâce à l'intégration par les professionnels des documents relatifs au suivi des patients, ce qui leur permet, le cas échéant, de relancer certains professionnels, de répondre aux familles ou encore de faciliter la gestion des dossiers : *« On a SPICO ouvert toute la journée parce que dès qu'une famille nous appelle, ça nous permet d'aller sur le dossier. L'information apparaît au premier clic. Et pour nous de voir où en est l'enfant en termes de gestion de dossiers. Ça permet de centraliser, de donner l'information accessible facilement pour tous. »*

2.4 Un outil facilitateur en zone rurale et disponible en mobilité

Le territoire de la CPTS se trouvant en zone rurale, l'usage des outils numériques est développé pour pallier les difficultés dues à l'éloignement des établissements de soin. Notamment, la CPTS mène des actions pour développer la télémédecine et l'encouragement à l'usage de SPICO comme outil de coordination procède également de cette volonté-là.

Par ailleurs, la disponibilité de SPICO en mobilité est particulièrement appréciée par les professionnels qui interviennent à domicile, en particulier sur les secteurs couverts par les MSP, étant donné que les logiciels métiers utilisés par les PS n'offrent pas de version mobile gratuite.

Ainsi, en offrant un meilleur accès aux informations relatives à la prise en charge globale des patients, SPICO favorise la compréhension individuelle et l'intercompréhension, et permet d'ajuster les actions individuelles et collectives. Toutefois, les coordinatrices relèvent des dysfonctionnements qui nuisent à un usage simple et fluide de l'outil et qui ont un impact sur l'activité.

3. Des contraintes qui empêchent le développement des usages

Si toutes les coordinatrices s'accordent sur le fait que SPICO répond en partie à leurs besoins et à ceux des professionnels et représente un support à leurs activités respectives, elles sont également unanimes pour dire que les problèmes rencontrés avec SPICO sont nombreux et qu'ils génèrent un certain nombre de contraintes qui ont des effets sur leur activité.

3.1 Les choix de conception et de déploiement de l'outil

Un premier type de contraintes est relatif aux choix de conception et de déploiement de l'outil.

3.1.1 Une conception continue qui favorise l'adaptation de l'outil mais contraint les usages

SPICO a été conçu et déployé avec l'ambition d'un développement continu. Cela permet aux utilisateurs, qu'il s'agisse des coordinatrices ou des PS, de remonter les difficultés ou besoins d'amélioration. Ce choix de conception favorise un ajustement permanent de l'outil aux besoins du terrain et contribue à l'amélioration des usages. Les coordinatrices reconnaissent d'ailleurs ces évolutions qui sont facilitatrices de leur activité, comme ici la coordinatrice de la CPTS : « moi, je les vois, les évolutions, par exemple. Je veux dire, ce n'est pas quelque chose qui est figé. Pour moi, il doit y avoir aussi un mouvement commun, une vraie dynamique. Voilà, je sais que, par exemple, ils ont rajouté des filtres. Moi, je m'en sers. C'est-à-dire que si je veux chercher sur mon parcours enfant que les dossiers TSLA [Troubles Spécifiques du Langage et des Apprentissages], hop, j'ai accès aux filtres. C'est important aussi de voir ce qui avance et de ne pas être dans cette dynamique un petit peu de ça ne va jamais. »

Cependant, un tel choix de conception signifie également que la version de départ de l'outil n'intégrait pas suffisamment les besoins du terrain, générant des contraintes dans l'activité des professionnels et augmentant le risque de rejet de l'outil.

3.1.2 Un outil unique pour répondre à des besoins divers

Si SPICO Discussions, en tant que messagerie instantanée sécurisée, peut être utilisé par une diversité de professionnels, la coordinatrice de la PCO souligne que ce n'est pas le cas de SPICO Dossiers. En effet, SPICO Dossiers permet de répondre à certains besoins généraux transverses à différentes structures comme la sécurisation des données. Mais dans la pratique, contrairement aux objectifs de conception avancés, il ne permet pas de répondre aux besoins propres à chaque structure du fait des spécificités de chaque type de prise en charge. Il peut alors générer des contraintes dans la réalisation du travail des professionnels : « le problème de SPICO, c'est que ce n'est pas fait pour les PCO non plus. C'est fait aussi pour les DAC, les EHPAD, ou autres. On n'a pas tous les mêmes besoins, et dans ce même outil, ils essaient de regrouper les besoins de tout le monde, sauf que ce ne sont pas les mêmes besoins. Il est vrai qu'en tant que structure, ça ne répond pas tout à fait à nos exigences ou ça ne nous facilite pas toujours la tâche. »³⁷

³⁷ Nous savons depuis notre enquête terrain que les équipes techniques d'e-santé Occitanie ont dû procéder à des développements ultérieurs au déploiement pour adapter SPICO aux besoins de chacune des structures de coordination utilisatrices de SPICO Dossiers.

3.1.3 Un déploiement régional qui limite la continuité des soins

Les outils numériques de coordination interprofessionnelle ayant été développés au niveau régional, SPICO a été déployé dans quatre régions seulement. Pour les coordinatrices, et notamment celle de la PCO, ces choix ne favorisent pas une continuité des soins sur l'ensemble du territoire national et contraignent le travail des professionnels. En effet, lorsqu'un patient déménage, le dossier se trouvant dans l'outil de coordination de sa région de départ ne peut être transféré tel quel à sa région d'arrivée, sauf s'il déménage vers une autre région utilisant le même outil : *« je ne comprends pas non plus que ViaTrajectoire soit national et que SPICO soit régional. C'est une question bizarre parce que les autres PCO utilisent un autre outil de coordination et du coup, on n'a pas d'impact ou peu d'impact étant donné qu'on n'est que 4 PCO au niveau régional. »* Ainsi, lorsque la PCO reçoit un patient arrivant d'une autre région, les coordinatrices de la PCO doivent ressaisir l'intégralité du dossier dans SPICO : *« on a actuellement un dossier qui vient de la Réunion, on en a un qui est venu de Lille, ça a été pareil, il faut tout reprendre à la main. »*

3.1.4 Le manque d'interopérabilité

Le manque d'interopérabilité de SPICO avec d'autres outils, notamment ViaTrajectoire et Mon Espace Santé contraint les coordinatrices à ressaisir les informations de ViaTrajectoire dans SPICO pour les dossiers des patients pris en charge par la PCO ou la CPTS. Cela constitue une perte de temps et comporte un risque d'oublis ou erreurs : *« même entre ViaTrajectoire et SPICO, pour l'instant, il n'y a pas d'interopérabilité, et du coup, on ne peut pas récupérer toutes les données administratives inscrites dans ViaTrajectoire par les médecins et les basculer directement dans SPICO. Donc, c'est à nous de retraiter toutes les informations. »*

Par ailleurs, les coordinatrices de la PCO et de la CPTS relèvent que du fait du manque d'interopérabilité entre SPICO et Mon Espace Santé, les dossiers des enfants pris en charge ne peuvent pas être mis à la disposition des familles dans un espace sécurisé. Ainsi, chaque PS doit remettre directement aux familles les documents concernant leurs enfants.

Enfin, elles expriment la difficulté ressentie du fait du manque d'interopérabilité de SPICO avec les autres outils qu'elles utilisent dans leur pratique de coordination, par exemple Excel : *« on n'a pas du tout d'interopérabilité entre nos logiciels de coordination donc, on ne peut rien faire du tout. »* En effet, les coordinatrices aimeraient pouvoir basculer facilement d'un outil à un autre sans avoir besoin de rechercher ou ressaisir des informations. La coordinatrice de la CPTS exprime par exemple le souhait de pouvoir extraire des données de SPICO directement sur un fichier Excel, ce qui lui faciliterait la tâche, notamment dans la gestion des dossiers pour la préparation et le suivi des RCP.

3.2 Des défauts d'utilisabilité

Une seconde catégorie de contraintes renvoie aux difficultés d'utilisation de l'outil dans la pratique quotidienne des professionnels. Les sujets d'insatisfaction, décrits ci-après, sont souvent communs aux trois coordinatrices.

6.2.1 Une création de comptes fastidieuse

Une première difficulté concerne l'ouverture des comptes pour les PS : *« franchement, c'est quand même douloureux l'inscription sur SPICO. »* Les coordinatrices doivent redoubler d'efforts pour convaincre les PS de créer leurs comptes sur SPICO, et sont souvent confrontées à l'argument selon

lequel en l'absence d'autres professionnels, il n'y a pas d'intérêt à l'usage de SPICO : *« on s'est quand même pas mal concentré sur le fait de passer tout le monde, dire que si tout le monde y est, ça va fonctionner parce qu'en fait, la première question qui vient est : « si les autres n'y sont pas, je vais être tout seul et je vais parler à qui ? » »*

6.2.2 Un manque de transparence de l'outil

D'une manière générale, l'ergonomie de SPICO est considérée comme peu adaptée aux besoins des professionnels et peu intuitive. Les coordinatrices soulignent entre autres la prise en mains *« compliquée »*, la création de comptes *« extrêmement fastidieuse »*, la recherche de contacts *« longue et compliquée »*, l'absence de notifications après l'ajout d'un élément dans un dossier sur SPICO Dossiers : *« il y a en a qui ont utilisé l'onglet des notes pour nous mettre des mots. Mais au final, ce n'est pas du tout pratique pour nous parce qu'on n'a pas d'alerte comme quoi il y a quelque chose sur ce dossier. Du coup, on ne va pas voir les 400 dossiers tous les jours, ce n'est pas possible. »*

6.2.3 Des dysfonctionnements techniques générant une perte de temps

La perte de temps liée aux dysfonctionnements techniques de l'outil est également une difficulté qui oblige les coordinatrices à reporter certaines tâches. Par exemple, la coordinatrice de la PCO est régulièrement obligée de reporter la création des nouveaux dossiers, prévue le lundi après-midi, au lendemain à cause de dysfonctionnements techniques de l'outil, ou d'un fonctionnement très lent qui nécessite alors plus de temps pour la création de chacun des dossiers : *« quand vous créez le dossier, que vous créez toute votre page administrative et qu'il vous met erreur technique à la fin et que ça devient tout blanc, c'est assez gênant. Et l'autre jour, c'est l'annuaire qui ne marchait plus et il était donc impossible d'inclure les gens dans les dossiers. Donc, on a créé tous les dossiers et on est revenu sur tous les dossiers pour ajouter les utilisateurs. Ça arrive, mais c'est sûr que ce n'est pas optimal » ; « par exemple, hier, les cercles de soins étaient impossibles ! J'ai mis 2 fois plus de temps pour chaque dossier, il y a une perte de temps énorme et il y a des fonctionnalités qui ne sont pas efficaces. C'est vrai que ça nous fait perdre du temps quand même, l'outil n'est pas encore performant pour moi. »* La coordinatrice des MSP soulève aussi la difficulté que représente l'utilisation de l'annuaire sur SPICO : *« quand c'est en place, qu'on a trouvé les coordonnées des autres personnes avec lesquelles on veut échanger, c'est bon. Ça veut dire qu'on a fait notre groupe de discussion et qu'on a trouvé les autres. Mais trouver les autres personnes, ça reste compliqué. »*

6.2.4 Des mises à jour contraignantes

Toutes les coordinatrices signalent également des dysfonctionnements consécutifs aux mises à jour de SPICO qui peuvent générer des pertes d'informations ou des suppressions de fonctionnalités. Ces dysfonctionnements ont un impact sur l'activité des coordinatrices : *« ça bug, il y a des erreurs techniques, ça mouline, et encore plus quand ils font les mises à jour. Alors là, c'est la catastrophe ! »* La coordinatrice de la CPTS nous explique qu'à la suite d'une mise à jour, elle n'a plus été en mesure de faire une extraction de la file active des patients pour préparer le rapport d'activité annuel. Elle s'est donc vue obligée de créer le fichier Excel, ce qui n'implique pas le même temps de travail. Toutefois, elle nous dit également que sa demande de correction du dysfonctionnement a été prise en compte par e-santé Occitanie : *« et là, quand ils ont fait la mise à jour, ça a été profilé DAC. Et du coup, j'ai perdu l'accès au moment de faire le rapport d'activité. Donc, j'étais très contente. Je n'avais pas du tout anticipé. Donc, je ne peux plus extraire ma file active, par exemple. Et là, à court terme, ils ont essayé de faire remonter ma demande et ils ont réparé en partie le dysfonctionnement sur ma demande sur la file active, mais je n'ai pas tout. Donc là, je vais être obligée de faire sur Excel toute seule. »*

Ces dysfonctionnements ont également un impact sur les PS avec lesquels elles interagissent, empêchant une adhésion de ces derniers à l'outil sur la durée. Les coordinatrices doivent alors déployer des efforts supplémentaires pour convaincre les PS de continuer l'usage de SPICO : *« non, non, mais là, par exemple, sur le rapport, ils ont fait une mise à jour. Très bien. Ça a été déjà très compliqué. On a perdu beaucoup de professionnels de santé parce qu'ils n'y arrivaient pas. Je pense que tout le monde va vous en parler parce que ça... Quand on essaie de convaincre et qu'il y a des dysfonctionnements comme ça, on perd un peu en crédibilité. »*

6.2.5 Des fonctionnalités qui font défaut

Une autre difficulté relevée, en particulier par la coordinatrice de la CPTS, est le fait que SPICO ne soit pas disponible hors réseau, ce qui ne permet pas aux professionnels d'utiliser l'outil dans les zones rurales, majoritaires dans le Nord Aveyron. Ainsi, les professionnels se voient obligés de différer la transmission des informations : *« parce que du coup, des fois, ça ne passe pas. Alors, comment on fait, en fait, si ça ne passe pas, pour pouvoir avoir l'info directe ? »* Cette difficulté, déjà relevée sur certains de nos terrains de recherche amène alors les professionnels à utiliser le téléphone dans les cas où ils ont besoin d'une réponse rapide.

La coordinatrice de la CPTS souligne également que le travail des IDE qui se rendent au domicile des patients dans le département de l'Aveyron comporte des trajets plutôt longs du fait d'un habitat dispersé. Les IDE profitent donc de leurs temps de trajet pour faire leurs transmissions ou envoyer des messages vocaux et souhaiteraient conserver ce mode de fonctionnement. Or, la dictée vocale n'étant pas proposée par SPICO, cela peut constituer un frein à l'usage de l'outil par les IDE.³⁸

3.3 La multiplicité des outils, source de rejet de SPICO par les professionnels

Une troisième source de contraintes concerne la multiplicité des outils utilisés par les PS avec lesquels travaillent les coordinatrices. Par exemple, les MG utilisent différents logiciels métiers pour le traitement des dossiers patients ainsi que d'autres logiciels utiles à leur pratique. L'introduction d'un outil supplémentaire comme SPICO peut alors être perçue comme une contrainte dans leur activité et générer un rejet.

Par ailleurs, les difficultés empêchant une utilisation fluide de l'outil peuvent être source d'agacement des PS qui s'adressent alors aux coordinatrices pour les résoudre : *« les professionnels ne sont pas du tout contents de cet outil. »* Par exemple, la coordinatrice de la CPTS nous dit user de beaucoup de patience pour accompagner les professionnels dans l'usage de SPICO. Elle considère que cela fait partie de son rôle de venir en soutien des professionnels dans ces situations même si cela peut induire une interruption de tâche pour elle.

³⁸ Nous tenons à préciser que ce besoin ayant été identifié par e-santé Occitanie, la dictée vocale a été, depuis nos entretiens, développée sur SPICO.

4. Une activité de coordination numérique indispensable et soutenue par les animatrices territoriales

Engagées dans le déploiement d'un outil sécurisé de coordination interprofessionnelle, les coordinatrices, à travers leur activité, font un travail de sensibilisation, d'éducation et d'assistance aux PS, soutenues en cela par les animatrices territoriales.

4.1 Les coordinatrices : des acteurs-relais indispensables au déploiement et à l'usage de SPICO

Si la PCO impose l'usage de ViaTrajectoire TND et SPICO aux professionnels, ce n'est pas le cas de la CPTS et des MSP où les coordinatrices ont choisi de proposer SPICO et d'encourager et accompagner les professionnels à l'usage de l'outil : *« mon rôle, il est vraiment là-dessus. Je suis un peu facilitatrice et je suis à leur disposition pour répondre à leurs questions. Pour structurer, pour rendre lisible. Et vraiment à leur disposition pour qu'ils se saisissent, du coup, de tous ces dispositifs. »*

Pour les coordinatrices, il s'agit d'abord de comprendre les besoins des professionnels et d'évaluer en quoi SPICO peut représenter une ressource à l'activité de ces derniers. Elles mènent alors un ensemble d'actions de sensibilisation et d'information auprès des professionnels. C'est ainsi qu'elles parviennent à soutenir, valoriser et enrôler les professionnels sur SPICO : *« il faut que je parle 1/4 d'heure avec chaque personne pour comprendre quels sont ses usages, en quoi elle pourrait avoir besoin de SPICO, pour lui dire que ce n'est pas tout à fait légal de parler en dehors de SPICO, pour faire comprendre que ce n'est pas pareil quand on envoie un message au médecin ou aux secrétaires. Il faut qu'ils comprennent. »* Au besoin, les coordinatrices créent les comptes pour les professionnels ou les mettent en lien avec les animatrices territoriales pour l'installation de l'outil et l'accompagnement à la première connexion.

C'est donc à partir de l'activité des professionnels que les coordinatrices agissent pour sensibiliser ces derniers à une pratique régulière de SPICO : *« j'essaie de les accompagner un peu pour que ce soit pertinent. La formation, c'est être confronté à la situation d'un patient et avoir besoin d'échanger et donc trouver l'usage. »*

Ainsi, les coordinatrices sont régulièrement amenées à rappeler la possibilité, voire la nécessité d'utiliser SPICO aux professionnels, qui, au fil du temps, s'emparent petit à petit de l'outil et y trouvent une utilité dans leur pratique. Ils s'autonomisent alors par rapport aux coordinatrices qui n'interviennent auprès d'eux qu'à leur demande, par exemple pour la résolution d'une difficulté. Ainsi, elles peuvent être amenées à recueillir les remarques ou réclamations formulées par les professionnels, les aider à résoudre leurs difficultés, ou remonter certaines difficultés non résolues vers les animatrices territoriales.

Malgré certaines remontées négatives et l'expression de quelques réticences de la part des professionnels, les coordinatrices persistent dans leurs efforts pour inciter et soutenir les professionnels les plus réfractaires : *« ceux qui l'utilisent ont compris que c'était utile, et ceux qui ne l'utilisent pas n'ont pas encore été suffisamment harcelés par moi. »*

Par ailleurs, au sein de la CPTS du Nord Aveyron, le médecin référent du parcours enfant est très impliqué et porte l'outil auprès des autres PS, notamment au cours des RCP où elle se joint à la coordinatrice pour promouvoir l'usage de SPICO sur le territoire.

Les coordinatrices jouent donc un rôle majeur en portant l'outil SPICO auprès des professionnels et en faisant la promotion, notamment au cours des RCP, en adoptant une posture pédagogique de soutien à l'activité. La constance déployée par les coordinatrices dans le temps engendre alors des usages plus récurrents d'un nombre de plus en plus important de professionnels.

4.2 Le soutien des animatrices territoriales à l'activité des coordinatrices

Etant donné les difficultés rencontrées par les utilisateurs de SPICO, qu'il s'agisse des coordinatrices ou des professionnels qu'elles accompagnent ou avec lesquels elles interagissent, la présence sur le terrain des animatrices territoriales des deux départements (Haute-Garonne et Aveyron) représente une ressource permettant de soutenir les coordinatrices dans le déploiement et l'usage de SPICO et plus généralement des outils promus par e-santé Occitanie.

Ainsi, lorsqu'elles le jugent pertinent, les coordinatrices font le relais entre les professionnels et les animatrices territoriales. Ces dernières se rendent alors disponibles, à distance ou sur place, soit pour l'accompagnement à l'installation de l'outil et la formation initiale à SPICO, soit pour la résolution des problèmes rencontrés par les utilisateurs.

Par ailleurs, des rencontres régulières sont organisées entre les coordinatrices et les animatrices territoriales. Ces rencontres ont pour objectif d'une part d'informer les coordinatrices des évolutions effectives ou à venir de SPICO et d'autre part, de prendre en compte les remarques ou demandes spécifiques qu'elles formulent, leur apporter des réponses si elles existent ou porter leurs demandes auprès du GRADeS pour une adaptation éventuelle de l'outil aux besoins et usages de la structure.

Les coordinatrices collaborent ainsi avec les animatrices territoriales pour d'une part contribuer à la résolution des problèmes techniques rencontrés dans les usages par elles-mêmes ou par les professionnels qu'elles accompagnent, et d'autre part, faire évoluer l'outil. Ce travail collectif représente un précieux soutien à l'activité des coordinatrices.

5. Synthèse

L'ensemble de ces résultats montre que :

- ❖ Les outils numériques peuvent être une ressource précieuse à l'activité individuelle et collective. En centralisant les informations relatives à la prise en charge des patients, ils facilitent l'accessibilité ainsi que la transmission des informations et contribuent ainsi à une meilleure coordination interprofessionnelle sur le territoire. SPICO en est un exemple, qui garantit la sécurisation des données de santé.
- ❖ L'usage de tels outils dans le cadre du soin à domicile est d'autant plus compliqué que les professionnels sont distribués au sein d'un territoire et n'ont pas nécessairement des habitudes de collaboration. Cela nécessite un important travail de sensibilisation, d'éducation et de soutien aux usages rendu visible ici au travers de l'activité des coordinatrices.

Discussion

L'ensemble des résultats présentés dans ce rapport de recherche apporte un éclairage sur les usages ou non usages des outils numériques dans l'activité des soignants. La perspective ergonomique mobilisée, centrée sur l'analyse des conditions réelles de réalisation du travail, permet de comprendre en quoi les outils numériques constituent une ressource, ou au contraire, une contrainte pour les professionnels de santé intervenant au domicile.

Afin de mettre en discussion nos résultats, nous aborderons dans un premier temps la diversité des organisations dans le soin à domicile et son impact sur les usages des outils numériques. Nous aborderons ensuite la dimension relationnelle du soin qui se confronte à la présence et l'incitation à l'usage des outils numériques. Puis, nous mettrons l'accent sur la traçabilité numérique dans le soin, dont la double-visée de transmission et de contrôle sera présentée. La coordination interprofessionnelle des soins à domicile revêtant un caractère particulier, nous mettrons alors l'accent sur ses caractéristiques et ses exigences. Nous terminerons sur la nécessité de développer une ingénierie d'accompagnement au déploiement et à l'usage des outils numériques.

1. Une diversité d'organisations et d'outils qui impacte les usages

Les technologies numériques font partie intégrante du travail des soignants. Tous les professionnels rencontrés au cours de notre recherche sont rompus à l'usage d'outils numériques divers et n'expriment aucune opposition de principe à l'égard de ceux-ci. Certains sont choisis par les PS, d'autres non (car relevant d'autres structures comme les EHPAD où les MG font des visites). Toutefois, **la diversité des pratiques observées est telle que les usages et les besoins relatifs aux outils numériques sont tout aussi variés et ne permettent pas d'envisager des outils communs à tous les PS**. Les sources de diversité sont nombreuses et peuvent être individuelles (métier, âge, rapport aux outils...), collectives (cultures professionnelles, modes de coordination...) ou organisationnelles (cadre de travail : hospitalier, libéral...).

1.1 Des cadres de travail divers

Nos résultats mettent en évidence un écart notable entre les pratiques professionnelles selon les organisations dans lesquelles elles s'insèrent. En effet, l'activité des PS au sein des 3 services d'HAD étudiés est fondée sur un modèle d'exercice hospitalier où des temps de transmissions orales intra- et inter-équipes sont prévus et où les échanges verbaux entre soignants, du fait notamment du partage des mêmes locaux, sont facilités. L'existence d'un lieu commun pour l'équipe de soins facilite également les régulations collectives, en présentiel ou par téléphone, de même que la coordination qui, au-delà de la formalisation par les IDEC, se fait au cours de l'activité et à chaque fois que nécessaire. Dès lors, les échanges d'informations se font principalement « à chaud », lors des transmissions orales, et de manière informelle, tout au long de la journée.

L'activité des PS libéraux de la CPTS repose, quant à elle, sur un modèle d'exercice plutôt individuel où la prise en charge des patients est articulée autour du médecin généraliste. La notion même d'équipe de soins est compliquée à définir dans la mesure où les équipes se reconfigurent au gré des situations et des besoins des patients. Les transmissions se font uniquement entre IDEL du même cabinet, souvent de manière informelle et non sécurisée. Les PS rencontrés sur le territoire de la CPTS procèdent

par ailleurs à des régulations avec des temporalités variées, en fonction des besoins et de l'urgence des situations. La coordination se fait de manière informelle, ponctuellement, le plus souvent oralement lorsque les professionnels se connaissent, ou, lorsque ce n'est pas le cas, en laissant une note sur le classeur de soins au domicile du patient, sans avoir la certitude que le PS auquel s'adresse la note en prendra connaissance.

Quant aux PS de la MSP, leur activité correspond à un modèle d'exercice hybride. Celui-ci est guidé d'une part, par leur appartenance au secteur libéral, et d'autre part, par leur engagement au sein d'une structure cherchant à favoriser une prise en charge globale des patients et une meilleure coordination entre tous les acteurs du secteur intervenant dans cette prise en charge, qu'ils soient PS ou non. Le partage des locaux facilite les échanges informels et permet une meilleure intercompréhension pour ajuster les actions individuelles et collectives. L'organisation des RCP mensuelles, attribution de la MSP, facilite la coordination pluridisciplinaire sur le territoire. Celle-ci se fait alors oralement, les différents professionnels ayant la possibilité de débattre des diverses situations rencontrées avec les patients, de confronter leurs points de vue, et d'arbitrer si besoin sur les diverses actions individuelles et collectives à mener.

Cette diversité des cadres de travail impacte les choix et usages des outils numériques, ainsi que les modes et supports de coordination interprofessionnelle.

1.2 Des outils et besoins divers

Si les 2 HAD de Montauban utilisent le DPI du CH et sont en attente d'un outil dédié pouvant faciliter l'activité des professionnels, l'HAD d'Albi a fait le choix d'un outil conçu pour la pratique en HAD, MH Care, qui satisfait globalement les PS. SPICO est utilisé à l'HAD somatique, uniquement pour sécuriser l'envoi des photos de plaies et pompes, et semblait pouvoir répondre à un besoin des PS de l'HAD psychiatrique mais la tentative de son déploiement y a échoué pour diverses raisons.

Les PS des HAD travaillent avec des PS libéraux, en particulier des IDEL, mais leur coordination passe essentiellement par des échanges verbaux, informels, le plus souvent par téléphone. Si l'usage des supports numériques existants, qu'il s'agisse de SPICO ou de MH Care, est intégré à l'activité des PS dans les HAD, il n'est pas étendu aux autres professionnels avec lesquels ils travaillent, et ce en dépit des initiatives menées en ce sens. En réalité, l'usage de ces outils est perçu comme une charge de travail supplémentaire pour les IDEL qui font déjà face aux contraintes, notamment administratives, de leur propre pratique.

Les outils numériques utilisés par les PS de la CPTS sont divers, choisis par chacun d'entre eux, et répondent aux besoins de leur pratique individuelle. Il s'agit dans la plupart des cas de logiciels métiers conçus pour répondre aux besoins spécifiques d'un métier de la santé en particulier. Beaucoup d'entre eux utilisent la messagerie instantanée WhatsApp ou les SMS. SPICO apparaît comme un outil supplémentaire proposé par les autorités qui ne présente pas d'utilité ni de plus-value par rapport aux outils et pratiques déjà en place.

Les PS de la MSP, quant à eux, ont choisi un logiciel commun permettant le partage sécurisé des données de santé des patients entre eux. Toutefois, 2 IDEL du cabinet infirmier intégré à la MSP ont choisi de ne pas utiliser ce logiciel, et les autres professionnels du territoire impliqués dans la prise en charge des patients n'utilisent pas non plus ce logiciel. Tous les professionnels utilisent par ailleurs la messagerie instantanée Telegram.

1.3 Des rapports individuels aux outils divers

Outre la diversité des cadres de travail et des outils numériques, il existe également une diversité dans les choix individuels d'utiliser ou au contraire de ne pas utiliser des outils numériques, qu'il s'agisse de professionnels qui travaillent au sein d'une même structure, comme à l'HAD d'Albi où certains PS ne souhaitent pas utiliser MH Care, ou de structures différentes comme les IDEL. Parmi les différentes raisons qui peuvent expliquer cette diversité, la question de la frontière entre vie privée et vie professionnelle et du droit à la déconnexion apparaît centrale face à la multiplicité des outils numériques existants. Si les possibilités d'usage des outils numériques sont considérées comme une ressource par certains PS, parce qu'elles offrent par exemple la liberté d'organiser son temps de travail, d'autres la vivent comme une contrainte et souhaitent limiter les intrusions du travail dans leur vie privée.

Le rapport individuel des professionnels aux outils numériques en général, et à certains outils en particulier (notamment lorsque ces derniers sont extérieurs aux organisations dans lesquelles les professionnels travaillent), impacte directement l'activité individuelle et collective.

Les outils numériques font donc partie intégrante du travail des PS, mais ils restent cloisonnés aux structures organisationnelles auxquelles les PS appartiennent, chacune disposant d'outils spécifiques. Or, le soin à domicile repose sur l'intervention coordonnée d'un ensemble de professionnels provenant de différentes structures (de santé et d'aide à la personne) et qui ne sont pas toujours habitués à travailler ensemble.

2. Des outils qui occultent la dimension relationnelle des soins

La relation aux patients a une place centrale dans l'activité des PS. Elle contribue à la qualité du travail de soin, au même titre que l'acte technique (Teiger *et al.*, 2005), et constitue une dimension essentielle de la professionnalisation des soignants (Demailly, 2008). Le soin à domicile comporte en outre des spécificités qui le distinguent des prises en charge dans un cabinet libéral ou à l'hôpital (Teiger *et al.*, op. cit. ; Heyden & Mollo, 2013). En effet, les soignants exercent leur activité dans des lieux qui présentent trois particularités : ils ne sont pas conçus pour réaliser des soins professionnels ; ils sont des lieux d'intimité identitaire et physique ; ils sont des espaces de sociabilité (Feyfant, 2017). Les soignants sont ainsi amenés, au cours de leur travail, à prendre en considération des éléments qui relèvent du domaine privé des patients, de leur environnement social et familial ainsi que des émotions des patients et de leurs aidants, ce qui impacte leurs propres émotions (Djaoui, 2011) mais aussi plus largement, leur activité. Ce travail de care (Molinier, 2006), qui nécessite entre autres du temps, a une place centrale dans l'activité des PS, mais n'est pas pris en compte par les outils numériques qui obéissent à une logique gestionnaire (Cuny-Guerrier & Pierrette, 2023). **Les technologies numériques participent ainsi à l'invisibilisation des actions non tracées** (Nirello, 2016). Elles peuvent également, dans certaines situations, interférer dans ce travail relationnel, assujettissant les professionnels à consacrer du temps aux actions médiées par les outils numériques, parfois au détriment du temps consacré au patient, comme nous l'avons observé avec une médecin de la MSP lors de ses visites à l'EHPAD. **Le travail relationnel s'en trouve donc directement affecté** (Acker, 2005).

L'outil numérique ne peut donc pas se substituer d'une part à la socialisation du métier, d'autre part à la relation entre soignants et patients, ce qui n'est pas neutre dans le rapport que les PS ont avec les outils numériques. Certains PS considèrent d'ailleurs que les outils numériques peuvent représenter

un obstacle à la relation et se refusent à les utiliser en présence du patient (Bonneville & Sicotte, 2008; Cuny-Guerrier & Pierrette, 2023).

3. La traçabilité numérique : une double visée de transmission et de contrôle

La traçabilité des actes est un élément central de la pratique hospitalière où la coopération entre plusieurs équipes au sein d'un même service entraîne la transmission écrite des informations. La méthodologie des transmissions écrites est d'ailleurs enseignée au cours de la formation des infirmiers pour leur permettre de cibler les informations pertinentes à transmettre.

La traçabilité numérique peut être considérée comme une ressource et faciliter le travail des PS, comme pour le médecin coordinateur de l'HAD d'Albi qui reconnaît l'intérêt de MH Care pour fluidifier son travail de rédaction de courrier, ou encore pour les IDE de l'HAD psychiatrique de Montauban qui prennent connaissance, sur le DPI, des comptes-rendus d'entretiens de leurs collègues pour ajuster leur propre activité avec le patient. Cet accès facilité aux informations permet dans certaines situations de garantir un meilleur suivi des dossiers et de la prise en charge des patients (Nirello, 2016) et sécurise les professionnels. Toutefois, cette sécurisation requiert une égale appropriation et des usages partagés de l'outil par tous les professionnels d'une équipe, ce qui n'est pas souvent le cas, comme nous avons pu le montrer. C'est ainsi que la consultation des transmissions écrites n'est que ponctuelle, la tradition des transmissions et régulations orales prenant rapidement le pas sur les informations consignées dans l'outil numérique.

La traçabilité numérique peut également être vécue comme une contrainte par certains PS pour qui l'obligation de valider les soins procède d'une injonction à apporter la preuve qu'ils ont bien fait le travail qui leur était assigné, et par là, perçoivent l'outil numérique comme un outil de contrôle de leur activité (Nirello, 2016), comme nous l'a exprimé une des AS de l'HAD somatique de Montauban. S'inspirant de la logique du Nouveau Management Public (Belorgey, 2010), ce contrôle procède d'au moins deux préoccupations principales. Premièrement, la conformité à la réglementation qui exige d'une part, la traçabilité des actes permettant, entre autres, de définir les limites de responsabilité des PS si besoin, et d'autre part, l'émission de divers courriers administratifs dont le rôle prescrit est une meilleure coordination du parcours de soin du patient. Deuxièmement, une préoccupation purement gestionnaire, cherchant à exercer un contrôle sur l'activité des soignants afin d'évaluer leurs activités, un soin non tracé étant alors considéré comme non fait : « on veut ainsi restructurer, réarticuler, la pratique médicale autour de normes déterminées par ceux qui conçoivent et planifient ce qui doit être fait, comment cela doit l'être, à quel rythme et dans quel but » (Carré & Lacroix, 2001, cité par Grosjean & Bonneville, 2007). Ce contrôle conditionne par ailleurs les financements auxquels peut prétendre l'établissement, comme nous l'avons démontré au sein de l'HAD d'Albi. Cette forme de contrôle, « partielle et partiale » pour reprendre les termes de Bobillier Chaumon (2023), occulte toute une partie du travail des PS et ne reconnaît que les actes purement liés au travail prescrit de soin, et tracés, c'est-à-dire « la partie productive du travail, la partie visible, mesurable, palpable, quantifiable dans ses déclinaisons statistiques (nombre d'actes, de visites, de consultations, etc.) » (Lanquetin, 2018). Or, au-delà de l'acte technique, c'est le travail de « prendre soin » qui donne sens au travail des soignants et leur permet de se développer.

4. La coordination interprofessionnelle des soins à domicile : des promesses technologiques à l'activité réelle

La coordination interprofessionnelle, mise en avant et encouragée par les politiques publiques, est une dimension centrale de l'activité de soin à domicile qui repose sur l'intervention de différents professionnels de métiers et d'organisations variés. « Sa mise en place signe donc l'interdépendance des acteurs impliqués dans un contexte défini, solidarisés par un but commun » (Le Sommer-Père, 2002). Certains outils de santé numérique, comme SPICO, ont été développés dans cet objectif de soutenir la coordination interprofessionnelle tout en sécurisant les données de santé. Or, les résultats présentés dans ce rapport montrent les écarts entre les promesses technologiques portées par l'outil et la réalité des situations de travail. D'une part, si l'outil peut soutenir des pratiques de coordination préexistantes, il ne peut se substituer au travail collectif de construction de la coordination ni à l'échange direct requis dans certaines situations nécessitant une réaction rapide. D'autre part, la sécurisation promise par l'outil se heurte à des contraintes organisationnelles et techniques qui freinent son utilisation.

4.1 La coordination interprofessionnelle : un processus dialogique

Le soin à domicile est une activité collective puisqu'il implique deux conditions (Savoyant, 1984)³⁹. D'une part, il faut que les professionnels partagent le même but, en l'occurrence ici la santé du patient. D'autre part, il faut que chaque professionnel se représente le produit final comme la somme, la composition ou la combinaison des produits partiels obtenus par sa propre action et les actions des autres professionnels. Cet aspect met l'accent sur la conscience du but partagé (Barthe & Quéinnec, 1999 ; Schmidt, 1991). Ainsi, il y a activité collective « chaque fois que l'exécution d'une tâche entraîne l'intervention coordonnée de plusieurs opérateurs. « Entraîne » : il s'agit d'une activité effective ; « coordonnée » : les opérateurs sont en interaction, c'est-à-dire que leurs activités dépendent les unes des autres. Une activité collective n'est pas une collection d'activités individuelles sur des tâches indépendantes, mais une activité où des opérateurs réalisent conjointement la même tâche, dans un même lieu, ou éventuellement dans des lieux différents » (Leplat, 1993, p.10).

La coordination repose sur deux processus interdépendants de synchronisation cognitive et opératoire (Darses & Falzon, 2006). La synchronisation cognitive vise à construire une compréhension commune et globale « par ceux qui ont à réaliser le même objectif et qui est élaborée pour servir la réalisation de cet objectif » (de Terssac & Chabaud, 1990, p.123). Celle-ci est d'autant plus importante dans le soin à domicile où les PS interviennent de manière isolée et peuvent appartenir à des structures différentes. La synchronisation opératoire permet de répartir et d'ordonner les actions entre les différents professionnels. Ces deux processus impliquent la mise à disposition des informations nécessaires et suffisantes pour tout le cercle de soins intervenant dans la prise en charge du patient : le collectif de soins ne se limite pas aux acteurs impliqués dans la prise en charge d'un patient à un moment donné, mais à l'ensemble des professionnels impliqués dans cette prise en charge, de manière synchrone ou asynchrone.

Ainsi, le travail de coordination suppose que les professionnels aient une connaissance minimale les uns des autres, et qu'ils aient la possibilité de mener une activité dialogique.

³⁹ Ce texte se trouve également dans Leplat, J. (1992). *L'analyse du travail en psychologie ergonomique*. Toulouse : Octarès. Tome 1, 207-217.

Si les outils numériques peuvent participer au partage et à la transmission des informations et ainsi soutenir la coordination, ils ne peuvent permettre de faire l'économie du caractère dialogique de l'activité collective. Dit autrement, **ce ne sont pas les outils numériques qui font la coordination ; ils ne peuvent que la soutenir lorsqu'elle existe déjà ou qu'une forme de travail collectif est initié.**

Cela explique par exemple l'échec du déploiement de SPICO sur le territoire de la CPTS. Ce déploiement suivait une logique de fonctionnement de l'outil qui tentait de porter la coordination alors qu'il n'y avait pas de coordination dans le travail réel à l'échelle du territoire du fait d'une méconnaissance mutuelle des acteurs.

Il appartient alors aux coordinatrices de porter le projet de coordination et d'usage d'outils communs pour atteindre les objectifs définis collectivement. La coordination est d'autant plus complexe que les opérateurs sont localisés dans des espaces, des lieux différents au sein du même système socio-technique. La séparation géographique des acteurs va alors rendre la communication et la coordination, de leurs actions et des décisions, plus difficiles. Or, au sein des HAD, les IDEC ont davantage un rôle d'organisation de la prise en charge des patients : répartition des tâches, plannings des tournées, négociation avec les PS libéraux, etc. Tout le travail d'information et de sensibilisation des PS libéraux à l'usage de SPICO ou MH Care est invisibilisé et noyé dans les différentes prérogatives des IDEC. Or, ce travail invisible n'est pas neutre et a un coût aussi bien temporel qu'en termes d'intensité de travail alors qu'il n'est pas toujours connu ou reconnu.

Dans la pratique libérale, certaines coordinatrices de structures endossent, entre autres, ce rôle d'incitation à l'usage d'outils numériques pour faciliter la coordination des parcours de soins, mais également pour garantir la sécurisation des données de santé et amener les PS à agir en conformité avec la réglementation. Cette incitation à l'usage d'un outil numérique prend d'ailleurs, au moins pour la PCO, la forme d'une coercition, obligeant alors les PS qui souhaitent travailler avec elle à utiliser SPICO Dossiers. Or, cette coercition entraîne par ailleurs l'appropriation de SPICO par les PS à d'autres fins que celles de répondre à l'obligation qui leur est faite, générant alors d'autres usages, notamment de SPICO Discussions, qui leur permettent de développer la coordination entre PS intervenant dans la prise en charge d'un même patient. Ainsi, la présence de l'outil dans leur activité peut leur offrir des marges de manœuvre et entraîner un développement de leur pouvoir d'agir pour opérer des médiations interpersonnelles à travers l'outil numérique (Rabardel, 1995). Néanmoins, un grand nombre de PS libéraux ne sont membres d'aucune structure formalisant l'activité des PS (MSP ou CPTS) et se trouvent de facto exclus de toute forme d'organisation de la coordination et de l'usage d'outils numériques communs pouvant supporter la coordination. Cela n'exclut pas les échanges entre PS au gré de leurs besoins et de ceux des patients, principalement de manière informelle, mais rend plus complexe l'introduction d'un outil numérique qui aurait l'ambition de supporter la coordination.

4.2 Une exigence de sécurisation des données qui entre en conflit avec les autres exigences de l'activité

Les PS ont une conscience collective de la nécessité de sécuriser les données de santé de leurs patients et tous les systèmes d'information de santé utilisés par eux la prennent également en compte. Or, notre recherche a montré que l'activité des soignants intervenant au domicile présente des particularités qui entraînent de nombreux freins à la sécurisation des données de santé. En effet, dans le travail réel des PS, la sécurisation des données est secondaire par rapport à la fluidité, la rapidité et la facilité des échanges, notamment dans des situations d'urgence ou en cas de nécessité d'une réponse rapide, ou

encore dans les situations où les équipes se reconfigurent en permanence. Dans ce cas, quels que soient la forme et le lieu d'exercice, l'usage du téléphone est privilégié afin de garantir une coordination efficiente, là où les autres outils numériques ne permettent pas d'assurer la synchronicité des échanges pour répondre aux situations urgentes. Le téléphone, souvent personnel, est également utilisé pour l'envoi de SMS, ou pour l'usage de messageries instantanées comme WhatsApp ou Telegram. Ces applications répondent aux exigences de l'activité des PS qui, bien que conscients du défaut de sécurisation, ne disposent pas d'outils permettant de remplir les deux exigences à la fois.

Dès lors, **la sécurisation des données peut entrer en conflit avec les exigences du soin à domicile qui demeurent prioritaires pour les PS. C'est notamment le cas lors des usages en mobilité du fait du manque d'outils sécurisés ou des dysfonctionnements des outils sécurisés mis à leur disposition, comme SPICO.**

Toutefois, un certain nombre de professionnels non soignants, comme la cadre de l'HAD de Montauban ou les coordinatrices des 4 MSP ou de la CPTS du Nord Aveyron, s'emploient à être en conformité avec la réglementation en incitant les PS à l'usage d'outils sécurisés comme SPICO, malgré les dysfonctionnements qu'elles reconnaissent à l'outil.

5. Une nécessaire ingénierie d'accompagnement au déploiement et à l'usage

L'introduction d'un outil numérique dans une organisation n'est pas neutre. Elle entraîne « des transformations dans les pratiques professionnelles des salariés, que cela soit dans les façons de penser, de faire, d'organiser ou encore de collaborer dans le travail » (Bobillier Chaumon *et al.*, 2018). Mais elle n'entraîne pas nécessairement son utilisation effective, notamment lorsqu'elle obéit à une logique de prescription qui diverge de l'activité des utilisateurs. **Afin que les professionnels s'emparent de l'outil, il est nécessaire de développer une véritable ingénierie de l'accompagnement adaptée aux besoins de l'activité de l'ensemble des utilisateurs.** Pour cela, l'introduction d'outils numériques doit donc être organisée et soutenue au plus haut niveau de l'organisation avant d'être accompagnée dans son déploiement et ses usages effectifs.

5.1 Un important travail des acteurs ressources

Les résultats de notre recherche montrent que le déploiement d'un outil numérique est d'autant plus complexe que les acteurs ne sont pas rassemblés au sein d'une structure commune ayant ses propres normes de fonctionnement collectif. Par ailleurs, lorsque les outils existants répondent aux besoins des professionnels et leur donnent satisfaction, l'introduction d'un nouvel outil remplissant des fonctions similaires n'est pas aisée. C'est le cas de la MSP La Bouyère au sein de laquelle l'usage de Telegram est ancré dans les pratiques, ce qui rend très complexe l'introduction de SPICO en dépit de la réponse qu'apporte celui-ci quant à l'obligation de sécurisation des données de santé. De surcroît, les structures héritent des pratiques de travail antérieures de leurs membres, ce qui d'une part, multiplie la diversité et d'autre part, peut augmenter la difficulté de déploiement d'un nouvel outil auprès de tous les membres. Dans cette MSP, 2 des infirmières ont ainsi choisi de ne pas s'emparer du même logiciel que tous les autres membres de la structure.

Il apparaît indispensable que le projet de déploiement de l'outil soit porté au sein et entre différentes structures, et que des personnes « référentes » soient désignées afin d'accompagner les professionnels dans la découverte et l'usage de l'outil au cours de leur activité. C'est le cas des cadres des 2 HAD, mais

également des coordinatrices de structures, qu'il s'agisse de celles des HAD ou des 4 MSP et de la CPTS du Nord-Aveyron, ou encore des PS référentes à l'HAD d'Albi. Ces personnes ressources font un important travail de sensibilisation, d'acculturation et de formation des autres PS. Or, ce travail est parfois invisibilisé ou non reconnu comme tel car noyé dans les nombreuses autres tâches qui leur incombent, à l'exception des coordinatrices qui ont été spécifiquement recrutées pour soutenir les projets de développement des structures pour lesquelles elles travaillent, dont l'amélioration de la coordination à travers des outils numériques conformes à la réglementation.

A contrario, l'absence d'une conduite de projet de déploiement a fait défaut lors de l'introduction de SPICO sur le territoire de la CPTS des Portes du Lauragais où l'animatrice territoriale d'e-santé Occitanie a été confrontée à des individualités pour lesquelles un outil supplémentaire, de surcroît vécu comme imposé par les autorités de tutelle, était considéré inutile.

Malgré le travail invisible d'accompagnement effectué par les personnes référentes, en particulier au sein des HAD, le nombre d'utilisateurs effectifs est largement inférieur au nombre d'utilisateurs potentiels et au sein des structures, il existe des écarts d'appropriation entre les personnes. Ces écarts peuvent provenir de la manière dont les outils technologiques sont introduits et utilisés par les différents acteurs au sein des structures, mais également de la perception qu'en ont les salariés (Cuny-Guerrier & Pierrette, 2023).

5.2 Un besoin de formation

La question de la formation apparaît également centrale alors que celle-ci, lorsqu'elle est envisagée, est le plus souvent sous-estimée et considérée comme acquise du fait de l'omniprésence des nouvelles technologies dans les sphères privée comme professionnelle. Or, l'introduction d'outils numériques entraîne de facto des modifications dans les manières dont les individus et les collectifs agissent au travail. Si cela peut augmenter le pouvoir d'agir de certaines personnes, d'autres peuvent voir leurs marges de manœuvre réduites. Le manque de formation peut alors induire des non-usages ou des usages inappropriés de l'outil. La nécessité d'une formation formelle et suffisante s'impose donc afin d'éviter l'isolement des individus par rapport au collectif et afin que l'outil puisse être accepté et s'insérer dans l'activité individuelle et collective.

5.3 La nécessité de construire des règles d'usages partagées fondées sur l'activité

Enfin, si la formation peut participer à une meilleure compréhension de l'outil et de son utilité dans le cadre de l'activité, l'introduction de technologies numériques requiert de travailler à l'élaboration de règles d'usage partagées fondées sur l'activité. Ceci est d'autant plus indispensable dans le domaine considéré où certaines technologies ont pour ambition de soutenir la coordination entre professionnels provenant d'organisations et de métiers différents. Mais pas seulement. Comme nous l'avons vu au sein de l'HAD d'Albi, les usages de MH Care sont sectorisés par métier et sont très variables entre les professionnels, y compris à l'intérieur d'un métier donné.

L'élaboration de règles d'usage partagées fondées sur l'activité est un moyen de sortir d'une approche purement technocentrée où l'outil numérique est considéré uniquement comme un moyen de réalisation du travail, extrinsèque à l'activité. Il s'agit au contraire, dans une approche anthropocentrée, **de considérer l'outil comme un « objet de médiation et de réflexion sur l'activité » permettant « d'une part, de donner aux utilisateurs la possibilité de discuter collectivement de l'activité et des règles d'utilisation des outils techniques. D'autre part, de contribuer à la conception**

d'instruments techniques plus appropriés et acceptables » (Bobillier Chaumon, 2023). Dès lors, un processus de conception continuée dans les situations de travail (Béguin & Cerf, 2004) pourra être développé, dans lequel les mondes des concepteurs et des utilisateurs pourront s'enrichir mutuellement (Béguin, 2007b), pour concevoir un outil utile et utilisable (Barcenilla & Bastien, 2009), dont les fonctionnalités répondent aux besoins, jamais stabilisés, de l'activité. En effet, les systèmes techniques ne sont pas que techniques. Ils doivent aussi être considérés, et donc conçus, en prenant en compte le point de vue des utilisateurs et de leur activité, réalisée elle-même au sein d'un système socio-organisationnel. « *Cette option place l'activité de l'homme au cœur de l'analyse et, de ce fait, permet d'opérer le renversement nécessaire pour pouvoir parler des choses en fonction des hommes* » (Rabardel, 1995, p. 12).

Dit autrement, l'introduction de technologies numériques est une opportunité de placer le travail réel au cœur des discussions pour développer le pouvoir d'agir des individus et des collectifs, et plus largement pour développer le potentiel capacitant des organisations, « afin qu'elles contribuent simultanément et de manière pérenne à l'amélioration du bien-être des salariés, au développement des compétences et à l'amélioration de la performance » (Falzon & Mollo, 2009).

Conclusion

Cette recherche montre à la fois comment les technologies numériques déterminent fortement l'activité, et comment les professionnels font le choix de les utiliser ou pas, de détourner leurs fonctions ou encore de construire de nouveaux usages.

L'intégration des outils numériques dans les soins à domicile demande une adaptation à la diversité des cadres de travail et aux besoins spécifiques des PS. Pour réussir cette intégration, il est crucial de placer au centre de la démarche l'activité réelle des professionnels, leurs relations avec les patients, et les exigences pratiques de leur métier. Une ingénierie d'accompagnement, une formation adéquate, et l'élaboration de règles d'usage partagées sont essentielles pour que ces outils soutiennent véritablement l'activité des PS sans compromettre la dimension humaine de leur travail.

Sortir d'une vision technocentrée où la technologie est considérée uniquement comme un moyen de réalisation du travail, extrinsèque à l'activité, devient plus qu'une nécessité. C'est un enjeu majeur pour développer des systèmes de travail soutenables.

Références bibliographiques

- Acker, F., (2005), « Les reconfigurations du travail infirmier à l'hôpital », *Revue française des affaires sociales*, n°1, vol. 1, p. 161-181.
- Barcenilla, J. & Bastien, C. (2009). L'acceptabilité des nouvelles technologies : quelles relations avec l'ergonomie, l'utilisabilité et l'expérience utilisateur ? *Le Travail Humain*, 72, 311-331. <https://doi.org/10.3917/th.724.0311>
- Barthe, B., & Quéinnec, Y. (1999). Terminologie et perspectives d'analyse du travail collectif en ergonomie. *L'Année Psychologique*, 99, 663-686.
- Béguin, P. (2007a). Prendre en compte l'activité de travail pour concevoir. *@ctivités*, 4 (2), pp. 107-114, <http://www.activites.org/v4n2/v4n2.pdf>
- Béguin, P. (2007b). Innovation et cadre sociocognitif des interactions concepteurs-opérateurs : une approche développementale. *Le Travail Humain*, 4(70), 369-390.
- Béguin, P. (2010). Conduite de projet et fabrication collective du travail : une approche développementale. Habilitation à diriger des recherches. Bordeaux : Université Victor Segalen Bordeaux 2.
- Béguin, P. & Cerf, M. (2004). Formes et enjeux de l'analyse de l'activité pour la conception des systèmes de travail. *Activités* [En ligne], 1-1 | avril 2004. URL : <http://journals.openedition.org/activites/1156>. DOI : <https://doi.org/10.4000/activites.1156>
- Belorgey, N., (2010), L'hôpital sous pression. Enquête sur le « Nouveau Management Public », Paris, La Découverte.
- Bobillier Chaumon, M. (2003). Évolutions techniques et mutations du travail : émergence de nouveaux modèles d'activité. *Le Travail Humain*, 66, 161-192. <https://doi.org/10.3917/th.662.0161>
- Bobillier Chaumon, M. (2023). Psychologie du travail digitalisé. Nouvelles formes du travail et clinique des usages. Paris : Dunod.
- Bobillier Chaumon, M.E, Cuvillier, B., Sarnin P. & Vacherand-Revel, J. (2018). Usage des TIC et évolutions des pratiques socioprofessionnelles des cadres : quels repères pour le métier et quelles incidences sur la santé ? *Psychologie française*. <https://doi.org/10.1016/j.prps.2018.01.001>
- Bonneville, L. & Sicotte, C. (2008). Les défis posés à la relation soignant-soigné par l'usage de l'ordinateur portable en soins à domicile. Tiré de <https://doi.org/10.4000/communication.839>
- Bourdel, L. & al. (2019). Les domaines de l'e-santé. *ADSP* n° 108, pp 15-23. EHESP
- Calvez, C. (2023). "Ma Santé 2022" et la loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé n°2019-774 du 24 juillet 2019 (dite loi OTSS). Dossier documentaire. EHESP
- Caroly, S. (2010). Activité collective et réélaboration des règles : des enjeux pour la santé au travail. Habilitation à diriger des recherches. Bordeaux : Université Victor Segalen.
- Cerf, M., & Falzon, P. (2005). Situations de service : travailler dans l'interaction. Paris : PUF.

Claire-Louisior, J. (2004). L'observation professionnelle en situation de prise en charge socio-éducative. Thèse de Doctorat en ergonomie. Laboratoire d'ergonomie physiologique et cognitive. Ecole pratique des hautes études. Paris.

Conseil National de l'Ordre des Médecins, (2015). Livre blanc du CNOM : Santé connectée - De la e-santé à la santé connectée

Cuny-Guerrier, A. & Pierrette, M. (2023). Les logiciels de soins en Ehpad : analyse qualitative des conditions d'usage et effets pour l'activité des soignants. Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement, Volume 84. <https://doi.org/10.1016/j.admp.2023.101849>

Darses, F. & Falzon, P. (1996). La conception collective : une approche de l'ergonomie cognitive. In G. de Terssac & E. Friedberg (Eds). Coopération et Conception. Toulouse: Octarès.

Délégation du Numérique en santé (2023). Feuille de route du numérique en santé 2023 – 2027 : « Mettre le numérique au service de la santé »

Demilly, L. (2008). Politiques de la relation. Approche sociologique des métiers et activités professionnelles relationnelles. Lille : Presses universitaires du Septentrion.

Djaoui, E. (2011). Intervention au domicile : gestion sociale de l'intime. *Dialogue*, 192, 7-18. <https://doi.org/10.3917/dia.192.0007>

Falzon, P. (2013). Ergonomie constructive. Paris : PUF

Falzon, P., & Lapeyrière, S. (1998). L'usager et l'opérateur : ergonomie et relations de service. *Le Travail Humain*, 61 (1), 69-90.

Falzon, P. & Mollo, V. (2009). Pour une ergonomie constructive : les conditions d'un travail capacitant. *Laboreal*, 5(1), 61-69.

Feyfant, V. (2017). Le domicile des personnes vieillissantes : lieu de mise à l'épreuve de la professionnalité des infirmières libérales. *Lien social et Politiques*, (79), 133–154. <https://doi.org/10.7202/1041736ar>

Gadrey, J. (1994). Les relations de service et l'analyse du travail des agents. *Sociologie du travail*, 3, 381-389.

Gafni, A., Charles, C., & Whelan, T. (1998). The physician-patient encounter : the physician as a perfect agent for the patient versus the informed treatment decision-making model. *Social Science & Medicine*, 47 (3), 347-354.

Glaser, B. G. & Strauss, A.L. (1967). The Discovery of Grounded Theory Strategies for Qualitative Research. New Brunswick & Londres: Aldine Transaction

Grosjean, S. & Bonneville, L. (2007). Logiques d'implantation des TIC dans le secteur de la santé. *Revue française de gestion*, 172, 145-157. <https://doi.org/10.3166/rfg.172.145-157>

Guillemette, F. (2006). L'approche de la *Grounded Theory*, pour innover ? *Recherches qualitatives*, 26(1), 32-50.

- Hesbeen, W. (1999). Le caring est-il prendre soin ? Perspective soignante, n° 4, pp. 1-20.
- Hesbeen, W. (2002). La qualité du soin infirmier. Penser et agir ans une perspective soignante. Elsevier Masson.
- Heyden, I. & Mollo, V. (2013). Caractériser l'environnement de travail du soignant à domicile : un enjeu pour le développement de l'éducation thérapeutique du patient. *Activités*, 10(2), 157-176. <http://www.activites.org/v10n2/v10n2.pdf>.
- Hoc, J.M. (1996). Supervision et contrôle de processus : la cognition en situation dynamique. Aubenas: PUG.
- INRS (2010). Aide à domicile. Dossier INRS. <http://www.inrs.fr/accueil/produits/mediatheque/doc/publications.html?refINRS=DW%2004>
- Joly, P.B. (2010). On the economics of techno-scientific promises. In M. Akrich, Y. Barthe, F. Muniesa & P. Mustar (eds), *Débordements. Mélanges offerts à Michel Callon* (pp. 203–222). Paris: Presse des Mines.
- Joly, P.B. (2015). Le régime des promesses technoscientifiques. In Audétat, M. Pourquoi tant de promesses. Paris : Hermann, pp.31-48.
- Lanquetin, J. (2018). Rendre visible le travail invisible ? Prendre soin du travail pour travailler le « *prendre soin* ». *Rhizome*, 67, 39-46. <https://doi.org/10.3917/rhiz.067.0039>
- Le Boterf, G. (1983). La recherche-action : une nouvelle relation entre les experts et les acteurs sociaux? *Pour*, n°90, p.44.
- Lecroart, A., Froment, O., Marbot, C. Roy, D. (2013) Projection des populations âgées dépendantes : deux méthodes d'estimation. *Dossiers solidarité et santé* (1998-2016), N° 43. Edition DREES
- Leplat, J. (1991). Activités collectives et nouvelles technologies. *Revue internationale de psychologie sociale*, 4, 335---356.
- Leplat, J. (1992). *L'analyse du travail en psychologie ergonomique*. Toulouse : Octarès. Tome 1, 207-217.
- Leplat, J (1993). Ergonomie et activités collectives. In F. Six & X. Vaxevanoglou (Eds.) *Les aspects collectifs du travail : Actes du XXVII° congrès de la SELF*. (pp. 7-27), Toulouse : Octarès.
- Leplat, J. (2006). La notion de régulation dans l'analyse de l'activité. *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé* [En ligne], 8-1 | 2006, mis en ligne le 01 mai 2006, consulté le 30 avril 2019. URL : <http://journals.openedition.org/pistes/3101> ; DOI : 10.4000/pistes.3101.
- Le Sommer-Père, M. (2002). Les différents niveaux de coordination. *Gérontologie et société*, 25(100), 49-63. <https://doi.org/10.3917/gs.100.0049>
- Merlière, Y. & Kieffer, R. (1997). Le contrôle de gestion à l'hôpital – principes clés et outils. Paris: Edition Masson
- Ministère de la Santé et de la Prévention (2022). Ségur du numérique en santé. Présentation générale.
- Ministère de la Santé et de la Prévention (2023). Comprendre le Ségur du numérique en santé. Présentation, objectifs et périmètre.

Ministère de l'Economie, des Finances, de la Souveraineté Industrielle et Numérique (2023). Dossier de presse « Innovation Santé 2030 ». <https://presse.economie.gouv.fr/16052023-dossier-de-presse-innovation-sante-2030/>

Ministère de l'Economie, des Finances, de la Souveraineté Industrielle et Numérique. Stratégie d'accélération « Santé Numérique ». <https://www.entreprises.gouv.fr/fr/strategies-d-acceleration/strategie-d-acceleration-sante-numerique>

Ministère des Solidarités et de la Santé (2019). Dossier d'information : Feuille de route « Accélérer le virage du Numérique ».

Ministère du Travail, de la Santé et des Solidarités (2023). Le programme e-parcours. <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/e-sante/sih/article/le-programme-e-parcours>

Molinier, P. (2006). Le *care* à l'épreuve du travail. Vulnérabilités croisées et savoir-faire discrets. In P. Paperman et S. Laugier (Eds), *Le souci des autres. Éthique et politique du care*. Paris : Paris : Editions de l'École des Hautes Études en Sciences sociales, pp.339-357.

Mollo, V. (2004). Usage des ressources, adaptation des savoirs et gestion de l'autonomie dans la décision thérapeutique. Thèse d'ergonomie, CNAM, Paris.

Mollo, V. & Falzon, P. (2008). The development of collective reliability: a study of therapeutic decision-making. *Theoretical Issues in Ergonomics Science*, 9(3), 223-254.

Motté, F. (2012). Le collectif transverse : Un nouveau concept pour transformer l'activité. 47^e Congrès de la SELF. Lyon, France, Sept.

Nascimento, A., Cuvelier, L., Mollo, V., Di Cioccio, A. & Falzon, P. (2013). Construire la sécurité : du normatif à l'adaptatif. In P. Falzon, *Ergonomie constructive*. Paris : PUF, 81-91.

Ninot, G. (2014). La qualité de vie liée à la santé dans les maladies chroniques. In F. Bacro (Dir.), *La qualité de vie*. Presses Universitaires de Rennes, pp. 117-137

Nirello, L. (2016). Les outils technologiques au service du contrôle de gestion dans les Ehpad: Conséquences sur la qualité du travail. *Retraite et société*, 75, 73-90. <https://doi.org/10.3917/rs.075.0073>

Rabardel, P. (1995). Les hommes et les technologies. Approche cognitive des instruments contemporains. Paris: Armand Colin

Ombredane, A. & Faverge, J.M. (1955). *L'analyse du travail*. Paris: Presses Universitaire de France.

Organisation Mondiale de la Santé, (2011). *mHealth - New horizons for health through mobile technologies*, Global Observatory for eHealth series - Volume 3.

Pernet, A., Mollo, V. & Falzon, P. (2018). Développer les capacités des patients pour co-produire un soin sûr et efficace. *Activités*, 15(1), <http://journals.openedition.org/activites/3065> ; DOI : 10.4000/activites.3065.

Pueyo, V. & Millanvoye, M. (2004). Les fondeurs en fin de carrière et les autres : gestion du risque, de la pénibilité et des parcours professionnels sur les planchers de coulée. Dans *Conditions de travail*,

santé et aspirations à la retraite. Actes du séminaire Vieillissement et travail, année 2003, EPHE-CRÉAPT, Centre d'Études de l'Emploi, Rapport de recherche n° 18, 137-155.

Savoyant, A. (1984). Définition et voies d'analyse de l'activité collective des équipes de travail. *Cahier de Psychologie Cognitive*, 4 (3), 273-284. In J. Leplat (1992). L'analyse du travail en psychologie ergonomique. (Tome 1, pp. 207-217) Toulouse : Octarès.

Schmidt, K. (1991). Cooperative work : a conceptual framework. In J. Rasmussen, B. Brehmer & J. Leplat. *Distributed decision making. Cognitive models for cooperative work*. (pp. 75-100) New-York : John Wiley & Sons.

Site Internet G-NIUS du gouvernement. Stratégie d'accélération « Santé Numérique ». <https://gni.us.esante.gouv.fr/fr/programmes-nationaux/strategie-dacceleration-sante-numerique>

Site Internet de la DREETS Occitanie (2023). Cartographie des entreprises régionales de la filière des industries de santé. <https://occitanie.dreets.gouv.fr/Les-entreprises-de-la-filiere-des-industries-de-sante-en-Occitanie-18731>

Teiger, C., Cloutier, E. & David, H. (2005). 9. Les activités de soins à domicile : soigner et prendre soin. Dans : Marianne Cerf éd., *Situations de service : travailler dans l'interaction* (pp. 179-204). Paris cedex 14: Presses Universitaires de France. <https://doi.org/10.3917/puf.falzo.2005.01.0179>

Terssac, G. (de)., & Chabaud, C. (1990). Référentiel opératif commun et fiabilité. In J. Leplat & G. de Terssac (Eds). *Les facteurs humains de la fiabilité dans les systèmes complexes*. (pp.111-139), Toulouse: Octarès.

Wilson J.R. (1991). Design Decision Groups – A participative process for developing workplaces. In K. Noro and A. Imada (Eds.), *Participatory Ergonomics*, London : Taylor and Francis.

Wisner A. (1995). *Réflexions sur l'ergonomie, (1962-1995)*, Toulouse, Octarès.

ANNEXES

Annexe I : Questionnaire HAD somatique de Montauban

A. Informations Générales

1. Vous êtes

- | | |
|----------------------------------|--|
| ☐ Médecin | ☐ IDE |
| ☐ Cadre | ☐ AS |
| ☐ IDEC | ☐ Psychologue |
| ☐ Secrétaire | ☐ Assistante sociale |

2. Vous avez

- | | |
|-----------------------------------|--------------------------------------|
| ☐ 18 à 30 ans | ☐ 51 à 60 ans |
| ☐ 31 à 40 ans | ☐ Plus de 60 ans |
| ☐ 41 à 50 ans | |

3. Votre ancienneté dans le métier

- ☐ 0 à 5 ans
- ☐ 6 à 10 ans
- ☐ 11 à 15 ans
- ☐ Plus de 15 ans

4. Votre ancienneté à l'HAD

- ☐ 0 à 3 ans
- ☐ 4 à 10 ans
- ☐ Plus de 10 ans

B. Si vous disposiez d'un logiciel métier HAD

1. Sur quel(s) support (s) aimeriez-vous l'utiliser ?

- ☐ La tablette chez le patient
- ☐ Votre téléphone portable personnel
- ☐ Le téléphone portable de l'HAD
- ☐ L'ordinateur dans les locaux de l'HAD
- ☐ Autre, précisez

2. Pensez-vous que vous l'utiliseriez le plus souvent :

- ☐ Au domicile du patient
- ☐ Pendant votre tournée, hors domicile du patient (par exemple dans la voiture)
- ☐ Dans les locaux de l'HAD
- ☐ A votre domicile

3. Parmi ces fonctionnalités, cochez celles qui vous seraient utiles dans la pratique de votre métier :

- | | |
|--|--|
| ☐ Création du projet de soin | ☐ Appareil photo |
| ☐ Création et renseignement du dossier médical | ☐ Insertion de photos ou documents |
| ☐ Prescription médicamenteuse | ☐ Messagerie instantanée |
| ☐ Transmission des commandes à la PUI et gestion des stocks de médicaments | ☐ Agenda patients |
| ☐ Rédaction des courriers médicaux | ☐ Protocoles |
| ☐ Planification des soins | ☐ Dossier social du patient |
| ☐ Administration des traitements | ☐ Création, transmission et suivi des commandes de matériel, de consommables ou de linge |
| ☐ Validation des soins | ☐ Gestion des facturations des professionnels de santé libéraux |
| ☐ Indication des constantes | ☐ Cotation des actes |
| ☐ Transmissions ciblées | |

4. Selon vous, que permettrait un logiciel métier et qui n'est pas proposé par votre organisation actuelle ?

Répondez en mettant une croix dans la case correspondant à votre choix. Une seule réponse par question. Réponse obligatoire.	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Non concerné
Répondre à des obligations réglementaires					
Garantir l'identitovigilance					
Sécuriser les données médicales des patients					
Faciliter et sécuriser le circuit du médicament					
Garantir la traçabilité de la prise en charge du patient					
Eviter les saisies multiples					
Accéder facilement aux plannings des tournées					
Accéder à des informations fiables en temps réel					
Gagner du temps					
Garantir la qualité et la sécurité de votre travail					
Garantir la qualité et la sécurité du travail du service					
Faciliter le suivi de l'état de santé des patients					
Transmettre des informations de meilleure qualité entre collègues					
Transmettre des informations de meilleure qualité avec d'autres services hospitaliers					
Transmettre des informations de meilleure qualité avec les professionnels de santé libéraux ou d'EHPAD					
Une meilleure coordination au sein de l'équipe					
Une meilleure coordination avec d'autres services hospitaliers					
Une meilleure coordination avec les professionnels de santé libéraux ou d'EHPAD					
Avoir un meilleur équilibre vie professionnelle/vie privée grâce à la mobilité de l'outil					
Améliorer l'efficacité des soins					
Améliorer la relation avec les patients					

Annexe II : Méthode des transmissions ciblées

Qu'est-ce que les transmissions ciblées¹ ?

Les « transmissions ciblées » correspondent à une méthode de transmission d'informations entre les soignants. Elles structurent et organisent les informations de manière à les rendre lisibles rapidement pour les autres soignants. L'objectif des transmissions ciblées est de permettre d'utiliser un langage normalisé pour transmettre les informations sur les patients entre les équipes de soins.

Les transmissions ciblées :

- organisent les écrits
- font en sorte que tous les soignants comprennent facilement et rapidement les informations transmises par les autres soignants
- assurent la continuité des soins
- améliorent la communication entre les soignants
- répondent à une exigence professionnelle et légale pour la personnalisation des soins
- permettent aux équipes soignantes de gagner du temps

Les documents obligatoires dans le cadre d'une transmission ciblée sont les suivants :

- Le diagramme de soins
Il est composé du tableau de bord relatif à la prise en charge du patient, un tableau pour la saisie quotidienne des soins et activités, un tableau regroupant les activités infirmières et un tableau nominatif individuel du professionnel qui a réalisé le soin.
- La feuille de transmission ciblée
Elle est organisée selon la cible, les données, les actions et les résultats.
- Chaque transmission doit indiquer l'identité du soignant et sa qualification, la date ainsi que l'identité complète du patient.

Les informations sont organisées selon 5 éléments : MCDAR (M : Macrocible ; C : Cible ; D : Données ; A : Actions ; R : Résultats).

La macrocible est la synthèse des données sur la situation du patient.

Les macrocibles peuvent être décrites selon la méthodologie MTEVD²:

- M : Maladie (diagnostic médical, symptôme)
- T : Thérapeutique (traitement antérieur, actuel, à prévoir...)
- E : Environnement (social, familial ou culturel)
- V : Vécu du patient (ressenti, expressions du patient)
- D : Développement (âge, sexe, profession, activités, habitudes de vie, autonomie...)

La cible attire l'attention sur un état spécifique du patient, un problème, un événement, une difficulté. Il peut s'agir de symptômes, de la situation du jour, d'un comportement, d'une modification de l'état de santé, d'une préoccupation du patient, d'une réaction à un traitement, d'un événement inhabituel... Elle n'est ni un diagnostic médical ni un acte de soin.

Les données décrivent de manière plus précise les éléments de la cible. Ce peut être des informations d'ordre qualitatif, quantitatif, objectif ou même subjectif.

Les actions évoquent les différentes actions menées et les soins prodigués au patient pour tenter de solutionner le problème.

Le résultat décrit les résultats observés après les actions mises en place. Il peut permettre de clore la cible ou de réajuster les actions.

¹ <https://www.quali-sante.com/formation-transmission-ciblee/>

² Il existe une autre méthodologie non-utilisée à l'HAD d'Albi

Annexe III : Grille auto-administrée HAD d'Albi

Bonjour,

Pourriez-vous s'il vous plaît renseigner ce tableau en indiquant par une croix l'outil que vous avez utilisé pour valider vos soins et faire vos transmissions pour chaque patient de la journée ? S'il s'agit du téléphone, merci d'indiquer aussi le lieu où vous l'avez utilisé. Ce petit travail que je vous demande me permettra d'avoir des données chiffrées sur l'usage que vous avez des outils numériques sur une période donnée. Vous vous en doutez, il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse ! Merci beaucoup pour votre aide et votre participation.

	J1							J2							J3							J4						
	Tab	Ordi	Papier	Tel				Tab	Ordi	Papier	Tel				Tab	Ordi	Papier	Tel				Tab	Ordi	Papier	Tel			
				DP	HAD	E	DS				DP	HAD	E	DS				DP	HAD	E	DS				DP	HAD	E	DS
P1																												
P2																												
P3																												
P4																												
P5																												
P6																												
P7																												
P8																												
P9																												
P10																												

IDE AS
Tournée

1 2 3 4

(Merci d'entourer la
bonne information)

DP : Domicile Patient
E : Extérieur (véhicule ou autre)
DS : Domicile Soignant

	J5							J6							J7						
	Tab	Ordi	Papier	Tel				Tab	Ordi	Papier	Tel				Tab	Ordi	Papier	Tel			
				DP	HAD	E	DS				DP	HAD	E	DS				DP	HAD	E	DS
P1																					
P2																					
P3																					
P4																					
P5																					
P6																					
P7																					
P8																					
P9																					
P10																					

Annexe IV : Questionnaire HAD d'Albi

A. Informations Générales

1. Vous êtes
 - ☐ Médecin
 - ☐ Cadre
 - ☐ IDEC
 - ☐ Secrétaire
 - ☐ Assistante sociale
 - ☐ IDE
 - ☐ AS
 - ☐ AS logisticien
 - ☐ Psychologue
2. Vous avez
 - ☐ 18 à 30 ans
 - ☐ 31 à 40 ans
 - ☐ 41 à 50 ans
 - ☐ 51 à 60 ans
 - ☐ Plus de 60 ans
3. Votre ancienneté dans le métier
 - ☐ 0 à 5 ans
 - ☐ 6 à 10 ans
 - ☐ 11 à 15 ans
 - ☐ Plus de 15 ans
4. Votre ancienneté à l'HAD
 - ☐ 0 à 3 ans
 - ☐ 4 à 10 ans
 - ☐ Plus de 10 ans

B. MH Care/MH Comm (ci-dessous nommé MH)

1. Avez-vous bénéficié d'une formation à l'usage de MH ?
 - ☐ Oui
 - ☐ Non
2. Si oui, pensez-vous qu'elle a été utile et suffisante ?
 - ☐ Oui
 - ☐ Non
3. Si non, auriez-vous souhaité en avoir une ?
 - ☐ Oui
 - ☐ Non
4. Utilisez-vous MH
 - ☐ Une fois par jour
 - ☐ Deux fois par jour
 - ☐ Plusieurs fois par jour
 - ☐ Une fois par semaine
 - ☐ Deux fois par semaine
 - ☐ Plusieurs fois par semaine
 - ☐ Jamais
 - ☐ Autre, précisez

5. Sur quel(s) support (s) utilisez-vous le plus souvent MH ?
- ☐ La tablette chez le patient
 - ☐ Mon téléphone portable
 - ☐ Le téléphone portable de l'HAD
 - ☐ L'ordinateur dans les locaux de l'HAD
 - ☐ Autre, précisez
6. Lorsque vous utilisez MH sur votre téléphone portable, l'utilisez-vous le plus souvent :
- ☐ Au domicile du patient
 - ☐ Pendant votre tournée, hors domicile du patient (par exemple dans la voiture)
 - ☐ Dans les locaux de l'HAD
 - ☐ A votre domicile
7. Parmi ces fonctionnalités de MH, cochez celles que vous utilisez et/ou consultez :
- | | |
|--|--|
| ☐ Création du projet de soin | ☐ Appareil photo |
| ☐ Création et renseignement du dossier médical | ☐ Insertion de photos ou documents |
| ☐ Prescription médicamenteuse | ☐ Messagerie instantanée |
| ☐ Transmission des commandes à la PUI et gestion des stocks de médicaments | ☐ Agenda patients |
| ☐ Rédaction des courriers médicaux | ☐ Protocoles |
| ☐ Planification des soins | ☐ Dossier social du patient |
| ☐ Administration des traitements | ☐ Création, transmission et suivi des commandes de matériel, de consommables ou de linge |
| ☐ Validation des soins | ☐ Gestion des facturations des professionnels de santé libéraux |
| ☐ Indication des constantes | ☐ Cotation des actes |
| ☐ Transmissions ciblées | |
8. Combien de fois par jour consultez-vous MH sans saisir d'informations ?
- | | |
|---|--|
| ☐ 1 à 3 fois par jour | ☐ Toute la journée |
| ☐ 3 à 5 fois par jour | ☐ Jamais |
| ☐ Plus de 5 fois par jour | |

9. Selon vous, MH permet de :

Répondez en mettant une croix dans la case correspondant à votre choix. Une seule réponse par question. Réponse obligatoire.	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Non concerné
Répondre à des obligations réglementaires					
Garantir l'identitovigilance					
Sécuriser les données médicales des patients					
Faciliter et sécuriser le circuit du médicament					
Garantir la traçabilité de la prise en charge du patient					
Eviter les saisies multiples					
Accéder facilement aux plannings des tournées					
Accéder à des informations fiables en temps réel					
Gagner du temps					
Garantir la qualité et la sécurité de votre travail					
Garantir la qualité et la sécurité du travail du service					
Faciliter le suivi de l'état de santé des patients					
Transmettre des informations de meilleure qualité entre collègues					
Transmettre des informations de meilleure qualité avec d'autres services hospitaliers					
Transmettre des informations de meilleure qualité avec les professionnels de santé libéraux ou d'EHPAD					
Une meilleure coordination au sein de l'équipe					
Une meilleure coordination avec d'autres services hospitaliers					
Une meilleure coordination avec les professionnels de santé libéraux ou d'EHPAD					
Avoir un meilleur équilibre vie professionnelle/vie privée grâce à la mobilité de l'outil					
Améliorer l'efficacité des soins					
Améliorer la relation avec les patients					
MH m'est utile dans la pratique de mon métier					
MH est un logiciel facile à utiliser					