sesan
SERVICE NUMÉRIQUE DE SANTÉ

CE QUE LA COVID-19 A VRAIMENT MONTRÉ EN MATIÈRE DE E-SANTÉ

Retour d'expérience en Île-de-France

POURQUOI CETTE ÉTUDE ?

La pandémie de Covid-19 représente une crise sans précédent à l'échelle mondiale. En France, elle a exposé notre système de santé a de nombreuses contraintes. Il a fallu, entre autres, lutter simultanément contre cette pandémie, soigner les personnes touchées, préserver le reste de la population, tout en continuant à prendre en charge les autres patients.

Ces contraintes ont mis à l'épreuve toutes les organisations, tous les personnels, mais aussi tous les outils en place.

Parce qu'aujourd'hui, le numérique est présent dans de nombreuses organisations et métiers de la santé, il a tenu une place centrale dans la gestion de cette crise pour les institutionnels, professionnels et patients.

La réforme du système de santé français « *Ma santé 2022* » a mis en place une feuille de route du numérique en santé. Les services imaginés pour les patients et les professionnels, mais qui ont parfois manqués pendant cette crise, rappellent combien ce virage numérique est essentiel pour l'ensemble du système.

Dans ce contexte, le *GCS* SESAN a souhaité réaliser un retour d'expérience sur les usages du numérique en santé, en Île-de-France, dans le cadre de la crise Covid, et tenter de répondre aux interrogations suivantes :

-Quels usages pour le digital pendant cette période ? Comment la pression imposée par la crise a accéléré l'adoption de solutions existantes ou permis la mise en place de nouvelles solutions ?

-Comment les utilisateurs se sont approprié les outils et dans quelles conditions ? Sinon, pourquoi ne l'ont-ils pas été ? Lesquels ont été plébiscités ?

-Quelle a été l'incidence du numérique sur les interactions entre les différents acteurs, secteurs et sur les différentes modalités de prise en charge ? Quel a été l'impact sur la relation soignants/soignés ?

Autant d'éléments qui permettront d'observer et ajuster l'adéquation des feuilles de route actuelles aux besoins des acteurs en matière de numérique en santé.

Pour réaliser cette étude, le GCS SESAN a missionné les sociétés mc2i, hkind et Enoving.

MÉTHODOLOGIE DE L'ÉTUDE

Cette étude s'appuie tout d'abord sur un travail de recherche bibliographique et l'analyse de plus de 250 supports : recueil d'articles et documents sur les médias spécialisés, suivi des réseaux sociaux Covid et recueil des documents publics échangés, analyse des initiatives de santé pendant la crise, visionnage de certains webinaires, recherche de thématiques par mots clés.

Les thématiques ainsi identifiées ont été confrontées aux témoignages de plus de 40 acteurs de la Santé, que nous avons interviewés chacun sur leurs domaines d'intervention respectifs, en visioconférence. Nous nous sommes attachés à rencontrer des profils variés : soignants, patients, médecins, pharmaciens, directeurs des systèmes d'informations, industriels, startupers, responsables de structures, institutionnels, responsables d'incubateurs.

Afin d'assurer une bonne représentativité de l'écosystème de la santé, nous avons interrogé aussi bien des acteurs publics, que privés, du secteur sanitaire et du médico-social, des professionnels libéraux et hospitaliers. Il s'agit majoritairement d'acteurs intervenant en Île-de-France, mais nous avons également questionné des acteurs nationaux ou d'autres régions, pour élargir les points de vue. La liste des acteurs interviewés se trouve dans les remerciements.

La consolidation et l'analyse de ces entretiens nous ont permis de décrire les usages constatés et les outils utilisés, de lister les freins et les bénéfices identifiés.

GUIDE DE LECTURE

Ce retour d'expérience n'a pas la prétention d'être exhaustif. Il reprend principalement les usages cités pendant les entretiens ou dans les résultats de la recherche bibliographique.

Il retranscrit avant tout la réalité vécue par les personnes interviewées, et leur perception, à travers les verbatims issus de ces entretiens, sans apporter jugement ou validation.

Des éléments issus de la recherche bibliographique complètent l'analyse des entretiens, leur source figure systématiquement en note de bas de page.

La temporalité du retour d'expérience vise à donner un éclairage « à chaud » sur la crise Covid. Les entretiens ont été menés entre le 1er et le 31 juillet 2020, soit 4 mois après le confinement et 2 mois après le début du déconfinement. Ce qui a permis à chaque acteur de témoigner « *à chaud* » sur la période de crise aigüe, tout en commençant déjà à vivre « *l'après-Covid* ».

Lorsque des chiffres sont cités, ils datent le plus souvent des mois de juin ou de juillet, période de construction du retour d'expérience. Et lorsqu'il est fait référence à une évolution dans le temps, elle s'arrête donc à l'été 2020.

Concernant les verbatims provenant des entretiens, il convient d'observer les précautions de lecture suivantes :

- Les extraits de verbatims sont présentés entre guillemets et en italique dans le corps du texte, en précisant leur auteur lorsque celui-ci a accepté d'être cité. A défaut les verbatims sont anonymisés. La fonction occupée par l'auteur est indiquée lors de la première citation, l'ensemble des fonctions sont rappelées dans les remerciements.

- L'exploitation des verbatims « bruts » des entretiens, explique parfois une retranscription « orale », afin de ne pas altérer les propos initiaux.

- Les éventuelles adaptations de verbatims, visant à fluidifier la lecture tout en ne dénaturant pas le propos initial, sont spécifiées entre crochets [ ].

- Les citations éventuelles d'outils du marché ou d'initiatives n'engagent pas nécessairement leur reconnaissance. Il s'agit simplement d'exemples cités par des personnes interrogées.

- Les opinions et le ressenti de chaque acteur ne sont pas représentatifs de leur profession. Ils expriment simplement un avis personnel que nous avons retranscrit tel quel.

Les termes ou abréviations définis dans le lexique en annexes, sont identifiés en italique bleu la première fois qu'ils apparaissent dans le document.

SOMMAIRE

01

INTRODUCTION 7

02

LES GRANDES TENDANCES 9

2.1. L'accélération de l'usage des outils existants 10

2.2 Une place et autonomie des patients renforcés 36

2.3. Coordinations et interactions valorisées 51

2.4. Des outils pour plus de lien, de solidation et d'information 70

2.5. Des industriels, startupeurs et DSI au rendez-vous 89

03

POINTS DE VIGILANCE ET ENJEUX 92

3.1. Accompagnement des professionnels dans la santé numérique 93

3.2. Risques de cybersécurité, protection des données 96

3.3. Problématiques d'interopérabilité 99

3.4. Financement et modèles économiques 101

04

CONCLUSION 102

05

LEXIQUE 106

06

REMERCIEMENTS 110

01 INTRODUCTION

02 LES GRANDES TENDANCES

03 POINTS DE VIGILANCE ET ENJEUX

04 CONCLUSION

05 LEXIQUE

06 REMERCIEMENTS

1

INTRODUCTION

La crise a suscité un formidable élan d'initiatives, dans un environnement très réactif : de nombreuses solutions numériques ont pu être déployées à grande échelle, des startups et des industriels ont adapté leurs produits quasiment en temps réel, et de nouvelles modalités d'organisation ont vu le jour pour s'adapter aux contraintes induites par la crise,

Beaucoup de barrières liées aux processus normaux de prise de décision sont tombés. **Le besoin de faire face en urgence** au confinement et aux règles de distanciation sociale **ainsi que la nécessité de gérer la dimension sanitaire ont conduit à tout simplifie**r : « *les circuits de décision, les cahiers de spécification tamponnés par tous les acteurs, … ces procédures ont fait la place à une logique d'action / réaction. On a une idée, on la met en place, on fait valider si c'est la bonne ou pas presque par le retour direct des utilisateurs* », selon un DSI hospitalier.

« *On a été époustouflés par la réactivité et le caractère concret, dynamique, des initiatives de tous les acteurs de l'écosystème* », indique Hela Ghariani, directrice de projets à la DNS.

Cela s'est traduit, pendant la crise, par un virage numérique plus affirmé, avec une accélération sans précédent de sujets le plus souvent déjà connus auparavant, mais dont la mise en œuvre tardait, avec une levée soudaine des freins, comme le précise Anne Schweighofer, fondatrice de la ligne d'écoute « *La Ligne C* » : « *Tous ces outils qu'on voulait voir depuis toujours qui ne se mettaient pas en place […] ont enfin été instaurés pendant la crise.* »

La crise a constitué un formidable accélérateur d'adoption pour les usages du numérique en santé.

« *La crise n'a pas fait apparaitre des choses nouvelles par rapport à ce qui avait déjà été identifié, elle a plutôt accéléré leur mise en route et le virage numérique de l'hôpital. […] La crise a été également un vecteur d'acculturation globale des patients autour du numérique en santé* », selon Jacques Léglise, Directeur Général de l'Hôpital Foch.

Le regard à la fois des professionnels mais aussi des patients a changé vis à vis du numérique à la faveur du développement des usages.

« *La crise Covid a été une opportunité pour les professionnels du secteur médico-social pour investir le domaine des outils numériques et découvrir toutes les possibilités offertes par ces dispositifs* », selon Nafissa Khaldi Cherif, directrice de la stratégie médicale à l'*UGECAM* Île-de-France.

« *Certains patients et professionnels de santé pensaient que le numérique allait déshumaniser leur relation, que c'était une mode, du marketing avec une recherche d'optimisation des soins. La crise Covid et les premiers retours d'expérience leur montrent concrètement aujourd'hui l'intérêt du numérique et comment il peut être un lien ou un soutien en plus* », selon un responsable innovation santé privée.

Les tendances identifiées concernent concernent plusieurs usages faisant appel aux aspects les plus variés de la santé numérique autour de la *téléconsultation* et des autres pratiques de télémédecine et télésanté, de la coordination entre professionnels, de l'orientation et de la prise en charge des patients, de la nécessaire gestion de la crise sanitaire sur le plan national et enfin du lien social et de la transformation du lien patient / professionnel.

Ce retour d'expérience permet à ce titre de dégager les grandes tendances suivantes :

- ⇨ L'accélération de l'usage des outils existants
- ⇨ Une place et autonomie des patients renforcées
- ⇨ Coordination et interactions valorisées
- ⇨ Des outils pour plus de lien, de solidarité et d'information
- ⇨ Des industriels, startups et *DSI* au rendez-vous

01 INTRODUCTION

02 LES GRANDES TENDANCES

03 POINTS DE VIGILANCE ET ENJEUX

04 CONCLUSION

05 LEXIQUE

06 REMERCIEMENTS

2

LES GRANDES TENDANCES

2.1. L'ACCÉLÉRATION ET L'USAGE DES OUTILS EXISTANTS

La crise a directement accéléré l'usage d'outils numériques existant mais souvent peu utilisés, et notamment certaines pratiques de télémédecine, comme les téléconsultations ou la *téléréadaptation / téléréééducation* pour la prise en charge de patients à distance.

Elle a également mis en lumière l'intérêt de la dématérialisation pour certains processus métier ou back office. Certains sont bien connus comme la prise de rendez-vous à distance mais d'autres se sont développés pendant la crise, notamment pour la collecte dématérialisée de documents, ou l'organisation interne des établissements.

TÉLÉCONSULTATION

L'usage constaté

*« **5,5 millions** de téléconsultations remboursées par l'Assurance Maladie entre mars et avril 2020, **1 million** par semaine au plus fort de la crise[1] »*

*« A mi-juin 2020 : augmentation de plus de **800%** du nombre de médecins utilisateurs de la téléconsultation depuis le début de la crise Covid (soit un passage de **5 000 à 40 000** médecins)[2] »*

[1] « **Téléconsultation et Covid-19 : croissance spectaculaire et évolution des usages** », Améli, 21 juillet 2020.
[2] « **Linkedin Rémy Teston, d'après Assurance Maladie** », linkedin, juin 2020.

Sans conteste l'effet le plus visible dans les pratiques médicales pendant cette crise a été l'explosion de la téléconsultation. C'est véritablement avec le confinement que patients et professionnels de santé, « *au pied du mur* », ont été amenés à y recourir massivement.

En effet, au tout début de la crise, l'assouplissement du cadre réglementaire a permis d'apporter un soutien opérationnel immédiat aux besoins de continuité d'activité, via l'autorisation de recours à tout moyen technologique disponible (vidéotransmission avec des exceptions possibles par téléphone), la levée de la contrainte d'une première consultation présentielle avant toute facturation d'acte, ainsi que le remboursement à 100% par la Sécurité Sociale (précédemment 70% hors patients en *ALD*, femmes enceintes et bénéficiaires de la Complémentaire Santé Solidaire).

L'usage de la téléconsultation a été très variable en Île-de-France en fonction des structures, des spécialités et des modes d'exercice.

Dans les établissements sanitaires d'Île-de-France, ce sont majoritairement les consultations de suivi qui ont été « *transformées* » en téléconsultation, avec des variations en fonction des spécialités. A l'hôpital Foch par exemple, une grande majorité des consultations de suivi en Anesthésie, Obstétrique et Cancérologie sont passées en téléconsultation.

Au sein du même hôpital, toutes spécialités confondues, « *Jusqu'à 19% des consultations ont été réalisées en téléconsultation au plus fort de la crise. Au déconfinement, le volume de téléconsultations n'a pas baissé, mais la proportion est descendue à 7%, les autres rendez-vous ayant été déprogrammés pendant le confinement* », selon Jacques Léglise.

En ville, en Île-de-France, en tenant compte de la baisse d'activité, 1 acte sur 4 en moyenne a été réalisé en téléconsultation[3].

Mais certaines structures comme la *MSP* des Chênes dans les Hauts-de-Seine et une autre MSP en Seine-et-Marne, annoncent une organisation où « *50 à 70% des patients étaient pris en charge en téléconsultation, au plus fort de la crise. Au déconfinement les usages de téléconsultation ont fortement baissé et représentent maintenant moins de 15%* » selon un médecin généraliste de MSP.

Pour certains *EHPAD* et *SSR* d'Île-de-France, la téléconsultation a été utilisée de façon marginale sauf quand elle existait déjà auparavant. L'impact de la gestion des contraintes issus de la crise, de la prise en charge des patients et de l'accompagnement des familles, n'ont probablement pas laissé de temps pour la téléconsultation[4].

« *Nous avons vu une chute de la téléconsultation de spécialité, cela a repris avec le déconfinement à des niveaux d'avant crise* » indique Jean-Louis Baudet de Nehs Digital, opérateur de la plateforme de téléconsultation *ORTIF*.

D'un point de vue général, les spécialités ayant eu particulièrement recours à la téléconsultation pendant la crise Covid ont été : la médecine générale, l'anesthésie (grâce à un cadre réglementaire assoupli jusqu'à la fin de l'année), le suivi obstétrique et gynécologique, les consultations des sages-femmes, le suivi en cancérologie, le suivi psychologique (notamment autour des addictions), la psychiatrie « *légère* » et le triage des patients pour les orienter en fonction de la description de leurs symptômes (à l'image de la régulation centre 15), utilisé par exemple à *l'AP-HP* pour la gestion des urgences dentaires.

[3] « **L'impact du Covid-19 sur la pratique médicale en Île-de-France** », URPS Médecins libéraux Île-de-France, juin 2020.
[4] La téléconsultation de spécialité est un acte de consultation entre un professionnel accompagnant le patient et le médecin « télé-consultant » à distance. Elle est utilisée en EHPAD notamment pour la dermatologie ou les chutes par exemple. Ces suivis spécialisés n'ont pas tous été assurés dans le contexte de l'urgence.

Les outils utilisés

De nombreux opérateurs ont proposé leurs plateformes pour une réponse à la crise, que ce soit :

- **Des acteurs privés :** 77 solutions de téléconsultation ont été recensées par auto-déclaration et listées sur le site du ministère des Solidarités et de la Santé entre Mars et Juillet[5].

- **Des acteurs institutionnels,** comme la plateforme ORTIF du GCS SESAN en Île-de-France, TéléO en Occitanie, MonSISRA en Auvergne-Rhône-Alpes ou encore PREDICE en Hauts-de-France.

Les professionnels libéraux ont adopté différentes stratégies :

- **Choisir prioritairement les solutions dont ils connaissaient l'éditeur ou dont une partie était déjà installée sur leur matériel informatique.** Les éditeurs de la prise de rendez-vous ont pu capitaliser sur une large base d'habitués (100 000 téléconsultations en moyenne par jour durant le confinement sur Doctolib contre 1 000 avant la crise, puis 40 000 par jour en juin).

- **Choisir une solution en se renseignant, par exemple en regardant la liste officielle des solutions référencées,** pour les comparer[6], ou en demandant l'avis de leur réseau. « *Il y avait une liste faite par le ministère, un tableau Excel qui regroupait les solutions. J'ai téléphoné à 5 plateformes pour avoir des démonstrations* », indique Anne Gross, psychiatre.

- **Choisir un opérateur parce qu'il était connu.**

Dans les établissements sanitaires ou médico-sociaux, le choix de solution était parfois antérieur à la crise. « *Le choix de l'utiliser pour la téléconsultation a été fait avant la crise Covid. […] Elle a été utilisée de manière expérimentale avant la crise, et son usage s'est fortement accru pendant* » explique Jacques Léglise. Ou encore dans un *SSIAD : « il était déjà déployé avant la crise, les téléconsultations sont faites avec le même outil depuis octobre 2018* » indique Virginie Drecq, directrice de l'APMAD.

Les établissements qui n'en avaient pas ont dû s'adapter rapidement : « *avant la Covid, on n'utilisait pas du tout la téléconsultation. La crise a accéléré son déploiement qui n'était pas prioritaire [auparavant]* », explique une responsable de pôle d'un établissement de SSR. **Tous les éditeurs ont réalisé des adaptations, pour d'une part, élargir leurs cibles** (ORTIF téléconsultation a été généralisé à tous les établissements et notamment aux EHPAD, 12 000 médecins ont été enrôlés à l'AP-HP, les infrastructures ont été renforcées, …) **et, d'autre part, pour former rapidement les médecins** à ces nouveaux usages.

Une part non négligeable des téléconsultations a eu lieu avec des outils de communication « *grand public* » non sécurisés, une fois le frein réglementaire levé au regard de l'urgence de la situation : WhatsApp, Skype, Zoom, FaceTime, MicrosoftTeams, …

Lorraine Maisnier-Boché, avocate spécialiste des données de santé, précise que « *l'utilisation aux fins de télésanté d'outils de visioconférence généralistes, qui n'étaient pas nécessairement totalement conformes à la politique générale de sécurité des systèmes d'information de santé, a ainsi été rendue possible grâce à des textes réglementaires (décret du 9 mars 2020 et arrêté du 23 mars 2020).* »

Par ailleurs, le téléphone, aurait représenté une part très importante de ces usages : ainsi, « *à l'AP-HP, une majorité des téléconsultations ont été assurées par téléphone, le reste par ORTIF* » selon Jean-Louis Baudet.

[5] « **Téléconsultation et Covid-19 : les outils numériques de télésanté** », Ministère des Solidarités et de la Santé, juillet 2020.
[6] « **Covid-19 : l'explosion de la télésanté et des téléconsultations** », Mba Mci, juillet 2020.

FREINS IDENTIFIÉS

> ***« Les patients sont demandeurs de téléconsultation mais la plupart des médecins ne sont pas satisfaits des conditions de téléconsultation »***
>
> **Un médecin généraliste**

Les entretiens ont fait remonter des freins de nature médicale, technique et organisationnelle.

Freins de nature médicale

- **La téléconsultation engendre une perte d'information en l'absence d'examen clinique.** Un médecin généraliste note que « *cela a été un problème notamment pour mesurer la saturation. On peut avoir le pouls, la fréquence respiratoire par self-mesure ou observation de la respiration du ventre, température et tensiomètre si les patients sont équipés. L'examen clinique est une priorité dans la Covid, c'est difficile de le faire à distance. Comment voir un mal de gorge ? Des lésions cutanées ?* » La téléconsultation peut également être vecteur de risque plus important d'erreur médicale, ou de délai, liés l'absence d'examen clinique.

- **L'éventuelle perte d'information est valable également en suivi psychologique et en psychiatrie.** Anne Gross, précise : « *je n'ai pas pu être aussi compétente qu'en présentiel, où il est plus facile de s'adapter, de corriger les contre attitudes [...]. Il y a plein d'informations non verbales qui aident dans le choix des mots et qu'on a du mal à repérer à distance* ».

- **Pour le médecin, la téléconsultation est généralement beaucoup plus fatigante que la consultation physique.** Elle demande beaucoup plus de concentration, les praticiens doivent aussi beaucoup reformuler. « *C'est très fatiguant au niveau visuel et auditif, du fait de ne pas bien voir et mal entendre, ce qui demande une très grande concentration. [...] J'ai dû m'adapter beaucoup plus aux patients, donc j'étais bien plus fatiguée* » nous indique Anne Gross.

Freins techniques

- **La téléconsultation est parfois perturbée par des problèmes techniques : son, image, etc.**

- **La téléconsultation nécessite un équipement matériel qui n'était pas toujours disponible** (webcam, casque) notamment du côté du médecin en ville ou à l'hôpital. A tel point que des contournements ou des adaptations ont dû être trouvés dans certains cas, à l'image de Nehs Digital qui a « *développé une évolution pour permette à tous les soignants [de l'AP-HP] de réaliser des téléconsultations depuis [leur] smartphone* ».

- **La fracture numérique,** la persistance de **zones blanches** ou mal couvertes par les réseaux permettant une bonne qualité de vidéotransmission ainsi que l'illectronisme conduisent parfois à des modes de téléconsultation « *dégradés* » sans alternatives possibles, comme le téléphone. « *Entre rien et le téléphone il y a un gouffre mais entre teléphone et visio double gouffre !* » estime Yann L'Hermitte, un praticien hospitalier qui a dû expérimenter ces deux modes.

- **Le niveau fonctionnel de certains outils a pu décevoir des utilisateurs : un professionnel de santé témoigne concernant plusieurs applications :** « *Au début, [l'application] n'avait que le paiement et la téléconsultation : pas d'ordonnance ni de feuilles de soins. Pas de messagerie sécurisée. Et ne pouvait fonctionner qu'en interfaçage avec mon logiciel métier, accessible seulement à mon cabinet, donc durant la période de confinement je n'ai pas pu l'utiliser* ».

- **Les outils de visioconférence du marché ou de téléconsultation n'ont pas toujours une ergonomie ni** « *de fonctionnalités associées aux besoins spécifiques des personnes en situation de handicap* » explique Hervé Delacroix, administrateur chez APF France et vice-président de AGEFIPH. Il en va de même pour les personnes en perte d'autonomie au sens large.

Freins organisationnels

- **Certains professionnels ont manqué de formation pour bien s'approprier les outils lorsqu'il n'y avait pas d'usage préalable.** Emmanuelle Pierga, de l'opérateur CTM Télémédecine, témoigne : « *il [était] impossible de former les soignants à de nouveaux outils pendant cette période de crise. [...] Il faut davantage former les structures et acteurs de la santé aux outils numériques, qu'ils se les approprient, s'y acculturent, afin de pouvoir les utiliser en temps de crise. Demander aux hôpitaux de passer au numérique en période de crise, c'était comme demander à quelqu'un de conduire une voiture avant d'avoir passé le permis de conduire! Ils doivent absolument être formés.* »

- **Par ailleurs la téléconsultation nécessite un temps à consacrer aux tâches administratives parfois plus important qu'en consultation classique :** vérification des moyens de communication du patient, gestion plus lourde des courriers et prescriptions. « *Dans le cas de courriers pour des confrères, d'envoi aux urgences, de prescription d'imagerie, ... il faut apposer le tampon du médecin ce qui nécessite d'imprimer puis de rescanner pour mettre en partage avec le patient. [...] Seuls les cas simples (biologie, prescriptions classiques) peuvent être traités sans rematérialiser en utilisant la signature scannée enregistrée dans le logiciel de téléconsultation* » poursuit le même médecin généraliste.

- **La téléconsultation rend la consultation souvent moins structurée et plus orientée autour des problèmes formulés par le patient et parfois moins formelle.** « *La téléconsultation consiste plus à répondre aux attentes du patient et moins à faire une prise en charge globale (dépistages, vaccinations, prise de sang) »,* selon un médecin généraliste. Julien Kouchner, président de 1HealthMedia, ajoute *: « certaines interactions ne doivent pas se digitaliser, pour garder en qualité, et permettre aux médecins de détecter les problèmes que le patient n'aurait pas formulé en téléconsultation* ». Catherine Tourette-Turgis, fondatrice de l'Université des Patients professeur à Sorbonne Université et chercheure au CNAM, ajoute que « *la mise en place massive de la téléconsultation a [pu dissuader] les malades chroniques de consulter. Ils ont eu de fortes réticences vis à vis de cette modalité et se sont dit :* « *je vais attendre* ».

BÉNÉFICES IDENTIFIÉS

« La téléconsultation a permis de garantir une continuité de l'accompagnement et d'éviter une rupture dans les parcours de prise en charge »

Nafissa Khaldi-Cherif, directrice de la stratégie médicale à l'UGECAM Île-de-France

Bénéfice de nature médicale

- **Le premier avantage de la téléconsultation a été de pouvoir répondre au besoin de voir les patients, d'assurer la continuité de leur suivi,** tout en respectant les contraintes imposées de distanciation. A ce titre, **la téléconsultation a permis de protéger les patients les plus fragiles tout en diminuant les risques.**

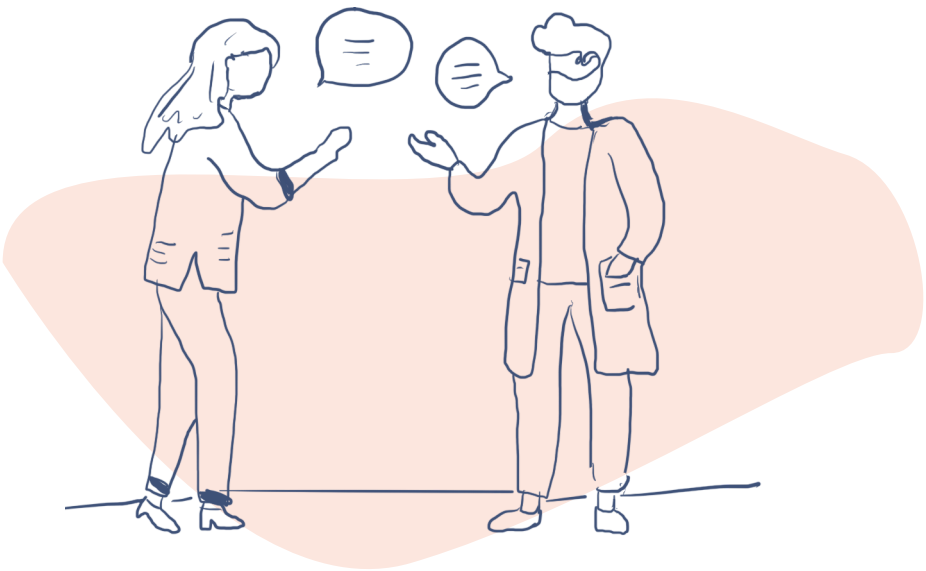
- **La téléconsultation a également permis de prendre en charge des patients dont les soins programmés avaient été annulés.** Une patiente témoigne : « *j'ai eu un accident avant le confinement. Fracture de la clavicule. Je devais être opérée, mais 2 jours avant annulation car plan blanc. Un échange à distance avec un médecin urgentiste et une téléconsultation avec une rhumatologue m'ont permis d'avoir un diagnostic de capsulite post traumatique, ça m'a permis de gagner du temps dans la prise en charge, et de programmer les soins en présentiel dès le déconfinement. Sans ça, j'aurais encore perdu plusieurs semaines potentiellement* ».

- **La téléconsultation a changé et amélioré certaines pratiques.** Par exemple, Laurence Luquel, médecin gériatre précise que « *la téléconsultation a été intégrée dans la prise en charge globale du patient. Nous avons un pôle ambulatoire avec des gériatres spécialistes qui ont de longues consultations. La téléconsultation permet un screening du besoin et donc de réduire le temps d'attente.* » **Selon un médecin généraliste, cela permet de fluidifier certains types de consultations,** « *cela permet une prise en charge dans des cas où il n'y a pas besoin d'examen clinique comme par exemple un ajustement ou renouvellement d'ordonnance, ou pour des patients connus ayant une difficulté de déplacement. Mais toujours après un passage au cabinet pour voir le « non visible »* ».

Autres bénéfices

- **Pour les patients, le premier bénéfice cité a été un gain de temps et en qualité de vie (notamment la génération 30/50 ans ainsi que les personnes handicapées),** un accès facilité aux médecins et une simplicité d'accès aux documents dématérialisés. Selon plusieurs patients interrogés : « *C'est tout aussi pratique qu'un rendez-vous classique. Parfois, c'est même beaucoup plus efficace car on n'a pas besoin de faire 1h de route pour un rendez-vous de 10 min [...]. En plus, tous les papiers et les ordonnances sont présents sur l'espace personnel donc c'est très pratique.* » « *Ça permet de gagner du temps, de l'énergie, de transférer facilement son ordonnance au pharmacien. Tous ces outils qu'on voulait voir depuis toujours qui ne se mettaient pas en place [...] ont enfin été instaurés pendant la crise* ».

- **La téléconsultation a pu contribuer à valoriser le rôle de certaines professions paramédicales, comme en témoigne Virginie Drecq, où sont aussi utilisés des objets connectés:** « *Le numérique, et la téléconsultation en particulier, sont des outils de motivation pour les infirmiers, car ils s'appuient sur leur expertise et leur professionnalisme* ». « *L'infirmière est avec le patient pendant la téléconsultation. Elle prépare la consultation avec le patient et prend ses constantes (tension, pulsations, saturation, température si besoin). Elle peut effectuer une auscultation cardio pulmonaire du patient avec le stéthoscope connecté afin que le médecin puisse entendre le cœur et les poumons en même temps qu'elle. Elle peut réaliser un électrocardiogramme grâce à l'ECG connecté selon les directives du médecin et lui envoyer par la messagerie sécurisée (bientôt peut-être aussi un otoscope connecté) et sollicitent le médecin sur des questions particulières. La téléconsultation permet un lien de proximité avec le médecin [et] l'infirmière facilite la transmission des informations entre le médecin et le patient* ».



ET MAINTENANT

« La téléconsultation ne peut pas être un remplacement des consultations mais un complément pour certains cas bien précis ne nécessitant pas d'examen clinique » **selon un médecin généraliste**

« Il faut vraiment déployer de façon pérenne ce nouvel outil de pratique médicale dans la gradation des soins. [...] Mais c'est un vrai changement culturel, de pratiques, donc il faut beaucoup d'accompagnement et de temps ! » **selon Laurence Luquel, médecin gériatre**

« La crise a rendu nécessaire l'utilisation de l'outil, et il n'y aura pas de retour en arrière » **selon un directeur des systèmes d'information.**

Une démonstration en conditions réelles des possibilités de la téléconsultation

Le recours massif aux outils de téléconsultation a permis aux professionnels de santé d'évaluer l'inscription de cette pratique dans leur exercice quotidien. Elle a démontré son intérêt pour certains cas où l'examen clinique n'est pas au centre de la consultation ou de l'échange entre le professionnel et le patient. Des exemples cités au cours de nos entretiens : l'ajustement thérapeutique (dosage d'un médicament), le renouvellement de certaines ordonnances, le péri-opératoire (téléconsultations de pré-anesthésie, téléconsultations post-opératoires) ou encore l'information sur des résultats d'examens.

« On a fait la démonstration que ça peut marcher [très] rapidement » selon Yann L'Hermitte.

Après l'épidémie, on observe une nette évolution de l'opinion à la fois des médecins (68 % des médecins répondants sont désormais convaincus de l'utilité de la télémédecine, contre 38 % d'entre eux avant le confinement[7]) et des citoyens (90% des habitants d'Île-de-France pensent que la télémédecine a désormais toute sa place en complément des soins classiques[8], alors que déjà 75% soutenaient son développement en février, contre 80% et 68% de moyenne nationale[9]).

[7] « **L'impact du Covid-19 sur la pratique médicale en Ile-de-France** », URPS médecins libéraux île-de-france, 11 juin 2020.
[8] « **Les français et la télémédecine** », Deuxième Avis par Q.Bonnome, 15 mai 2020.
[9] « **Enquête harris interactive** », Harris interactive, février 2020.

Souvent, la mise en place de la téléconsultation était un sujet déjà en réflexion au sein de certaines structures, la crise sanitaire a accéléré considérablement sa mise en oeuvre et les outils sont maintenant largement déployés. D'un point de vue général, il est soulevé que la crise sanitaire a été un véritable « *accélérateur* », « *amplificateur* » du déploiement de la téléconsultation, et qui a « *permis de démontrer que ce type de prise en charge était possible* », comme le précise Jean-Christophe Bernadac, DSI des Hospices Civils de Lyon.

Ces nouveaux usages et notamment la visio-conférence avec le médecin, génèrent un fort sentiment d'attente chez certains professionnels qui ne l'utilisent pas encore. Un infirmier exerçant dans une structure d'*HAD* témoigne : « *Cela serait très utile dans l'échange avec le médecin, pour optimiser les diagnostics. Aujourd'hui on fonctionne par téléphone, on donne les signes cliniques, mais il y a des choses que l'on peut oublier, que le médecin pourrait voir. On pourrait lui montrer des plaies, un patient qui a du mal à respirer…* »

Un fort enjeu d'accessibilité

Les dérogations au cadre d'emploi de la téléconsultation, et notamment la possibilité de les assurer par téléphone jusqu'au 10 juillet, ont eu un rôle décisif pour inclure « *les patients qui pourraient le plus bénéficier de la téléconsultation, à savoir les personnes âgées isolées, dont la majorité ne maîtrise ni les outils numériques ni même un simple smartphone, et les patients des déserts numériques*[10]». Il y a un véritable enjeu à conserver des moyens adaptés à toute une partie de la population qui restera éloignée du numérique et de l'offre de soins en même temps.

Les problèmes d'accessibilité peuvent aussi toucher les établissements, notamment dans le secteur médico-social. Il faut mettre à niveau les infrastructures (le réseau principalement) et les postes de travail pour permettre un déploiement de la téléconsultation.

Un besoin de formation et d'information

Les professionnels de santé doivent être formés aux outils de téléconsultation, « *il faut accompagner beaucoup même si les outils sont simples. Il faut que les gens n'aient pas l'impression de perdre de temps, créer un effet positif rapide* » précise le Dr Yann L'Hermitte. La formation, même à distance, est perçue comme un levier clé de la pérennisation de la téléconsultation.

Un DSI que nous avons rencontré a prévu « *un accompagnement opérationnel des soignants pour éviter que ça retombe* ».

Par ailleurs, « *la formation des professionnels qui sont en contact avec les patients et leurs proches doit aller dans le sens de l'inclusion numérique. Ainsi le passage du présentiel à l'usage digital sera plus aisé, crise ou non* », selon Giovanna Marsico, Déléguée au Service Public d'Information en Santé (SPIS) Santé.fr.

Les médecins doivent aussi être formés aux règles et bonnes pratiques du distanciel.

« *Il y a un fort besoin de formation sur les modalités « soignant/soigné » en téléconsultation : comment manifester son empathie, son attachement, avoir une relation soignant/soigné à distance de qualité, pour les patients préparer au mieux leur consultation à distance, … ? Il faudrait absolument sortir vite un petit guide sur les « trucs et astuces » pour une téléconsultation réussie* » témoigne Catherine Tourette-Turgis.

[10] « **L'été et le Covid : «Ma bonne dame, on ne trouve plus de petit personnel »**, Libération par C.Lehmann, 25 juillet 2020. [En ligne]

Les médecins ont besoin d'être guidés sur les solutions, d'accéder à des référentiels publics vérifiés, pour les aider à choisir une solution de téléconsultation en fonction de ce qu'ils recherchent. La crise a mis en lumière le très grand nombre de solutions différentes de téléconsultation. Un premier pas a été fait avec le référencement du ministère, mais il était purement déclaratif et « *mettait en avant l'aspect réglementaire et non pas l'aspect pratique. [...]* » estime une psychiatre. L'avenir de ces solutions reste incertain, comment les professionnels pourront-ils s'y retrouver ?

Un besoin de fiabilisation et d'amélioration des outils

Quand la téléconsultation est perturbée par des problèmes techniques, cela peut facilement annuler tous les bénéfices perçus par les professionnels de santé.

« *L'expérience à tirer de ça c'est qu'il faut de la fiabilité. Le dysfonctionnement de la caméra, du son marque l'arrêt et le non usage. Si cela ne marche pas du premier coup c'est cuit* » selon Yann l'Hermite.

Les outils doivent être simples et « *user-friendly* ». Il apparait que les médecins s'impliqueront dans le déploiement des outils s'ils sont convaincus que ces derniers leur rendront un service et une valeur ajoutée immédiatement. Au-delà de la fiabilité et de l'ergonomie, il faut développer les fonctionnalités qui peuvent réduire la charge de travail du médecin, notamment du point de vue administratif (gestion du paiement, des courriers aux confrères, de la prescription, ...).

Les outils doivent permettre d'assurer la continuité des échanges numériques dans le parcours du patient, « *en sortie* » de la téléconsultation. En améliorant l'interopérabilité entre les logiciels, en développant l'échange dématérialisé et sécurisé des informations de la téléconsultation, comme l'ordonnance.

« *Les individus ont parfois pris sur leur responsabilité personnelle sans être forcément intégrés dans un dispositif cohérent. La crise a révélé ce manque là. Par exemple [...] si on avait un SI plus fluide on pourrait prendre en compte les ordonnances directement envoyées du médecin au pharmacien, avec une livraison à domicile dans un second temps* » selon Giovanna Marsico.

Un besoin d'encadrement de ces nouvelles pratiques

Majoritairement, les professionnels interviewés pour cette étude rappellent le besoin d'un lien entre le patient et le médecin lors d'une (ou plusieurs) précédente(s) consultation(s) en présentiel.

Dans le cas particulier de la psychiatrie, Anne Gross, estime que « *les premières consultations, peut-être même les 3-4 premières consultations doivent être réalisées en présentiel* ».

Anne Schweighofer, complète : « *La téléconsultation est une très bonne idée, elle devrait se pérenniser en mix avec le présentiel. Si le lien avec le médecin est établi, cela permet aux patients de gagner du temps car ils n'ont pas à se déplacer* ».

Julien Kouchner ajoute : « *Pour moi le web c'est très bien lorsque l'on sait ce qu'on veut. C'est pour ça que je suis pour un mélange entre web et physique.* »

Quelques exceptions ont pu être évoquées comme la première consultation de neurologie pédiatrique où le présentiel n'est pas nécessaire, dans la mesure où il s'agit d'un recueil d'informations des antécédents auprès des parents.

« *La téléconsultation n'est utile que s'il y a continuité du parcours de soins* » rappelle Bruno Laurandin, pharmacien à Suresnes, comme la majorité des professionnels médicaux interviewés pour cette étude.

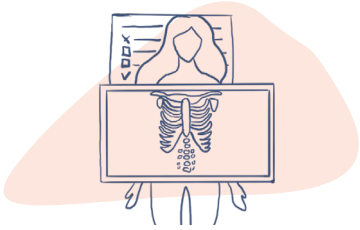
Certains témoignages pointent un risque de surconsommation médicale comme Emmanuelle Pierga : « *Le patient peut décider de voir plusieurs médecins d'affilée, sans limite, entrainant de facto une aggravation du déficit de la Sécurité sociale* ». L'encadrement du parcours patient pourrait limiter ces risques. « *Par exemple, quand le patient utilise la téléconsultation, il doit prendre rendez-vous avec son médecin ou être adressé par son médecin à un confrère pour continuer le bon suivi* ».

Selon Anne Schweighoger « *Le lien doit préexister pour que cela marche bien* ».

C'est le sens que semble prendre l'Assurance Maladie, dont le rapport «*Charges et produits pour 2021*[11]» réaffirme l'exigence « *d'une prise en charge respectueuse de la place du médecin traitant et de l'importance d'un vrai suivi thérapeutique* », excluant selon ce rapport, la suppression pure et simple de la règle du « *déjà vu* » et orientant plutôt vers des aménagements à négocier.

[11] « **Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses**», Améli, juillet 2020.

TÉLÉEXPERTISE ET TÉLÉRADIOLOGIE



Usage constaté et outils utilisés

Pendant la crise, selon les témoignages que nous avons recueillis, la *téléexpertise* **a été utilisée dans une forme de continuité avec la situation antérieure, sans pour autant que l'on puisse constater une véritable rupture** comme pour la téléconsultation. Son usage a varié en fonction des contextes.

La *téléradiologie***, pour sa composante en lien avec la Covid, semble avoir fortement progressé.** « *Nous avons pu noter une très forte montée du nombre de scanners thoraciques, qui est le diagnostic le plus précis pour détecter la Covid* » indique Emmanuelle Pierga.

En revanche les autres usages non liés au Covid ont fortement diminué pendant la crise, en lien avec la déprogrammation massive des radios concernant d'autres pathologies au moment du confinement, et par la suite le renoncement aux soins d'un grand nombre de patients.

Un autre fournisseur de solution de téléradiologie, Nehs Digital, a pu observer sur sa plateforme « *une baisse de 50% de la télé-interprétation en avril et de 30% au global sur le 2e trimestre* ».

Jean-Louis Baudet, précise: « *Parallèlement à l'explosion de la pratique de la téléconsultation, on a vu une chute de l'activité de téléexpertise (examens déprogrammés, opérations reportées). [Il y avait] moins de patients physiquement, donc moins de sollicitations autour de la téléexpertise* ».

Les outils support pour la téléexpertise sont restés très disparates, depuis l'usage de plateformes spécifiques comme ORTIF, jusqu'à de simples échanges de mails ou appels téléphoniques.

Une médecin urgentiste gériatre, Elise Cabanes, témoigne : « *j'ai utilisé le téléphone pour faire de la téléexpertise, pour donner mon avis aux médecins des EHPAD, et les soutenir. A l'hôpital nous avions une ligne téléphonique d'astreinte pour pouvoir répondre aux questions des médecins 24h/24* ».

Des solutions d'échanges d'avis ont développé des réseaux d'experts spécifiquement pour les demandes d'avis sur des patients Covid, comme par exemple NeuroCovid[12] ou Covid-Réa[13], mis à disposition de tous les hôpitaux de l'AP-HP**,** qui propose un système de demande d'avis spécialisés à l'astreinte Covid, 24h/24.

« *Cela a permis deux choses : aux médecins réanimateurs d'échanger entre eux pour qu'il y ait une uniformisation des pratiques dans les hôpitaux, et un échange de bonnes pratiques* », selon Myriam Oukkal, du ministère des solidarités et de la Santé.

[12] « **Réseau de téléexpertise neurologique à but non lucratif** », Omnidoc, Réseau de téléexpertise NeuroCovid, 2020.
[13] « **L'AP-HP a lancé l'outil Covid-Réa, utilisé par près de 3000 professionnels** », Tic santé par M.Le bris, 27 avril 2020.

FREINS IDENTIFIÉS

- Plusieurs professionnels interrogés et un opérateur de télémédecine ont pointé du doigt **la difficulté qu'il a pu y avoir pour une extension de l'usage de la téléexpertise aux urgences dans le cadre du Covid,** alors que la télémédecine était en train de s'y développer en période pré-Covid. « *Concernant le domaine des urgences, il venait de se développer et était en cours d'installation quand la crise a commencé. Il n'était donc pas question de le développer davantage pendant la crise car c'était un nouvel outil et les soignants n'avaient pas le temps nécessaire pour s'y former, les hôpitaux étaient trop occupés à gérer la vague massive de malades* », selon Emmanuelle Pierga.

- **Plus généralement le manque de temps des spécialistes hospitaliers** qui auraient pu être sollicités utilement pendant la crise **a empêché la mise en place de sollicitations adaptées au Covid** : « *l'ARS prévoyait que les médecins généralistes puissent solliciter des infectiologues de l'hôpital, mais c'était impossible en termes de charge pour ces spécialistes* » déclare Jean-Christophe Bernadac.

BÉNÉFICES IDENTIFIÉS

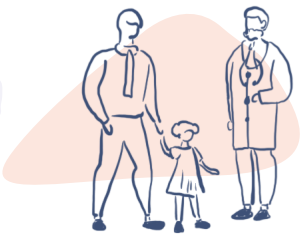
- Il n'a pas été constaté de bénéfices spécifiques lors de la crise autres que les bénéfices généraux attendus et connus de la téléexpertise, à savoir l'**accroissement de la rapidité de prise en charge** pour accélérer les diagnostics et prescriptions.

ET MAINTENANT

Selon Benjamin Kammoun, responsable Healthcare, WILCO, « *La coordination ville-hôpital est une forme de téléexpertise. Il faut inciter les médecins à demander des expertises à leurs confrères* ». Pendant la crise cet usage a été limité dans certains cas par la disponibilité des spécialistes, comme les infectiologues, qui n'ont pas pu dégager de temps dédié en l'absence d'aménagement organisationnel.

Au-delà des formes classiques de téléexpertise déjà bien développées (la téléradiologie par exemple), **pourraient se développer de nouveaux usages en matière de téléexpertise**. Ainsi, un centre de soins de suite et de rééducation a mentionné la possibilité d'intervenir en appui de structures médico-sociales pour apporter une expertise dans des situations particulières, au vu du faible nombre de rééducateurs spécialisés dans ces structures le plus souvent.

TÉLÉRÉADAPTATION / TÉLÉRÉÉDUCATION



Usage constaté et outils utilisés

Alors que l'usage de ***téléréadaptation*** **et de** ***télérééducation*** **était très embryonnaire auparavant, la crise a permis de constater l'émergence de ce type d'usages.** Un centre de soins de suite et de réadaptation a pu témoigner que la crise a amené à mettre en place un dispositif de téléréadaptation / télérééducation.

Selon une responsable de pôle, « *la crise a conduit à remettre à leur domicile une centaine de patients (une trentaine qui étaient en hospitalisation de semaine et près de 70 suivis en hôpital de jour) en télé réadaptation. [...] On a envoyé un programme de rééducation et réadaptation à chaque enfant puis, 2 à 3 fois par semaine, un membre de l'équipe (masseur-kinésithérapeute, ergothérapeute, orthophoniste, éducateur, psychologue, médecin, ...) échangeait avec l'enfant et ses parents au téléphone (on a également utilisé Zoom et Whatsapp) pour faire le point sur le programme, voir comment la famille supportait le confinement* ». Elle poursuit : « *ça ne remplace pas des séances de rééducation en présentiel, mais cela a permis de maintenir le lien et l'accompagnement, ça a aussi permis aux familles de découvrir la rééducation faite par leur enfant. [...] Alors que certaines structures du handicap ont dû fermer, [notre] pôle a pu suivre tout le monde par ce moyen* ». En parallèle le pôle a toujours maintenu ouvert une unité de lits d'hospitalisation complète et une dizaine d'enfants ont continué de venir en hôpital de jour même au plus fort de la crise, après une discussion sur la balance risque/bénéfice.

Il est ainsi apparu que la téléréadaptation / télérééducation **pouvait être particulièrement adaptée à la prise en charge de la personne adulte ou de l'enfant,** lorsqu'elle est coachée par un ergothérapeute ou un kinésithérapeute. **En revanche, il semble que ceci ne soit pas envisageable pour les personnes âgées isolées** ayant un besoin de rééducation, au regard du risque de chute, et du but cognitif initial de la rééducation en présentiel.

« *Si cette pratique est adaptée pour les personnes adultes et les enfants, lorsqu'ils sont encadrés par un rééducateur, elle l'est moins pour les personnes âgées fragiles isolées dans leur domicile sans aide avec un risque de chute* », selon Nafissa Khaldi-Cherif.

En ce qui concerne les outils, il est clair qu'il aurait été intéressant pour le centre SSR interrogé de se doter d'outils appropriés et spécifiques disponibles sur le marché, mais **le manque de temps, la soudaineté de la crise et l'indisponibilité de la Direction des Systèmes d'Informations ne l'ont pas rendu possible.** Cependant, d'autres centres ont pu probablement se doter d'outils ad hoc en la matière.

FREINS IDENTIFIÉS

- **La mise en œuvre de la téléréadapation implique de bâtir de nouveaux protocoles,** qui ne sont aujourd'hui pas stabilisés, avec des doutes qui peuvent émerger sur le fait de savoir quels types de patients et de séquelles peuvent utilement bénéficier de la télérééducation sans danger (cas des personnes âgées qui pourraient chuter par exemple).

- **Le remboursement par l'Assurance Maladie n'était pas prévu jusque récemment, avec une ouverture récente au travers du** *télésoin***,** mais qui reste encore à confirmer au-delà de dispositions exceptionnelles prises pendant la crise. Il faudra sans doute une évolution de la réglementation, en lien avec un travail des ordres, des industriels et des professionnels, pour que la situation puisse se développer.

BÉNÉFICES IDENTIFIÉS

- **Ce type de pratique permet de limiter les déplacements, souvent pénibles** pour le patient qui doit être rééduqué, et qui le plus souvent fait face à une baisse de sa mobilité et des difficultés pour se déplacer hors de son domicile.

- **Elle peut permettre par ailleurs de limiter les coûts pour la collectivité,** en évitant des trajets en ambulance ou en taxi.

- **Elle peut également favoriser une rééducation plus soutenue,** qui n'est pas limitée seulement aux moments où le patient se rend chez le professionnel, ce qui ouvre plus de perspectives aux programmes de rééducation et réadaptation.

ET MAINTENANT

Il semble que la crise ait constitué un révélateur pour montrer les apports de l'usage de la téléréadaptation / téléréééducation : « *la crise Covid a été une opportunité pour les professionnels du secteur médico-social pour investir le domaine des outils numériques et découvrir toutes les possibilités offertes par ces dispositifs, le virage inclusif notamment [...]. Elle a amené les établissements sanitaires de l'UGECAM Île-de-France à réfléchir aux opportunités autour de la téléréééducation* », selon Nafissa Khaldi-Cherif.

Cela est valable aussi bien pour améliorer l'inclusion du patient dans sa rééducation que pour mieux faire des synthèses entre professionnels :

- Selon une responsable de pôle d'un établissement de SSR, cela permet « *d'inclure le patient dans sa propre rééducation. Ça permettrait de densifier un programme de rééducation, et de voir si l'enfant arrive à le suivre. Des informations seraient complétées par lui ou ses parents. Par ailleurs c'est plus intéressant parce que le patient est dans son écosystème, en situation « écologique »* ».

- Pour les professionnels qui assurent la pris en charge, toujours selon cette responsable : « *Ce serait également intéressant de pouvoir poursuivre les échanges avec un outil numérique à distance pour faire des conférences/ points de suivi plus facilement entre professionnels, pour une synthèse pluridisciplinaire. Par exemple dans les cas où le patient est en hôpital de jour et poursuit la rééducation avec des professionnels libéraux ou des structures médico-sociales. Cela compenserait les difficultés de se déplacer pour les libéraux, et permettrait des points de suivi beaucoup plus faciles* ».

Elle a amené certains centres de soins de suite et de rééducation à changer leurs pratiques et de fait à **réfléchir à un projet pérenne et global de téléréééducation / téléréadaptation pour adultes et enfants,** avec appel à des outils et prestataires spécifiques, et déploiement dans des situations médicales appropriées.

Elle en a incité un autre à vouloir proposer des **programmes de téléréééducation / téléréadaptation pour les enfants,** afin d'éviter des nuits d'hospitalisation ou des déplacements.

Comme pour le *télésuivi,* **l'usage des objets connectés devra être étudié et adapté pour les différents protocoles qui seront élaborés** (possibilité de repérer les mouvements et gestes d'une personne à distance, etc...).

RENOUVELLEMENTS ET ENVOI DÉMATÉRIALISÉ D'ORDONNANCES

Usage constaté et outils utilisés

Le développement massif de la téléconsultation s'est accompagné d'une mise à disposition de l'ordonnance par différents canaux alternatifs : envoi direct au patient, mise à disposition sur un espace sécurisé d'un outil de téléconsultation ou sur un portail patient d'un établissement de santé.

Suite à une téléconsultation, de nombreux médecins ont transmis l'ordonnance au patient par mail (ou au pharmacien indiqué par le patient quand ils se connaissaient).

« *Les patients m'ont soit présenté l'ordonnance reçue par mail sur leur smartphone, soit transféré le mail directement (respectivement 80 et 20% des cas) »,* selon un pharmacien interrogé. Sachant que, dans de plus rares cas ils avaient imprimé l'ordonnance. Dans les cas où l'ordonnance avait été prise en photo ou scannée par le médecin, il y avait des qualités variables, « *souvent ça passait mal à l'impression puis au scanner et c'était refusé par l'Assurance Maladie* ».

Des outils de téléconsultation grand public proposent un système de mise à disposition sécurisée de l'ordonnance, qui s'est diffusé largement pendant la crise. L'ordonnance est conservée en ligne dans l'espace sécurisé du patient. La transmission au pharmacien peut se faire de plusieurs façons.

Par exemple, une fois arrivé en pharmacie, « *le patient renseigne l'adresse de messagerie électronique de ma pharmacie pour m'envoyer l'ordonnance, puis je reçois un lien pour imprimer l'ordonnance une seule fois, je dispose d'un temps limité pour l'imprimer* » explique un pharmacien. Pour d'autres outils de téléconsultation c'est le scan d'un QR code qui permet de sécuriser l'ordonnance.

Des plateformes spécialisées proposant un outil de prescription puis de gestion de la délivrance en ligne ont vu une forte croissance de leur nombre d'utilisateurs. Par exemple Ordoclic, qui utilise la carte e-CPS et permet la télétransmission à l'Assurance Maladie, est passé de 500 à 2000 utilisateur[14].

Enfin, des portails patients hospitaliers permettent la mise à disposition de l'ordonnance au patient, comme myHCL.

Un usage préexistant de préparation anticipée s'est développé pendant la crise, dans le contexte du confinement : « *Des patients ont envoyé leur ordonnance par mail et sont venus récupérer leur traitement à une heure déterminée* » précise le pharmacien.

[14] « **Ordoclic a prouvé l'utilité de l'ordonnance électronique depuis le confinement** », Les Echos par N.Buyse, 20 mai 2020.

FREINS IDENTIFIÉS

- **Le pharmacien est obligé de rematérialiser l'ordonnance pour la facturation à l'Assurance Maladie :** « *mon logiciel métier ne permet pas d'envoyer une version scannée de l'ordonnance à l'Assurance Maladie autrement que celle qui vient de mon scanner connecté au logiciel* », selon un pharmacien interrogé.

- **Quand l'ordonnance est transmise par le médecin par mail, il n'y a aucune sécurisation**, pour s'assurer que le patient ne l'a pas imprimée en plusieurs exemplaires et qu'il n'est pas allé dans plusieurs pharmacies. « *Une consultation du DP permet de se rassurer mais tous les patients n'ont pas forcément un DP ou une carte vitale* ».

- **L'équipement des pharmacies doit être mis à jour dans certains cas,** par exemple pour le scan du QR code de certaines plateformes de téléconsultation.

- **Seules les prescriptions « *simples* »** (biologie, prescriptions classiques) **peuvent être réalisées sans rematérialiser,** avec une signature scannée enregistrée dans l'outil de téléconsultation. Pour les autres (prescriptions d'imagerie, envoi aux urgences, ...) « *il faut apposer le tampon du médecin ce qui nécessite d'imprimer, de scanner, puis de mettre en partage avec le patient dans l'outil de téléconsultation* », explique un médecin généraliste.

- **La mise en place de solutions de transmission directe au pharmacien au moment de la prescription n'est pas possible.** « *Souvent, les patients ne savent pas [à l'avance] dans quelle pharmacie ils vont aller* », explique Jean-Christophe Bernadac. Mais ce n'est pas un problème pour les outils du marché qui proposent bien au patient de choisir lui-même sa pharmacie.

BÉNÉFICES IDENTIFIÉS

- **La mise à disposition de l'ordonnance dématérialisée dans des espaces sécurisés permet à la fois de protéger la donnée médicale et de contrôler qu'il n'y a bien qu'une seule dispensation,** contrairement à l'envoi par mail.

- **La prescription électronique évite l'impression papier pour le médecin et a pu contribuer à limiter la propagation du virus** sur ce support pendant la crise.

ET MAINTENANT

Le développement de la téléconsultation accélère le besoin d'outils d'e-prescription, qui s'est largement réalisée par des moyens de contournement pendant la crise. Le projet national d'e-prescription testé sur 3 territoires pilotes est très attendu pour prendre en compte tout type de prescription : biologie, actes auxiliaires médicaux, dispositifs médicaux …

La e-prescription au sens de l'expérimentation lancée par les pouvoirs publics correspond à la dématérialisation de l'ordonnance par le médecin « *à la source* », puis à sa transmission au pharmacien. La dispensation se fait via un code barre, imprimé et scanné par le pharmacien qui sécurise l'acte. Elle est expérimentée depuis 2019 à 3 territoires pilotes (le Val-de-Marne, la Saône-et-Loire et le Maine-et-Loire) et doit se généraliser avant d'être étendue aux actes de biologie et paramédicaux entre 2020 et 2022.

Par ailleurs, le développement de la e-prescription va très certainement susciter l'émergence et le fort développement de services du type « *click and collect* » avec une date et une heure de collecte au niveau des pharmacies, pour permettre notamment aux malades chroniques de simplifier la dispensation de leurs traitements.

LIEN AVEC LES PATIENTS

Usage constaté et outils utilisés

Il s'agit de l'ensemble des moyens qui outillent la relation entre les professionnels et les patients (hors des soins eux-mêmes) pouvant se traduire notamment par des outils de **prise de rendez-vous en ligne,** des **portails patients** pour des établissements sanitaires, ainsi que des **modalités d'accueil** des patients lors de leur arrivée à l'hôpital ou pour obtenir des feuilles de soins ou comptes-rendus.

L'arrêt brutal de la venue physique des patients et des contacts en présentiel avec les équipes médicales et administratives (prise de rendez-vous, gestion du dossier administratif, informations sur le suivi médical) a désorganisé les processus habituels basés sur la circulation du patient au sein des établissements et de leurs services.

Ces constats ont conduit plusieurs établissements à utiliser de nouveaux canaux de communication avec le patient, via des portails Web ou des services dématérialisés.

« *On a essayé d'aller plus loin dans la transformation numérique de nos processus administratifs* », indique un DSI hospitalier.

La prise de rendez-vous à distance a été le service le plus visible, dont l'usage était déjà largement répandu avant la crise. Il passe par des applications à l'usage du grand public vis à vis des professionnels et établissement de santé, couplées parfois avec une gestion d'agenda et d'autres services annexes. Leur usage pendant la crise s'est avéré crucial pour faciliter et fluidifier les prises en charge. Le déploiement de ce type d'application s'est accéléré : « *déploiement du rappel de rendez-vous par sms, déploiement de solutions d'envoi des convocations sur un portail Web mis à disposition des patients* ».

Un élargissement de parcours « *0 passage au bureau des admissions* » pour compléter son dossier à distance et ne pas avoir d'autre parcours à l'hôpital que celui nécessaire à la prise en charge. C'est ce qui a été fait à l'Hôpital Foch par exemple, avec la solution « *Know Your Patient* » ou aux HCL (portail patient « *myHCL* »).

Une mise à disposition d'informations sur des portails web destinés aux patients: par exemple les convocations, les comptes-rendus et résultats d'examens, les informations liées au parcours de soins … Les portails patients ont aussi pu mettre à disposition des formulaires de gestion du consentement ou d'opposition à l'usage des données pour les études Covid, comme le fait le portail patient myHCL.

FREINS IDENTIFIÉS

- **L'équipement informatique des patients peut poser problème** notamment pour les formalités administratives qui nécessitent d'envoyer des documents scannés ou préremplis.

- **Il faut nécessairement être familier des usages numériques**, pour être à l'aise avec ces outils, qui introduisent donc une nouvelle fracture numérique parmi les patients, avec l'*illectronisme*.

- **Selon les établissements dans lesquels il va se faire soigner, le patient peut potentiellement avoir à se connecter à plusieurs plateformes différentes** pour reconstituer son parcours et son dossier, ce qui multiplie les besoins d'accès de téléconsultation.

- **Les portails informatifs patients n'étaient pas systématiquement mis à jour de manière suffisante sur les sujets de gestion administrative attendus par les patients.** Selon Anne Schweighofer, « *J'aurais souhaité que les sites d'hôpitaux ou de centre de traitement du cancer soient mis à jour. En tant que patient, nous n'avions aucune info.* »

BÉNÉFICES IDENTIFIÉS

- **La dématérialisation de ces processus est efficiente pour l'hôpital.** Par exemple « *le bureau des rendez-vous n'a plus à imprimer et mettre sous pli, c'est un gain économique et temporel* » selon un DSI hospitalier. Par ailleurs, cela limite les risques « *il y avait des ratés avec les délais de la Poste, certaines convocations arrivaient après les rendez-vous* » nous indique le même DSI.

- **C'est aussi un gain de temps et un aspect pratique pour les patients, qui ont moins de déplacements à faire, des parcours administratifs plus simples et moins stressants,** quand les outils fonctionnent convenablement.

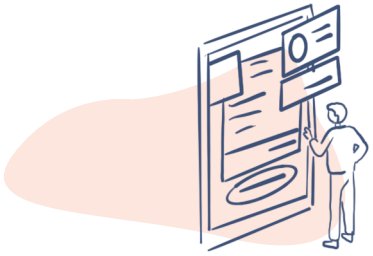
ET MAINTENANT

Tous les établissements et professionnels ne sont pas encore équipés de systèmes de prise de rendez-vous en ligne, comme en témoigne l'un des groupes sanitaires interrogé. **Il y a donc ici encore un enjeu de généralisation de ce type d'outil pour fluidifier les parcours à l'avenir,** et mieux anticiper encore de possibles nouvelles crises sanitaires.

L'enrichissement des portails patient avec des outils de télésuivi en ligne permettrait d'outiller de façon cohérente et urbanisée le suivi de pathologies chroniques à l'hôpital (cf partie *Télésuivi / télésurveillance* médicale).

Par ailleurs, alors que, dans la vie de tous les jours, tout est accessible très vite et de façon dématérialisée, **la dématérialisation de la relation patient dans le sanitaire et en médico-social représente aujourd'hui encore un fort enjeu de gain en efficacité et d'optimisation des processus pour l'avenir**, comme un témoignage de patient l'atteste ci-après : « *Je reçois des courriers papiers 3 mois après la consultation, des convocations de l'hôpital, tout prend énormément de temps. [...] Il faut améliorer le schéma d'organisation des soins et d'accueil des patients. [...] Un parcours de soin pourrait être dessiné de façon digitale. [...] On peut améliorer les process pour que ce soit plus efficace et plus agréable pour le patient* ».

DÉMATÉRIALISATION DE PROCESSUS MÉTIER ET SUPPORT BACK OFFICE



Usage constaté et outils utilisés

Les systèmes d'informations métiers (Logiciels de Gestion de Cabinet, d'Officine, Systèmes d'information Hospitaliers) et les applications back-office utilisées par les professionnels et établissements de santé ne sont pas spécifiques à la crise sanitaire. Ils permettent de gérer les dossiers patients, la facturation, les formalités administratives, etc., et leur développement répond à une exigence de productivité et de qualité des processus mis en œuvre depuis de longues années, à l'instar du programme Hop'En, en cours pour les hôpitaux.

Cependant leur présence effective, leur absence, ou leur capacité d'évolution, ont pu avoir un effet indirect immédiat sur la rapidité de prise en charge de flux de patients, soudainement élevés pendant la crise pour les professionnels et établissements, et sur le niveau de charge du personnel.

Un professionnel d'un centre municipal de santé témoigne sur l'utilisation de leur logiciel métier pendant la crise : « *Le logiciel métier utilisé au sein du centre [...] a par exemple été utilisé par les médecins régulateurs qui remplissaient une fiche de liaison Covid mise dans le dossier pour usage par les autres médecins ensuite. Cette fiche de liaison a été élaborée par nos soins.* »

Dans les établissements, de nouveaux workflows ont été développés dans certains *SIH* **pour les adapter à la prise en charge des patients Covid et non Covid.**

« *Nous avons créé un « parcours Covid » dans le dossier patient Easily, à la fois pour connaître la contagiosité du patient à tous les endroits du dossier et pour suivre des workflows particuliers. Nous avons aussi ajouté des questionnaires Covid pour les consultations Adulte et Enfant (évaluation du risque Covid), au sein du dossier patient pour les professionnels ou sur le portail patient. De nombreux paramétrages ont été réalisés dans l'outil pour s'adapter à ces nouveaux besoins* », explique Jean-Christophe Bernadac.

Enfin, plusieurs processus support ont pu être dématérialisés à la faveur de la crise pour « *essayer d'aller plus loin dans la transformation numérique de nos processus administratifs* » comme le souligne un DSI hospitalier qui donne quelques exemples :

- **Mise en place dans un établissement d'une collecte dématérialisée des dossiers administratifs des internes à leur arrivée,** « *cela a été apprécié par la fonction RH qui dédie d'habitude un agent pendant plusieurs jours pour la collecte de ces éléments en présentiel. Une application spécifique a été déployée pour ce besoin, et sa généralisation à d'autres types d'arrivées est prévue* ».

- **Mise en place d'une gestion dématérialisée des plannings de garde** des internes, pour gérer le planning sur le semestre. « *Cela pourrait être généralisé pour toutes les gardes et astreintes (DSI, pharmacie, anesthésistes)* ».

- **Mise en place d'un projet de reconnaissance vocale** par suite d'un problème rencontré sur la dictée numérique (pas possible d'écouter le son à distance). « *Habituellement la dictée était assurée par une secrétaire mutualisée pour plusieurs médecins, mais le mécanisme ne fonctionnait pas à distance, d'où une accélération d'un projet de reconnaissance vocale et retranscription en temps réel, qui ne rencontraient pas une adhésion forte jusque-là. Cela prend plus de temps sur le moment mais au final il n'y a plus besoin de revenir dessus après* ».

BÉNÉFICES IDENTIFIÉS

- **Ces services dématérialisés ont permis aux équipes de gérer efficacement à distance** des processus habituellement entièrement « *matérialisés* ».
- **Ils permettent globalement une amélioration de la productivité** des processus médicaux, de soins ainsi que des processus administratifs support, et ce, dans un contexte de pénurie des ressources.

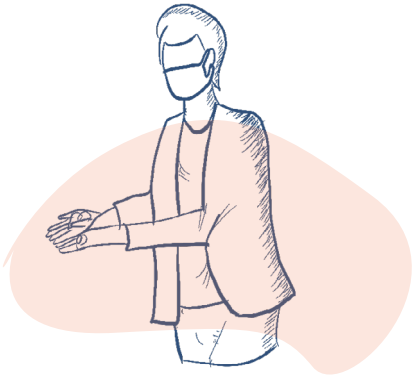
ET MAINTENANT

> **La dématérialisation des processus dans le sanitaire et en médico-social représente aujourd'hui encore un fort enjeu d'efficacité pour l'avenir,** comme certains témoignages l'attestent : « *Sur le plan numérique, [notre] hôpital est en retard, on est tout juste en train de mettre en place un DPI. [...] Les outils de visioconférence sont bloqués. [...] On n'utilise pas la dictée numérique, malgré une demande récurrente* ».

> **Les professionnels attendent que l'on installe des outils qui peuvent faire gagner du temps** : « *tous les outils qui peuvent faire gagner du temps au soignant sont un plus et ce temps gagné il est donné au patient* » explique le Dr François Dolveck , directeur médical Samu 77, chef du département de médecine d'urgence Hôpital de Melun. Il poursuit avec un exemple concernant les urgences. « *Il y a des outils que je connais que nous n'avons pas et qu'il faudrait qu'on installe : [par exemple] tout ce qui touche la gestion de tension avec des indicateurs pour les équipes d'encadrement* ». Il y a une place pour le développement d'innovations au service des professionnels.

Au-delà du retard d'informatisation de certaines structures, qui pénalise la mise en place d'outils métier efficaces, **des fonctionnalités spécifiques sont aussi évoquées pour améliorer le périmètre fonctionnel des outils existants. C'est le cas en particulier de la signature électronique**.

Jacques Léglise, évoque le « *besoin de solutions fonctionnelles simples intégrées aux outils métier pour la signature électronique, avec prise en compte de l'ensemble des sujets réglementaires et économiques que cela implique ».* En ville, les médecins libéraux sont aussi confrontés à ce besoin de signer électroniquement les documents numériques générés par la téléconsultation : *« [le logiciel métier] ne permet pas de signer électroniquement les certificats, ordonnances, attestations, comptes-rendus* », explique un médecin généraliste.



2.2. UNE PLACE ET AUTONOMIE DES PATIENTS RENFORCÉS

La crise a fait la démonstration à grande échelle de l'utilité du numérique pour donner une plus grande autonomie aux patients dans la prise en charge de leur pathologie (télésuivi, télésurveillance médicale), ou de renforcer leur capacité d'évaluation et d'orientation (auto-évaluation, pré-orientation). Elle a également montré l'importance des initiatives des patients pour se rassembler autour de problématiques communes, grâce au numérique. Enfin elle a transformé leurs relations avec les professionnels de santé.

TÉLÉSUIVI / TÉLÉSURVEILLANCE MÉDICALE

Usage constaté et outils utilisés

> « ***39% des médecins ont fait appel au télésuivi en Île-de-France pour les patients suspects Covid et Covid +[15]*** »

Le télésuivi pendant la crise a principalement été mis en place pour du suivi post-hospitalisation et pré-hospitalisation en lien avec la Covid.

Des outils créés ou adaptés spécifiquement pour les patients Covid

Des plateformes de télésuivi dédiées aux patients suspectés de Covid ont été massivement utilisées, souvent portées par des établissements sanitaires, comme l'AP-HP avec la participation de l'*URPS* Médecins libéraux : sur Covidom, 64 000 patients avaient été suivis au 12 juin[16]. D'autres solutions ont aussi été utilisées sur le même principe comme e-Covid en Île-de-France, Lifen Covid[17] sur le Grand-Est, Covid-APHM[18] en PACA ou Rafael Covid-19[19] dans la région bordelaise.

Des solutions de télésuivi post-opératoire existantes ont été adaptées pour suivre en post-hospitalisation des patients Covid, avec des questionnaires adaptés. C'est le cas par exemple de l'Hôpital du Puy-En-Velay, qui avait déployé un outil pour le suivi des patients en chirurgie ambulatoire. Au début de la crise, l'établissement a eu l'idée de l'utiliser pour faire le suivi des patients Covid, et ainsi suivre un millier de patients à leur domicile[20]. Autre exemple, TéléO en Occitanie. « *La souplesse du digital a permis d'adapter en temps réel les outils existant pour faire face au suivi de patients Covid. Nous en avons profité pour élargir le déploiement des outils à plusieurs établissements pour être prêts* » indique un responsable innovation santé privée.

Plus de télésuivi pour les patients chroniques en période Covid

Des services de télésuivi déjà disponibles ou en voie de l'être ont aussi été proposés pour rendre les patients plus autonomes ou faciliter la prise en charge de pathologies chroniques face au Covid. C'est le cas par exemple de Cureety[21] et AKO@pro pour les patients atteints d'un cancer, de MSCopilot[22] pour la sclérose en plaques, ou encore de e-Fitback pour la chirurgie ambulatoire.

[15] « **L'impact du Covid-19 sur la pratique médicale en Ile-de-France** », URPS médécins libéraux île-de-france, 11 juin 2020. [En ligne]
[16] « **Un dispositif de suivi connectant le patient et les professionnels de santé** », Nouveal, 12 juin 2020. [En ligne]
[17] « **Coronavirus: Lifen publie une application de suivi des patients en quarantaine** », Tic santé par L.Caravagna, 11 mars 2020. [En ligne]
[18] « **Covid-19 AP-HM , l'intelligence numérique au service des patients Covid 19 de l'AP-HM** », Hôpitaux universitaires de marseille, 24 mars 2020. [En ligne]
[19] « **Le CHU de Bordeaux lance l'application «Rafael Covid-19» pour le télésuivi des patients à domicile** », Tic santé par W. Zirar, 10 avril 2020. [En ligne]
[20] « **Comment un outil de télésuivi a permis au CH du Puy-en-Velay d'anticiper des arrivées aux urgences** », Tic santé par S. Neulat, 23 juillet 2020. [En ligne]
[21] « **Communiqué de presse** », Aztraneca, 2020. [En ligne]
[22] « **Communiqué de presse du 9 juin** », Ad Scientiam, 9 juin 2020. [En ligne]

Par exemple pour AKO@pro, « *dès le début de la crise, nous nous sommes réunis pour mettre en place un outil pour nos patients plus autonomes. Nous avons donc développé Ako@pro, une application mobile qui permet au patient de remplir régulièrement un questionnaire, auquel s'ajoutent des mesures grâce à une balance ou un saturomètre par exemple. Nous fournissons si besoin le matériel nécessaire au patient pour mesurer ces paramètres. Le projet a démarré à Strasbourg pour les cancers du poumon et nous l'avons ensuite élargi à d'autres types de cancers (rein, sein, foie)* », explique la fondatrice d'un réseau de patients.

Le télésuivi a aussi pu être réalisé par téléphone, moyen le plus immédiat et le plus commun à tous pour l'échange entre le patient et un professionnel de santé.

Certains pharmaciens ont utilisé ce moyen pendant le confinement : « *[nous avons appelé] tous les patients malades chroniques et personnes âgées pour s'assurer de leur présence, de leurs besoins en traitement, et éviter des ruptures de soins* » témoigne Bruno Laurandin.

Des outils « *grand public* » permettant de faire des visioconférences de suivi ont également été utilisés, pour suivre des programmes de rééducation ou garder le lien avec les patients (cf partie Téléréadaptation / telérééducation), en utilisant les mêmes outils que ceux que les professionnels ont utilisés pour le travail collaboratif.

Des innovations dans le télésuivi

L'usage d'objets connectés par des patients équipés a pu permettre ponctuellement de suivre des paramètres physiologiques pour enrichir le télésuivi. Cependant, sans protocolisation ni temps suffisant pour préparation, et sans campagne d'équipement, ceci est resté largement anecdotique.

Par ailleurs, un « *télésuivi infirmier* » (relevant du télésoin) a été rendu possible par la réglementation, mais a priori très marginalement utilisé du fait de la téléconsultation médicale possible. En effet, l'un des décrets d'ouverture de la télémédecine à tous[23] a temporairement autorisé un remboursement dérogatoire des actes de « *télésuivi* » infirmier[24]. Il y a ainsi eu une ouverture du télésoin infirmier via ce « *télésuivi Covid* ». Auparavant, le télésoin infirmier consistait seulement en l'accompagnement à la téléconsultation entre un médecin et un patient. Le télésuivi infirmier est un acte sur prescription médicale mais l'infirmier peut choisir d'effectuer ce suivi en présentiel ou non en fonction de l'état du patient.

[23] « **Covid-19: sages-femmes, orthophonistes, infirmiers, médecins… télémédecine pour tous!** », Tic santé par W.Zirar, 7 avril 2020.
[24] « **Coronavirus : un décret autorise temporairement un remboursement dérogatoire des actes de télésuivi infirmier** », Tic santé par W.Zirar, 20 mars 2020.

FREINS IDENTIFIÉS

- **Pour les acteurs de la prise en charge médicale, le suivi à distance peut être chronophage quand il s'ajoute à la file active de patients.** C'est le cas par exemple pour les médecins libéraux avec l'application Covidom : l'absence de notification automatique concernant l'état de leurs patients oblige les médecins à se connecter régulièrement. Un autre exemple a été cité par un psychiatre qui a pu mieux suivre la progression de ses patients mais avec un risque de « *submersion* ». Il faut aussi former les médecins à ces nouveaux outils et à cette gestion d'alertes.

- **Les structures de santé sont confrontées à une grande quantité et variété d'outils de télésuivi,** souvent spécialisés par pathologie pour répondre à des besoins spécifiques. Elles ont été beaucoup sollicitées pendant la crise par des industriels proposant ce type de solutions. « *[Ces outils de télésuivi] peuvent-ils être factorisés dans un outil commun paramétrable ou doivent-ils être spécifiques ?* » s'interroge un DSI d'un groupe hospitalier.

- **Le remboursement par l'Assurance Maladie du télésuivi est encore limité.** Aujourd'hui les remboursements de l'Assurance Maladie sont restreints à des solutions spécifiques comme MooveCare pour le suivi des cancers du poumon, de l'insuffisance respiratoire ou certaines expérimentations « *article 51* ».

- **L'usage d'objets connectés pour la télésurveillance des patients et la gestion des alertes qui en découlent éventuellement nécessite de solliciter une équipe soignante et médicale** qui sait analyser et a un temps dédié pour le faire. Delphine Mainguy, directrice générale France de Maisons de Famille précise effectivement que la télésurveillance « *pourrait constituer un niveau de réassurance pour nos équipes, avec notamment des devices connectés de télésurveillance la nuit où les équipes sont moins nombreuses. Cependant, c'est bien d'avoir des «devices» qui télésurveillent, mais il faut quelqu'un derrière qui sait l'analyser. Cela pose une question de responsabilité* ». Cela pose également la question du financement de l'équipement du patient, et la responsabilité des professionnels dans ces dispositifs, par exemple quand le contenu n'a pas été analysé alors qu'il peut être urgent et/ou critique. A ce propos, se pose le problème de la pertinence des algorithmes de gestion des alertes : faut-il générer « *trop* » d'alertes au risque d'être submergés ou « *pas assez* » au risque de passer à côté de situations critiques ?

- **Pour certains patients, des auto-questionnaires diffusés pendant la crise ont semblé parfois inadaptés :** « *les patients l'ont utilisé mais ils trouvaient que c'était trop prenant et trop lourd à remplir, notamment quand tout allait bien* », selon un médecin généraliste. Ce qui rappelle l'importance de concevoir des solutions simples et ergonomiques pour les patients.

BÉNÉFICES IDENTIFIÉS

- **Le télésuivi a facilité l'accompagnement à domicile de patients post-Covid,** qui n'ont pas eu de formes graves ou d'effets indésirables lourds mais que l'on devait suivre le temps de s'assurer qu'il n'y aurait pas d'évolution à risque, cela a permis une meilleure gestion de ces flux de patients qui sortaient de l'hôpital.

- **Il a parfois permis d'accélérer la sortie des patients non Covid pour libérer des places/lits et limiter les risques de contagion.** Elise Cabanes, témoigne que : « *Nous aurions pu éviter des morts si de tels dispositifs [de télésurveillance] avaient été généralisés et soutenus* ».

- **Il a permis de suivre les patients contagieux en diminuant fortement les risques de contamination** entre patients ou avec les professionnels de santé (le taux de contagion entre patients et professionnels étant très élevé).

- **Il a permis de garder le lien avec les patients nécessitant un suivi régulier** et dont les consultations avaient été déprogrammées.

ET MAINTENANT

Si la prise en charge en télésuivi a démontré son utilité dans la gestion des patients Covid, elle semble aussi avoir pris une place laissée vacante par des soins programmés, pour développer l'autonomie des patients et poursuivre la prise en charge à distance.

Au-delà de ce contexte d'usage spécifique à la crise, elle pourrait donc fournir de nouveaux services de suivi étendus à d'autres pathologies (chroniques ou aigues suite à une hospitalisation), et associant plus de professionnels médicaux.

En effet, pendant la crise, ce sont particulièrement les établissements sanitaires qui ont le plus largement outillé le télésuivi en s'appuyant sur leurs équipes de soignants. Il semblerait cependant que tous les professionnels du cercle de soins du patient aient intérêt à participer à ce télésuivi.

Cela a notamment du sens dans le cadre des téléconsultations. « *S'il n'y a pas d'outils [de télésuivi], il y a quand même un risque de sous-consultation, parce que le médecin n'aura pas forcément assez de données pour poser un diagnostic fiable et le simple avis du patient n'est pas suffisant. [...] Selon nous, il faudrait donc enrichir la consultation à distance de données de suivi. Des initiatives comme Capri*[25] *ont montré tout l'intérêt de la remontée de ces informations* », selon une association interrogée.

Parmi les idées qui ont pu être évoquées au cours des entretiens, on peut préciser que le télésuivi :

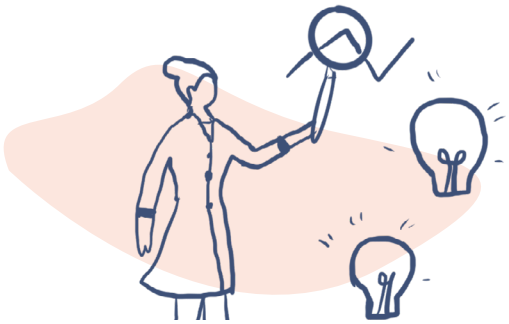
- **pourrait être proposé automatiquement à chaque patient suspect ou infecté** par un virus contagieux, pour privilégier les soins à domicile (SSIAD/ ...) ou en structure adaptée (EHPAD**/...**) qui limitent les risques de contagion.

- **pourrait participer plus fréquemment au suivi des pathologies chroniques en pré ou post-opératoire (court terme)** quand les évaluations démontrent une diminution importante des risques de complications / hospitalisation par l'usage de tels systèmes. Il pourrait par exemple être évalué pour : le diabète, les sorties de chirurgie cardiaque, les suivis de l'insuffisance cardiaque, des greffes, de la chirurgie bariatrique, du post-partum, le suivi psychiatrique, les chimiothérapies, la dermatologie ....

- **devrait associer et informer tous les professionnels du cercle de soins du patient,** lors de son inclusion dans un outil de télésuivi, en proposant par exemple des alertes lorsque le patient a nécessité un appel ou une prise en charge, en permettant au patient de gérer son télésuivi et les accès à ses informations.

- **L'usage des objets connectés devra être étudié et adapté au niveau d'autonomie et aux besoins des patients,** que ce soit pour l'auto-surveillance de patients autonomes avec un kit d'objets connectés comme Pheal[26] par exemple dans le cas de la mucoviscidose, ou un suivi à distance de patients peu autonomes qui permet au soignant de relever lui-même les constantes comme Ako@Dom par exemple, ou au sein d'EHPAD pour seconder les soignants la nuit quand les équipes sont moins nombreuses.

Ces évolutions nécessitent de travailler à des formes spécialisées de télésuivi, adaptées à de nouveaux contextes (expérience utilisateur, algorithmes) et au niveau d'autonomie des patients. Il pose la question du porteur de la plateforme et de l'organisation médicale associée : quelles données peuvent être gérées uniquement par des algorithmes ? Quels professionnels de santé doivent consacrer du temps à ces établissements et avec quel mode de rémunération ? Quelle(s) structure(s) doivent porter ces plateformes au service des acteurs du cercle de soins et du patient, avec des exigences parfois fortes comme un suivi de 8h à 20h, 7 jours sur 7[27] ?



[25] « **ASCO 2020. Capri, un dispositif de télémédecine pour le cancer** », Sciences de l'avenir par S.Riou-Milliot, 29 mai 2020.
[26] « **Les initiatives des acteurs du supérieur #Covid-19** », ministère de l'enseignement supérieur de la recherche et de l'innovation, 2020.
[27] «**Des plates-formes assurent le suivi des malades infectés par le coronavirus à domicile**», le monde par P. Mouterde, 1 avril 2020.

AUTO-ÉVALUATION ET PRÉORIENTATION DU PUBLIC

La crise a fait apparaître l'intérêt potentiel de solutions d'évaluation de l'état de santé et de la gravité des symptômes des patients, que le grand public peut utiliser pour s'auto-évaluer.

Usage constaté et outils utilisés

Préorientation des personnes

De manière basique, il s'agit en premier lieu de tous les outils qui ont pu se développer pour **permettre, à l'entrée d'un établissement de santé, de filtrer les personnes,** selon qu'elles soient ou non susceptibles d'être atteintes du Covid. Par exemple les bornes automatiques de prise de température ou autres paramètre vitaux (rythme cardiaque, etc.), à l'entrée des centres Covid.

Auto-évaluation des personnes pour mieux les orienter dans un type de prise en charge

Il s'agit d'un usage encore naissant faisant le plus souvent appel à des algorithmes d'intelligence artificielle. Il a ainsi pu se développer pendant la crise quelques outils **permettant aux personnes de s'auto-évaluer sous forme d'une sorte de** « ***pré-consultation*** », afin de mieux appréhender leur situation en fonction de leurs symptômes, estimer s'ils avaient des chances d'être atteints du Covid, s'orienter au mieux vers les urgences ou d'autres professionnels. Par exemple, savoir s'ils devaient plutôt s'orienter vers une consultation en présentiel ou une téléconsultation, ainsi que faciliter le travail subséquent des professionnels en fournissant des éléments pré-renseignés.

Ceci a pu prendre la forme d'applications smartphone, chatbots ou sites internet. Ainsi par exemple :

- Une startup a proposé l'application MEDVIR qui permet aux patients de remplir un auto-questionnaire par rapport à la maladie et ainsi de « *s'auto-tester* ».

- « *Un algorithme a été construit par un conseil scientifique nommé CovidTélé pour orienter les personnes en fonction de leurs symptômes* » (et utilisé par le site maladiecoronavirus.fr développé par Docaposte), explique Hela Ghariani. Elle poursuit *: « un partenariat a été lancé avec l'Institut Pasteur et le Health Data Hub pour consolider les données issues des services numériques ayant intégré cet algorithme et pouvoir lancer des travaux de recherche. Cela a été particulièrement utile quand on découvrait de nouveaux symptômes* ».

- Docaposte a mis en place, avec l'aide de partenaires, le site maladiecoronavirus.fr, dans l'optique de faire de l'orientation patients via des questionnaires. Jusqu'à 200 000 patients par jour se sont connectés au site.

- « *Un oncologue du Mans avait précédemment mis au point une application concernant les patients atteints d'un cancer broncho-pulmonaire reconnue comme Dispositif médical pris en charge par l'Assurance Maladie. Pendant la Covid, il a mis en place en collaboration avec l'Institut Pasteur et d'autres acteurs une plateforme qui, en rentrant votre âge, vos symptômes, vos antécédents, vous dit si vous avez peut-être contracté la Covid et si un dépistage est nécessaire ou seulement de rester prudent et de surveiller. Cela pour illustrer ce qui correspond à des besoins pratiques dans le quotidien et destinés au grand public, dans une une démarche d'auto-évaluation de sa situation* », précise un interviewé.

FREINS IDENTIFIÉS

- **Les systèmes d'auto-évaluation demandent parfois un temps de conception relativement long pour être vraiment efficaces,** combinant des auto-questionnaires bien structurés avec des algorithmes d'intelligence artificielle ad hoc, faute de quoi ils restent des outils avec une efficacité douteuse.

BÉNÉFICES IDENTIFIÉS

- En guidant mieux le grand public dans sa compréhension de la maladie et dans son recours au système de soin, ces outils **évitent des appels ou des arrivées intempestives aux urgences.** Cela permet aussi de prévenir un engorgement, et d'éviter de saturer les médecins traitants avec des appels téléphoniques permanents.

ET MAINTENANT

La préorientation des personnes dans les établissements de santé a été évoquée dans les entretiens pour mieux se préparer à d'éventuelles nouvelles crises : « *On rencontre une société prochainement pour la mise en place d'une station connectée de prise de température. Il s'agit d'une borne automatique qui prend la température des gens qui rentrent dans le centre. On anticipe une potentielle deuxième vague, mais également la grippe. Avec la grippe, on ne saura plus ce qui est « Covid », « pas Covid »* », commente un centre municipal de santé interrogé.

Concernant l'auto-évaluation des patients, à ce stade et dans nos entretiens, **il s'agit encore essentiellement de souhaits des professionnels pour mieux orienter les patients,** comme en témoigne Anne Gross : « *Il faudrait mettre en place une « pré-consultation » c'est-à-dire le fait de pouvoir « trier » les patients (effectuer un triage grossier) et savoir avec lesquels il est possible de faire une téléconsultation, car le dispositif n'est pas adapté à tous les patients. Une startup fait de la « pré-consultation » avec de l'IA et des pré-diagnostics pour éviter certaines consultations* ». Elle poursuit : « *Il faudrait un système qui trie et propose : qui prend en charge la personne ? Quel est le professionnel de santé le plus efficace par rapport à la demande ?* ».

PATIENTS RASSEMBLÉS PAR LE NUMÉRIQUE

Pendant la crise sanitaire, en Île-de-France comme dans tout le reste de la France, les échanges physiques ayant été fortement restreints, les patients (comme le reste de la population), ont largement utilisé les outils numériques pour échanger, s'informer, se rassembler. Le sujet traité ici est celui des **initiatives entre patients,** par opposition à l'information et l'éducation du grand public par des institutionnels, structures de santé, ou des médias (cf partie Des outils pour plus de liens).

Usage constaté et outils utilisés

« Le numérique, c'est aussi un immense réseau de média fluides et interactifs, les gens se sont servis du numérique pour témoigner sur leur expérience et cela permet un échange fluide et facilité. »

Laurent Marty, anthropologue

Certaines initiatives portées par des associations de patients existaient déjà en amont de la crise et ont été fortement accélérées, ou ont pris d'autres formes. D'autres se sont créées spécifiquement pendant la crise sanitaire. **Elles ont permis aux patients construire ou de maintenir un lien entre eux pendant la crise, souvent autour d'une pathologie, constituant ainsi une communauté de patients.**

Pour maintenir le lien entre les patients atteints d'une même pathologie et continuer à les accompagner, des associations ont créé des « cafés virtuels » en remplacement de « *cafés réels* », par exemple dans le cadre des réseaux « *Patients en réseau* » (Mon réseau cancer du sein, Mon réseau cancer du poumon, Mon réseau cancer gyneco, Mon réseau cancer colorectal). « *Cela nous a même permis d'aller plus loin qu'avant. En effet, cela permet de rassembler plus de personnes étant donné que même les gens qui sont d'habitude trop loin pour venir peuvent participer. Nous avons donc accueilli de nouvelles personnes dans notre réseau et eu de nombreux retours positifs. Nous souhaitons continuer à proposer ce type de contenu, pour permettre aux personnes isolées de garder un lien* » explique une personne impliquée dans ces réseaux.

La crise sanitaire a aussi pu donner l'idée à certaines structures de créer à l'avenir des « *café jeunes* », notamment pour permettre aux adolescents faisant l'objet d'un suivi psychologique de pouvoir échanger sur des problèmes communs. Un centre municipal de santé interrogé a également fait part de son intention de créer un compte Instagram afin de « *favoriser le partage et les échanges entre les personnes de cette tranche d'âge* ».

Des lignes d'écoute des patients chroniques ont été mises en place, en urgence, au début de la crise sanitaire, comme « *la ligne C* » (qui a géré plus de 1 000 appels) dont l'objectif a été de « *répondre à des questions d'ordre très général sur la Covid et d'orienter les gens vers des sources d'information fiables et vérifiées selon leur pathologie mais il ne s'agit pas de donner des conseils médicaux* »[28] ou comme Doctoderm[29].

[28] « **La Ligne C, une ligne téléphonique d'écoute pour les patients chroniques sur Covid-19** », Compare la communauté de patients pour la recherche, 16 avril 2020.
[29] « **Doctoderm** », Ionos, 2020.

Anne Schweighofer, explique : « *On l'a fait par téléphone car dès le début du Covid, on a reçu des appels, pas des mails, rien d'autre. Le téléphone est commun à tous, et on ne voulait pas exclure les gens. Le téléphone est plus immédiat. Tout le monde n'a pas envie de se mettre sur une appli pour parler de son stress lié au Covid* ». Par ailleurs, « *pour la Ligne C, 40% des appels concernaient une demande d'information, ce qui montre qu'il y avait un vrai manque d'informations. Plus de 90% des appels que l'on recevait venaient de malades chroniques*[30] ». Elle précise également que : « *[par la suite,] de nombreuses lignes dédiées à un territoire ou à une pathologie [se sont mises en place,] comme des lignes pour le cancer ou le diabète par exemple. On s'est alors mis à réorienter les appels vers ces lignes-là. Le SAMU social et la Croix Rouge ont ensuite proposé leurs dispositifs. Enfin, dans une sorte de troisième vague, j'ai reçu en tant que patient chronique une invitation à consulter mon médecin. La réponse étatique est arrivée à ce moment-là pour prendre le relais de nos appels qui se sont arrêtés.* »

Il y eu aussi beaucoup de webinars d'information patients, des web-radios étaient plus actives pendant la crise aussi, comme La Pastille[31].

Les patients se sont aussi rassemblés autour de **télé-ateliers,** comme ceux organisés par les associations Etincelle ou Rose up[32] avec la participation de professionnels de santé et de patients pour des témoignages. Ces ateliers à distance ont pu être des séances de danse, de sport, de réflexologie, de sophrologie, de l'art thérapie, de coaching professionnel, des groupes de paroles, ou des échanges avec des intervenants professionnels précis parlant par exemple du retour au travail.

[30] « **La Ligne C, une ligne téléphonique d'écoute pour les patients chroniques sur Covid-19** », Compare la communauté de patients pour la recherche, 16 avril 2020.
[31] « **La pastille co** », La pastille, 2020.
[32] « **Les Webinaires Rose Up** », Rose up, 25 septembre 2020.

FREINS IDENTIFIÉS

- Ces différentes initiatives reposent le plus souvent sur un **effort bénévole qui trouve vite ses limites.** Anne Schweighofer indique : « *nous avons dû arrêter malheureusement parce qu'on n'a pas eu assez de subventions et qu'un tel dispositif demande beaucoup d'argent pour la communication et car les gens ne pourront pas rester bénévoles éternellement. [...] J'aurais bien aimé que cela perdure mais notre équipe et moi-même étions complètement épuisés.* »

- Pour des activités sur les réseaux sociaux, **l'outil ne « *coûte rien* », mais cela change si des moyens supplémentaires sont nécessaires** (par exemple des lignes téléphoniques, s'il faut salarier des personnes, etc.), il faut alors un soutien public via des subventions par exemple, et la question du modèle économique se pose.

BÉNÉFICES IDENTIFIÉS

- **Grâce au numérique, le patient peut maintenir le lien avec une communauté** d'autres patients qui partagent les mêmes problématiques. Cela compense parfois un sentiment de désorientation : « *il est plus compliqué que ce que l'on croit d'être le patient. En tant que patient, nous n'avons pas d'interlocuteur régulier, mais plutôt une multitude dans laquelle il est facile de se sentir perdu. Il n'y a pas de fil conducteur* », explique une présidente d'association.

- **Ces initiatives ont parfois répondu à un besoin ciblé et précis, qui a pu pallier une offre parfois perçue tardive, généraliste et dispersée des institutions et des structures de santé qui ont pris le relais ensuite.** A titre d'exemple, à propos de la ligne C, sa fondatrice précise que « *pendant la crise, nous étions les premiers à mettre en place ce service* ».

- **L'entraide proposée par les outils numériques a parfois permis aux patients de mieux vivre leur pathologie** pendant la crise Covid, d'autant plus en situation d'isolement. Dans un contexte de contacts limités avec les familles (visites interdites dans les services) et avec les soignants (pour limiter les risques de contagion), **le numérique a souvent été le seul lien entre le patient et le monde extérieur.** Ils ont pu s'entraider et mieux surmonter leurs difficultés.

⇨ **Ces initiatives ont contribué à une meilleure information collective** sur la situation très évolutive pendant la crise. Mieux informés, les patients ont pu mieux s'orienter et se soigner, devenir plus acteur de leur santé.

ET MAINTENANT

Ce mouvement d'échanges « *horizontaux* » entre patients vient compléter les traditionnelles relations « *verticales* » entre patients et professionnels. Il pourrait s'amplifier au-delà de la crise sanitaire, dans le contexte général de « *l'empowerment* » des patients, le patient étant de plus en plus acteur de son parcours.

RELATION PATIENT / PROFESSIONNEL DE SANTÉ

La crise Covid a profondément transformé les relations entre patients et professionnels de santé :

- ⇨ D'une part l'utilisation massive d'outils numériques a placé les patients et les professionnels de santé dans une situation de « *proximité numérique* » inédite (usages liés au numérique).

- ⇨ D'autre part, la contagiosité du Covid a introduit dans la pratique médicale et soignante des nouvelles règles qui ont perturbé le déroulement classique des prises en charge (usages non liés au numérique) et le « *colloque singulier* » entre patient et médecin.

L'usage constaté

« A mon sens, et pour une fois, les outils numériques sont devenus un moyen de rapprochement des personnes, des patients avec leurs soignants. Ils ont permis de dépasser les craintes, la gêne habituellement liés à leurs usages. [...] Ce rapprochement est une opportunité dans la relation soignants/soignés ».

Giovanna Marsico, Déléguée au Service Public d'Information en Santé [SPIS] Santé.fr

La situation de l'urgence sanitaire et le confinement ont amené les professionnels de santé à se rendre plus accessibles pour assurer le suivi de leurs patients, notamment via des outils de téléconsultation, mais très souvent aussi par téléphone.

Les patients ont donc pu contacter de manière beaucoup plus rapide et beaucoup plus simple leur médecin, sans « *filtre* ». Ils ont fréquemment appelé pour demander un avis et pas uniquement pour une consultation « *officielle* ».

Le numérique introduit un « *tiers* » dans la relation patient/soignant et peut changer le rapport d'équilibre..

> « *Le patient peut-être plus à l'aise que le médecin, qui n'est plus l'expert unique. L'outil technologique biaise la relation, le médecin peut apparaître moins expert que le patient sur le champ du numérique* » selon un DSI hospitalier.

FREINS IDENTIFIÉS

- **L'instantanéité de l'adressage par des moyens numériques ont pu laisser penser au patient que le professionnel de santé pouvait répondre en permanence. Il y a eu un risque de « *submersion* » et de burn-out chez les professionnels.** Par ailleurs ces nouveaux canaux posent des questions de responsabilité : « *un patient peut m'envoyer plusieurs mails ou des messages urgents et le contenu n'est pas analysé. C'est pourquoi beaucoup de médecins sont frileux aux messages directs avec les patients. On ne peut moralement pas réagir tous les jours de la semaine ou le week-end. Avant la Covid, je n'avais pas eu trop de problèmes par rapport à ça mais il y a eu de l'abus pendant cette période.* » explique Anne Gross.

- **Le déroulement de la consultation est différent et nécessite plus de préparation par le professionnel de santé pour qu'il soit à l'aise :** « *l'interrogatoire devient majeur en téléconsultation, [...] on est obligé de beaucoup reformuler et de faire plus d'éducation thérapeutique. Pour cette pratique en tant que médecin, il faut être à l'aise avec la méthode, l'interrogatoire et les formulations* » précise Laurence Luquel.

- **Tous les contacts téléphoniques supplémentaires** (pour « *avis* » par exemple) ont « *empiété sur le temps de consultation et ont pu prendre plusieurs heures chaque jour* », comme l'évoque un médecin généraliste, sachant qu'aucune rémunération ne permet de le gérer dans le cadre du travail normal. Il poursuit : « *[Les patients] ont pris l'habitude d'un accès direct. Ils ne perçoivent pas que c'est un privilège et que ce n'est pas une situation normale* ».

BÉNÉFICES IDENTIFIÉS

- **Pour beaucoup de patients déjà acculturés aux outils numériques grand public, la crise a permis de combler un retard** dans la simplicité d'accès et d'échange avec les professionnels de santé. Elle leur permet de les solliciter avec les mêmes moyens qu'ils utilisent dans la vie de tous les jours, introduisant ainsi une plus grande proximité avec les professionnels. Lionel Reichardt, fondateur de 7C's Health et co-fondateur du club Digital Pharma, explique que : « *pour le médecin, cela a permis de faire un état des lieux pour savoir où il en était sur ces aspects techniques et s'il voulait poursuivre. [...] Certains patients veulent changer de médecin car ils ne sont pas passés à la téléconsultation* »

- **Le contexte d'usage des outils numériques** (notamment de téléconsultation), en situation « *écologique* » dans l'environnement habituel du patient, **a permis à celui-ci d'être plus à l'aise**. « *On perd le côté souvent anxiogène de la venue à l'hôpital* », selon un DSI hospitalier.

- La téléconsultation « *remet tout le monde au même niveau, dans le respect* » explique Laurence Luquel. Elle poursuit en indiquant : « *il y a une réelle qualité pour le patient (moins de fatigue, moins de stress). L'interrogatoire devient majeur en téléconsultation, la relation de confiance est plus importante car moins de hiérarchie. La posture de sachant est modifiée. le patient reprend sa place d'homme* ».

ET MAINTENANT

A la faveur de la crise, le professionnel de santé est devenu quelqu'un de plus proche (je peux le joindre plus facilement) et de plus sympathique (il est comme moi il tombe malade et il a pris des risques pour nous soigner) que l'on peut contacter par des outils numériques que l'on utilise dans la vie de tous les jours.

« *Il y a eu plus d'empathie pour les soignants de la part des patients. Cette crise a rapproché les gens car tout le monde était dans la même galère* », explique une Anne Schweighofer.

Si cela peut être vécu comme une évolution salutaire par les patients, cela s'accompagne d'exigences et de contraintes fortes pour le professionnel de santé. Il paraît donc essentiel d'instaurer un cadre et de réguler ces échanges, s'ils se poursuivent après la crise. Comment former les professionnels aux rapports à adopter avec les patients ? A l'usage des outils numériques pour ne pas être démunis ? Comment s'assurer que le dialogue et le suivi du patient à distance ne vont pas submerger le professionnel ?

Les constats que nous avons recueillis montrent qu'il faudrait « *des limitations dans l'échange pour sécuriser le patient et éviter le burn-out du médecin* » comme évoqué par Anne Gross.

En termes d'outils, pour revenir à des usages plus sécurisés, une messagerie sécurisée pourrait être mise à disposition des patients pour échanger avec les professionnels de son cercle de soins, une fonctionnalité prévue dans la feuille de route ministérielle de l'*ENS*.

« *C'était initialement une crainte des professionnels mais finalement ils ont été amenés à échanger sur messageries non sécurisées pendant la crise, cela leur aurait été bien utile* » précise Hela Ghariani.

2.3. COORDINATIONS ET INTERACTIONS VALORISÉES

La crise a démontré le besoin impératif de se coordonner entre acteurs grâce au numérique, que ce soit pour échanger des données médicales, pour partager des bonnes pratiques ou tout simplement travailler ensemble entre confrères. Le numérique a également été un moyen essentiel pour coordonner la réponse à la pandémie à une échelle régionale ou nationale, que ce soit en termes de suivi des capacités, des ressources ou des données médicales. Cette crise a finalement démontré le besoin des services socles nationaux de la feuille de route numérique Ma Santé 2022.

TRAVAIL COLLABORATIF ENTRAIDE ET PARTAGE D'EXPÉRIENCE

Il s'agit ici tout d'abord de **travail collaboratif** à distance entre professionnels de santé hors données médicales, pour par exemple réaliser des téléréunions de staff. Plus généralement, il s'agit des **initiatives prises pour s'entraider et partager l'expérience** entre professionnels de santé.

Usage constaté et outils utilisés

Le travail collaboratif à distance a explosé pendant la crise. Les outils grand public avec leur capacité à proposer de la visioconférence et des espaces partagés, en supportant des usages grandissants, ont été très utilisés entre confrères pour échanger rapidement et efficacement.

Cela s'est fait par la force des choses avec la généralisation du télétravail. L'ensemble des outils du commerce se retrouvent dans les usages, comme par exemple WhatsApp, Zoom, la suite Google, Microsoft Teams, Skype, SharePoint, Twitter, Slack, Whereby, etc. On a ainsi assisté à la multiplication de groupes privatisés sur ces mêmes outils, par thématique ou spécialité médicale, ou encore localisés géographiquement mais pluridisciplinaires et transversaux en termes de spécialité médicale. En utilisant ces outils du commerce, les professionnels avaient souvent conscience des risques pris sur la confidentialité de certaines données échangées, mais ont déclaré n'avoir pas le choix.

Les web et visio-conférences

« ***La visioconférence s'est imposée pour rester en contact et continuer à travailler ensemble*** *malgré l'interdiction des déplacements et des regroupements* », témoigne Virginie Drecq.

Un DSI hospitalier revient sur l'évolution des usages dans son établissement : « *Historiquement, la visioconférence était un peu lourde à organiser avec quelques salles équipées [...]. Il fallait réserver la salle équipée sur le site, l'usage n'était pas très ergonomique, l'adoption était assez limitée, les gens continuaient à se voir en présentiel. La crise a créé le besoin d'un outil du jour au lendemain [Il y a alors eu pendant la crise] le déploiement de Teams dans tous les contextes possibles, sur 2 000 postes* ».

Les plateformes d'échange ou forums professionnels

Il y a également eu recours à des forums professionnels déjà constitués ou certaines plateformes spécialisées d'échange entre pairs professionnels, mais également, de « *simples* » échanges de mails. Par exemple des outils comme Meredith Santé (qui permet, pour les professionnels de santé, de trouver les coordonnées directes d'un autre professionnel de santé en ville ou à l'hôpital), ou Team'Doc ont été déployés.

Ce dernier a été « *déployé à l'Hôpital Bichat puis ensuite sur les 38 hôpitaux de l'APHP : c'est une messagerie instantanée entre professionnels de santé pour communiquer entre eux sur le suivi des patients. Cela a permis deux choses : aux médecins réanimateurs d'échanger entre eux pour qu'il y ait une uniformisation des pratiques dans les hôpitaux et un échange de bonnes pratiques* », précise Myriam Oukkal. Autre exemple centré sur les soins infirmiers, Tuttis, plateforme collaborative d'entraide professionnelle, permettant aux infirmiers d'échanger leurs savoirs, de surmonter leurs difficultés et d'analyser leurs pratiques.[33]

Pour quels besoins ?

Les sujets traités dans ces échanges à distance étaient finalement les réunions habituelles des professionnels de santé : des staffs, des réunions de service, mais aussi des problématiques concrètes qui se posaient aux professionnels de santé dans leur pratique quotidienne, et pour lesquelles ils n'avaient pas reçu l'information suffisante.

Au sein des MSP il a pu être utilisé pour se coordonner en période de confinement, un médecin généraliste raconte : « *nous faisions 1 à 2 réunions par semaine, organisées par la coordinatrice, pour faire une visioconférence rapide entre un grand nombre de confrères médicaux et paramédicaux de la MSP* ».

Mais ils ont pu être utilisés dans des contextes bien plus variés, comme par exemple pour Virginie Drecq : « *les réunions du groupe de travail national domicile de la FEHAP toutes les semaines* » ou pour « *la participation à des jurys »,* et plus généralement, *« pour partager les savoirs et les savoir-faire* ». Un DSI hospitalier cite aussi les réunions de crise, de direction générale, les réunions informelles dans les équipes, en « *one to one* », ou enfin des partages avec des partenaires externes ou de l'événementiel.

Enfin, il convient de noter qu'il a pu y avoir dans certains groupes collaboratifs fermés un **continuum de discussions entre des sujets généraux, et d'autres concernant des cas patients relevant de l'échange et du partage de données de santé, intégrant flux vidéo et partage de données médicales.** Ce qui pose encore plus clairement le problème de la sécurisation de ces échanges et de leur confidentialité.

[33] « **Tuttis** », Tuttis soins infirmiers, 2020.

FREINS IDENTIFIÉS

Plusieurs types de freins ont été constatés à l'usage de ces outils collaboratifs grand public :

- **Des problèmes matériels** pour trouver webcams / micros / casques afin d'équiper tout le monde, sur site ou à distance, malgré des freins administratifs souvent levés.

- **Des blocages de l'accès aux outils du commerce,** non répertoriés en interne par les DSI des établissements.

- **Le manque d'habitude dans la gestion et la modération des visioconférences** : « *tout le monde parle en même temps* », ce qui a pu nécessiter de mettre en place une organisation avec de véritables animateurs.

- **Le manque de discernement dans la gestion des données partagées** sur les outils collaboratifs qui « *ne concernaient pas forcément tout le monde* », avec parfois « *trop de personnes dans les groupes créés* », poursuit le même médecin généraliste.

- **La fatigue visuelle et auditive** engendrée par les visioconférences a été citée par de nombreux professionnels, comme dans d'autres secteurs d'activité. ***« Les outils numériques ont permis d'enchainer les nombreuses réunions, c'était finalement une accélération des coopérations, rythme plus intense qu'en présentiel »***, indique un responsable innovation santé privée.

BÉNÉFICES IDENTIFIÉS

« Les utilisateurs avaient d'autres habitudes et n'y allaient pas forcément. [La crise] a été un formidable accélérateur de conduite du changement »

Un DSI hospitalier

- **Cela a aussi pu permettre de pallier l'insuffisance de l'information** lorsque c'était le cas, en privilégiant des échanges horizontaux « *pair à pair* » venant compléter les dispositifs d'information descendants.

- **L'usage de ces outils a facilité les coordinations et accéléré le travail** : « *Cela s'est avéré un bon outil. Ça nous a permis d'aller beaucoup plus vite, de nous coordonner rapidement* » explique un professionnel de santé. Un autre précise que « *tout le monde pouvait participer, donner son avis, se mettre au courant, même ceux qui n'avaient pas la possibilité de participer en présentiel* ».

- **Il a été constaté des bénéfices sur la cohésion de groupe,** l'usage de ces outils permettant à la fois de se retrouver entre collègues, de relâcher la pression, sans compter le fait de créer un sentiment de communauté : « *J'ai rencontré des médecins de la Pitié, ils étaient beaucoup sur slack, ont organisé des staffs dédiés [...]. Ils sont devenus des frères d'armes, ont appris à se connaitre entre spécialités [...] et se sont déclarés « Covidologues* » » explique Lionel Reichardt.

ET MAINTENANT

L'usage des outils collaboratifs semble parti pour durer, avec des usages recentrés, et en gardant à l'esprit un possible retour au télétravail en cas de nouvelle crise.

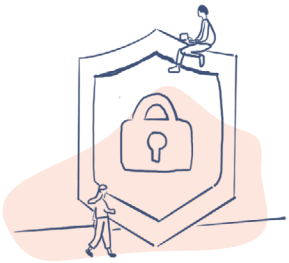
« *La pratique de la visio est rentrée dans les mœurs pour tout le monde, plus que la confcall d'ailleurs. Sur certains sujets/réunions importants, on se déplace parce qu'on a besoin d'être en face à face. Aujourd'hui on fait un mixte présentiel/distanciel, avec l'objectif d'aller au plus vite* », explique un responsable innovation santé privée.

« *Le groupe WhatsApp a été conservé mais ils en ont restreint les accès* » explique un médecin généraliste en évoquant un groupe WhatsApp ouvert pendant la crise dans le cadre d'une MSP. Il poursuit *: « Zoom est toujours utilisé mais les réunions sont espacées, toutes les 2 semaines, ce qui est pratique pour réunir tout le monde avec les contraintes d'agenda de chacun* ».

Un directeur de centre de santé commente : « *Nous prévoyons de nous appuyer sur Teams au sein du centre de santé pour certains usages à l'avenir. Tous les médecins auront accès à Teams à partir de septembre notamment. J'envisage en particulier de donner des heures de télétravail au médecin coordinateur en utilisant Teams* ».

Par ailleurs, certains projets pourraient voir le jour pour remplacer les outils du commerce par des solutions plus sécurisées. Un exemple à propos des messageries instantanées, évoqué par une des personnes interrogées : « *la crise nous a conforté dans le déploiement de ce projet. C'est un sujet très complexe, d'intégrer la mobilité dans les établissements. Tout le monde a fait – « à l'arrache - sur du téléphone perso. Quand on est en gestion de crise, on fait ce qu'on peut, mais ce n'est pas quelque chose qui doit perdurer après la crise. Je ne rêve que d'une chose, c'est de proposer un outil plus sécurisé que WhatsApp* à nos professionnels».

ECHANGE ET PARTAGE DE DONNÉES MÉDICALES



Il s'agit ici de la **coordination des professionnels de santé autour des parcours de soins dans la perspective de Ma santé 2022.** Cette coordination peut se faire entre professionnels de proximité, intégrant la notion d'ouverture ville-hôpital, et peut se traduire par des organisations spécifiques telles que des *CPTS* ou des *DAC* pour les parcours les plus complexes. Durant la crise, les CPTS ont d'ailleurs fait la démonstration de leurs capacités à coordonner et faciliter les liens, en « *fédérant les acteurs,[...] en créant le lien entre les acteurs de santé* », dans une logique transversale et pluriprofessionnelle.[34]

Usage constaté et outils utilisés

La crise a engendré un fort développement du besoin d'échanges et de partage de données médicales autour des parcours, notamment aux points de rupture de celui-ci. Il a concerné à la fois :

- **Des « *parcours Covid* »** pour assurer l'échange d'informations de l'hôpital vers la ville, quand le patient Covid termine sa prise en charge aigüe. « *La crise a fait naître un gros besoin de ce point de vue : [pour la] mise en place de filières de patients avec nos partenaires, en plus de celles qui existent déjà, cela nous aurait beaucoup aidés si ces outils avaient été déjà présents* », selon Jacques Léglise.

- **Mais aussi plus généralement pour des malades chroniques qui ont de fréquentes interactions avec le système de santé et dont la crise a désorganisé les parcours.** Myriam Oukkal : « *Le parcours de soins n'a pas été facilité pour tout le monde. Les patients non-Covid atteints de maladies chroniques, ceux qui devaient continuer à être pris en charge ou notamment ceux qui ont eu des AVC ou des Infarctus du myocarde ont été le plus impactés par la crise [...] Les patients atteints de maladies chroniques n'ont pas pu être accompagnés correctement [...] Ils ont été délaissés au détriment du Covid. Il n'y a pas eu de suivi de près ni de maintien du lien.* »

Différents outils ont pu être utilisé, on peut citer en premier lieu les plateformes d'échanges et coordination mises en place en Île-de-France comme *Terr-eSanté* **ou** *FILGERIA***.**

- Sur *Terr-eSanté* un module dédié « *e-Covid* » a permis de suivre Plus de 7 000 patients franciliens pendant la crise. La plateforme a par ailleurs été utilisée pour le suivi des parcours de malades chroniques déjà suivis avant la crise.

- Pour la coordination EHPAD / hôpital une plateforme dédiée *FILGERIA*[35] a été mise en place en appui aux EHPAD pour la prise en charge de patients Covid. Elle a permis de faciliter le partage d'information entre l'EHPAD, l'astreinte gériatrique territoriale, le SAMU et la garde de nuit régionale. Plus de 800 dossiers patients ont ainsi été créés depuis le début de la crise.

[34] « **Hospimedia : La souplesse a fait la force des CPTS durant la crise du Covid-19** », Hospimedia l'actualité des territoires de santé, 2020.
[35] « **Projet FilGERIA** », Filgéria, 2020.

A défaut d'utiliser ces plateformes, les établissements et les professionnels ont pu utiliser la Messagerie Sécurisée de Santé pour envoyer les résultats et comptes rendus aux correspondants médicaux du patient, lorsqu'ils sont connus. Cela ne semble pas encore la norme comme plusieurs exemples sont venus le démontrer.

D'autres outils divers ont pu être utilisés pour ces échanges et partages de données médicales (dossiers partagés, messageries instantanées, mises à disposition de fiches de liaison, etc ...), tels que Pandalab, Ordoclic, Team'Doc, Doctolib ou encore NetsSolutions (liste non exhaustive).

Certaines de ces solutions ont beaucoup évolué pendant la crise, comme en témoigne Anne Gross, utilisatrice de l'une d'entre elle : « *Elle a évolué. Au début, on ne pouvait envoyer que des messages écrits, puis ensuite on a pu échanger des photos, des documents de façon sécurisée* ».

Enfin certains établissements disposaient parfois de plateformes préexistantes à la crise pour partager des dossiers, résultats et comptes rendus à destination des médecins de ville.

Delphine Mainguy témoigne : « *Le nouveau logiciel permet un accès à distance pour les médecins traitants. Pour tous les actes ne nécessitant pas de visites (renouvellement d'une ordonnance par exemple), on a pu l'utiliser pour contribuer à limiter les entrées dans les Maisons. Les échanges passent par une messagerie sécurisée. Le médecin coordinateur peut converser avec le médecin traitant. Les équipes soignantes inscrivent dans le logiciel les éléments spécifiques pour chaque résident en fonction de l'évolution de leur santé. Les données saisies dans le logiciel sont consultables par le médecin traitant. Dans l'outil, les médecins traitants utilisateurs ne peuvent suivre que leurs patients. Le suivi à distance est très pratique* ».

En règle générale ces portails professionnels sont plus souvent limités à des usages sans échange de données médicales, comme par exemple « *Hôpital Foch Pro* » qui permet de contacter un médecin senior dans chaque service en cas de besoin, via numéros de téléphone directs et messagerie sécurisée (ouvert aux médecins et pharmaciens du territoire).

FREINS IDENTIFIÉS

- **La numérisation du parcours de soins ne peut pas pallier une insuffisante structuration des parcours sur le plan organisationnel.** Le numérique ne peut utilement venir outiller que des parcours organisationnels préexistants, ce qui aujourd'hui n'est pas systématique. Il semble exister nombre de situations dans lesquelles des établissements et professionnels voisins d'un hôpital ne communiquent pas encore avec celui-ci. Il y a une « *méconnaissance entre les personnels soignants. Les professionnels de santé de l'hôpital ne connaissent pas la ville et inversement. […] La crise a inversé le besoin. C'est l'hôpital qui appelle la ville. Quand ils ne se connaissent pas ou n'ont pas les outils, c'est plus compliqué* », avance Lionel Reichardt. Anne Schweighofer, complète, au sujet du Covid : « *J'aurais voulu une meilleure coordination entre public, privé, associatif, pour permettre une meilleure prise en charge des malades chroniques. Cette coordination aurait pu être territoriale* ».

- **Même lorsque les structures et professionnels collaborent entre eux, à travers des réseaux de territoire, « *sur le plan numérique chacun utilise ses outils* »,** explique Jacques Léglise, dont l'établissement fait partie de plusieurs réseaux de territoire (SSR, EHPAD, une CPTS). Isabelle Uzan, radiologue, abonde : « *cela pourrait être plus automatique pour tout le monde. Les médecins généralistes pourraient recevoir tous les compte-rendus de manière automatisée.* »

- **Par ailleurs, les outils sécurisés d'échange et de partage ne semblent pas encore largement répandus dans le monde sanitaire et médico-social. Plusieurs raisons peuvent l'expliquer.** Certains établissements ont encore un retard numérique préjudiciable au partage de données. Un médecin hospitalier témoigne : « *Sur le plan numérique, [notre] hôpital est en retard. […] On n'a pas de messagerie sécurisée, et très peu d'échanges avec l'extérieur* ». D'autres indiquent le besoin d'accompagnement pour lancer l'implémentation de plateformes de type Terr-eSanté.

- **Enfin, la crise a parfois pu freiner les projets en cours.** En effet, la mise en place de ces outils nécessite une coordination avec les établissements partenaires. Par exemple dans le cadre du SSIAD dirigé par Virginie Drecq: « *le SSIAD avait commencé, avant la crise Covid, à ouvrir des dossiers patients e-parcours dans Terr-eSanté, avec l'objectif de le faire pour tous ses patients. La priorité a été toutefois donnée aux personnes qui avaient déjà été suivies par le CH de Fontainebleau et l'établissement SSR Le Prieuré qui se sont engagés aussi dans la démarche. Mais la crise Covid a tout ralenti* ». Les établissements se sont concentrés sur la gestion du court terme.

BÉNÉFICES IDENTIFIÉS

- Les bénéfices escomptés sur le sujet sont maintenant largement reconnus. Il s'agit de **fluidifier les parcours, de favoriser la pertinence des soins, de limiter les redondances d'examens ...**

- **Par ailleurs des parcours coordonnés via des plateformes d'échange et de partage** permettent d'éviter les doublons de saisie, les scans manuels, mais aussi que le patient ne soit plus le seul point commun entre tous ces acteurs qui gèrent sa pathologie et à qui il doit communiquer ses résultats et comptes rendus ...

- **Ces outils permettent par ailleurs de faire gagner du temps** aux différents acteurs du parcours de soin (puisqu'avec de tels outils, les résultats et comptes rendus sont partagés), et plus globalement de faciliter le **décloisonnement entre la ville et l'hôpital.** Selon Isabelle Uzan : « *Plus il y aura de fluidité entre tous les intervenants, mieux le patient sera soigné et plus il sera rassuré, plus on gagnera du temps, et le médecin pourra mieux travailler* ».

ET MAINTENANT

L'usage d'outils « *e-parcours* » visant à simplifier et fluidifier le quotidien des professionnels et des patients est une nécessité pour permettre une bonne prise en charge des patients. **La crise a mis en évidence l'absence d'outil immédiatement opérationnel partagé entre tous les acteurs,** chacun étant équipé de ses propres solutions, souvent non communicantes entre elles. Pourtant des plateformes dont c'est précisément le rôle existent, comme TerreSanté en Île-de-France. Les acteurs interrogés ont souvent cité le besoin d'un accompagnement fort et adapté à leurs besoins (par exemple autour d'une pathologie), pour les mettre en place. Notamment parce qu'elles permettraient aux professionnels de santé d'être mieux outillés en prévision d'éventuelles répliques de la pandémie.

Un enjeu supplémentaire sera l'articulation et la mise en cohérence de ces plateformes avec les services socles nationaux et l'ENS.

Selon le directeur général de l'hôpital Foch, « *les ambitions nationale et régionale doivent être cohérentes entre elles, il faut avoir le courage d'abandonner des projets s'ils font doublon* ».

Les professionnels de santé attendent de ces outils une vision simplifiée, ergonomique, qui permette de situer le patient dans son parcours et d'accéder aux documents des confrères.

« *La frise temporelle du patient devrait être obligatoire partout* », selon le Dr Yann L'Hermitte. L'outil pourrait également proposer ou faire le lien avec des outils de travail collaboratif.

A ce propos un médecin en SSR déclare : « *ce serait intéressant de pouvoir poursuivre les échanges avec un outil numérique à distance pour faire des conférences/points de suivi plus facilement entre professionnels, pour une synthèse pluridisciplinaire. Par exemple dans les cas où le patient est en hôpital de jour et poursuit la rééducation avec des professionnels libéraux ou des structures médico-sociales. Cela compenserait les difficultés de se déplacer pour les libéraux, et permettrait des points de suivi beaucoup plus faciles* ».

D'autre part cette coordination doit bien inclure le secteur médico-social pour assurer une prise en charge globale.

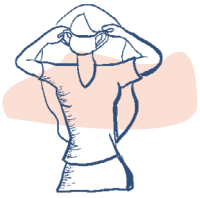
Selon un institutionnel interrogé : « *Nous devons tous nous concentrer aussi sur le secteur médico-social et le handicap. Développer le numérique en santé suppose de ne pas le prendre uniquement sous l'angle du soin mais en même temps par le côté médico-social. On a à faire face à des pathologies au long-court où coexistent des problèmes médicaux et des problèmes médico-sociaux. L'un des moyens du développement numérique est le parcours de soins dans l'ensemble médico-social. Un bon axe à prendre pour s'occuper du parcours de santé est sa composante médico-sociale* ».

Du point de vue des patients, cette absence de coordination pré-existante à la crise est devenue plus visible et plus « *irritante* » dans un contexte où tous les patients chroniques ont pu être impactés par une perturbation de leurs parcours habituels. Le besoin d'un recentrage autour du besoin des patients est cité par plusieurs interviewés.

Une présidente d'association de patients en témoigne : « *l'expérience patient n'est pas assez au centre [du système de santé], rendant le fonctionnement de ce système obsolète. Il y a très peu de coordination aussi entre les services, la médecine est de plus en plus technique et très silotée. Et à l'hôpital, le patient «n'appartient» à aucun médecin donc personne ne coordonne la prise en charge [...]. La synchronisation ville-hôpital est difficile car de nouveau il n'y a pas de dossier électronique partagé. [...]. Les médecins ne se parlent que par compte-rendu. [...] si les médecins discutaient entre eux, ce serait beaucoup plus rapide* ».

Benjamin Kammoun, responsable Healthcare chez Wilco témoigne également : « *parfois, des médecins traitants ne savent même pas que leurs patients ont été pris en charge à l'hôpital, et cela dégage une vraie problématique. Il faudrait un système de notifications automatiques quand un patient rentre à l'hôpital par mail ou par texto (en respectant les données de santé). Il faut développer des outils digitaux pour aider à régler cette problématique* ».

SERVICES SOCLES NATIONAUX



Alors que la crise sanitaire a mis en exergue les besoins de coordination des différents acteurs de santé, **le gouvernement est engagé dans une feuille de route numérique dans le cadre de Ma santé 2022 qui comporte quatre principaux services à vocation « *universelle* »** pour échanger et partager les données de santé : le *DMP* en lien avec l'ENS, les *MSS* ou MSSanté, la **e-prescription** ainsi que les **Services Numériques Territoriaux de Coordination des parcours,** sans compter *l'INS.* Ces dispositifs doivent à l'avenir permettre de fluidifier la coordination des acteurs, d'autant plus dans un contexte de forte urgence sanitaire, à l'image de la crise du Covid.

> ***« De manière générale tous les services socles de la feuille de route du numérique en Santé sont légitimés dans leur mise en œuvre pour assurer une plus grande réactivité dans des situations similaires. […] On est doublement motivés pour assurer la mise en œuvre des services socles. Cela a démontré l'utilité de ces outils et services ».***
>
> **Hela Ghariani, directrice de projets à la DNS**

E-Prescription et Services Numériques Territoraux de Coordination

Concernant la e-prescription, la crise a suspendu son extension au-delà des 3 territoires pilotes et nous avons décrit les usages alternatifs qui se sont développés pendant la crise, (cf partie accélération et l'utilisation des outils existants).

Concernant les Services Numériques Territoriaux de Coordination des Parcours, un référencement national a été publié sur la plateforme d'achat RESAH mais pour l'instant les déclinaisons opérationnelles ne sont pas lancées. (cf partie précédente).

Le projet Ma santé 2022 prévoit d'outiller ces usages d'une manière renforcée et pérenne.

MSS

Les MSS sont déjà suffisamment déployées pour permettre un premier retour d'expérience de leur usage dans cette situation exceptionnelle, sachant que cet outil a pu être utilisé de manière transverse à la quasi-totalité des thématiques abordées dans le chapitre précédent.

- ⇨ **Lorsqu'elle était déjà déployée dans les établissements, la MSS a permis d'envoyer les résultats et comptes rendus** aux médecins correspondants, ce qui a favorisé le lien avec la ville, c'est ce qui est fait par exemple à l'hôpital Foch.

- ⇨ **La crise a accéléré l'usage des MSS** avec un taux de dématérialisation qui a augmenté, par exemple de 80 à 85% entre mars et juin pour les correspondants médicaux d'un établissement de la région parisienne. Certains médecins libéraux ont sans doute franchi le pas pendant la crise.

- **Son usage a été hétérogène selon le déploiement effectif de la MSS** dans les différentes régions.

Mais des problèmes subsistent : La MSS n'est efficace que lorsque les deux correspondants l'utilisent, or certains professionnels n'ont toujours pas franchi le pas.

Comme en témoigne un pharmacien interrogé : « *j'ai une adresse MSSanté mais aucun des médecins des environs n'en a une, alors ça ne me sert à rien* ».

Un médecin relate le même problème : « *J'ai dû hospitaliser deux personnes pendant la Covid, ça s'est fait par téléphone ou par envoi de mail car les [établissements] n'avaient pas de messagerie sécurisée* ».

Autre difficulté, les outils métiers n'intègrent pas toujours un annuaire ce qui rend difficile la recherche des adresses MSSanté des confrères.

La MSS en tant que service socle promu dans le cadre de Ma santé 2022, pourrait apporter des réponses aux difficultés rencontrées pendant la crise, en utilisant plusieurs moyens :

- **L'usage de la MSS en routine,** qui permettrait l'envoi systématique des documents produits par l'hôpital et ainsi faciliterait la liaison ville-hôpital.

- **L'intégration des échanges en MSS et notamment du contenu médical des pièces jointes dans les logiciels métier,** qui permettrait de simplifier les échanges entre professionnels.

- **L'ouverture sur des échanges sécurisés avec les patients,** dans son cercle de soins. C'est notamment prévu dans la feuille de route de l'ENS.

DMS et ENS

Les bénéfices théoriques du DMP sont cités par plusieurs des professionnels interrogés, pour améliorer la coordination entre ville et hôpital. Les établissements que nous avons interrogés l'alimentent déjà ou le feront dans la prochaine version de leur dossier patient informatisé. Pourtant **il est peu utilisé par les professionnels.**

Un médecin généraliste indique : « *il faut être connecté pour l'utiliser, ça fait double emploi avec le logiciel de gestion de cabinet, il n'y a pas d'intégration native, c'est du temps supplémentaire pour l'utiliser* ».

Une psychiatre constate souvent que « *le DMP est ouvert mais il n'y a rien dedans [...]. C'est aussi très chronophage de remplir le DMP en scannant les documents, qui le fait ?* ».

« *Tout le monde a oublié que ça existe* » selon l'un des pharmaciens interrogés, à tel point qu'il propose « *un déploiement automatique par l'assurance maladie* ». Par ailleurs certains patients expriment des craintes sur la sécurité des données : « *les patients refusent parfois l'ouverture de leur DMP alors qu'ils acceptent que leurs données de santé soient recueillies par leur smartphone ...* », toujours selon ce pharmacien.

Selon Hela Ghariani, « *la problématique du déploiement du DMP est en passe d'être résolue, ce qui compte maintenant c'est son alimentation* ». **Le DMP n'a plus vocation à être un outil auto-suffisant et concurrent des logiciels métier des professionnels.**

« *Le DMP devient un service de « back office » de l'Espace Numérique de Santé,* *avec toute la donnée médicale exploitable par l'ENS* ». Un directeur hospitalier résume cela comme « coffre-fort » des documents du patient.

De son côté l'ENS est conçu justement pour « *permettre au grand public de reprendre la main sur ses données de santé* », selon Hela Ghariani. « *Le patient aura la capacité de remplir, consulter, échanger autour de ses données de santé. Il faut créer des services qui encouragent la circulation de la donnée de santé et que ce soit à la main de l'usager, qu'il en soit conscient et qu'il soit moteur* ». La publication du marché de l'ENS pendant la crise témoigne de la volonté de concrétiser ce projet dans les temps, au 1er janvier 2022. « *Avoir un ENS aurait été plus rassurant pour l'échange des données de santé, pour accéder aux services de téléconsultation, pour suivre l'évolution de l'épidémie* », selon elle.

ECHANGE SUR LES RESSOURCES ET CAPACITÉS

Dès le début de l'épidémie la connaissance et la gestion des ressources disponibles ont été centrales : que ce soit au niveau de ressources humaines, de disponibilité de lits de réanimation, ou encore concernant des matériels tels que des masques.

Usage constaté et outils utilisés

Il a été constaté de manière générale un fort développement sur ces sujets de coordination pendant la crise. Des outils et plateformes spécialisées ont été utilisés aux côtés d'échanges plus informels basés sur des outils collaboratifs « *grand public* » ou de simples mails.

Ces échanges ont pu prendre plusieurs formes concernant les différents types de capacités et ressources concernées :

La recherche et le recrutement de personnel au travers de plateformes spécialisées. Ainsi par exemple, les plateformes de recrutements Medgo[36] et WHOOG[37] ont fusionné pour donner naissance à HUBLO, ce rapprochement ayant été accéléré par la crise. Durant cette période, les deux plateformes ont permis de mobiliser plus de 60 000 professionnels volontaires et gérer 6 000 missions de remplacement chaque jour. Medgo a d'ailleurs mis en œuvre avec *l'ARS* Île-de-France une plateforme de recrutement d'appel à l'aide : Renfort Covid.

La coordination de l'activité hospitalière et la gestion de la disponibilité des lits. Au niveau local, dans des hôpitaux ou groupes d'hôpitaux comme à l'AP-HP, des cellules de régulation ont pu se monter pour gérer la situation sanitaire. Elles se sont appuyées sur des outils de saisie et de restitution de la disponibilité en lits, des tableaux de bord produits de manière régulière sur différents périmètres (activité hospitalière, circulation du virus, situation sanitaire, disponibilité des lits) et le reporting d'activité Covid. Ces outils ont permis de gérer les tensions hospitalières et de coordonner l'activité.

La recherche et la disponibilité de lits de réanimation avec le Répertoire Opérationnel des Ressources (ROR). Deux objectifs principaux : connaitre le nombre de lits en soins intensifs disponibles avec leur localisation (grâce à une carte) et orienter les malades vers les lits disponibles.

« *Le ROR a permis de faire le suivi de la disponibilité des lits sur l'exhaustivité de l'offre sanitaire* » précise Hela Ghariani.

Avant la crise sanitaire, il y avait près de 200 mises à jour quotidienne des disponibilités en lits. Au 31 mars, au moment du pic de l'épidémie, on en comptait plus de 1 300[38]. En parallèle, les cellules d'orientation qui recherchent les places disponibles ont multiplié leur consultation du ROR par 50. Le module disponibilité du ROR a été modifié pour prendre en compte les soins critiques Covid et le GCS SESAN a renforcé et étendu le support utilisateurs 7 jours sur 7, de 8h à 22h afin d'accompagner les utilisateurs dans l'usage du ROR[39].

La gestion des transferts depuis les unités de réanimation vers des établissements sanitaires au travers d'outils spécialisés.

[36] « **MedGo** »,Hublo, 2020.
[37] « **Whoog** », 2020.
[38] « **La crise du Covid-19 accélère la fusion de Whoog avec MedGo** », Le journal des entreprises, 18 juin 2020.
[39] « **ROR : rendre visible la disponibilité en lit pour les patients atteints du Covid-19** », GCS SESAN, 18 mai 2020.

Il s'agit par exemple de l'initiative prise par Re care, solution permettant de connecter les unités de MCO et d'urgences à des établissements variés pour fluidifier les parcours de patients aux urgences devant être hospitalisés ou de patients hospitalisés devant être pris en charge par d'autres unités. Pendant la crise, la société a mis place un référencement des unités de réanimation et des places disponibles.[40]

L'optimisation de la distribution de médicaments par la mise en relation pour dépannages entre établissements de santé. En pleine pénurie, il était en effet nécessaire de « *ne pas gâcher les médicaments* » à cause d'une date de péremption proche. Des outils digitaux ont été utilisés en ce sens tels que MaPUI.fr (près d'une centaine de mises en relation chaque jour pour un dépannage de médicaments ou, plus rarement, de dispositifs médicaux[41]). Au 20 mai 2020, près de 700 *PUI* alimentaient quotidiennement la plateforme[42].

C'est une réussite : « *Il y a eu un énorme travail sur la définition des standards d'interopérabilité nécessaires à l'alimentation d'une plateforme commune, ce qui aurait pris beaucoup de temps en temps normal* », selon Hela Ghariani.

La mise en relation entre ambulanciers indépendants et établissements de santé. Il s'agit par exemple de l'usage d'Ambler qui se positionne à la fois sur les transferts inter-hôpitaux mais aussi sur les trajets en ambulance entre le domicile du patient et un établissement de santé.

L'optimisation des demandes d'admission réalisées par ViaTrajectoire. Par exemple, dans un établissement de SSR, la crise a accéléré le déploiement d'une plateforme d'orientation, qui passe en revue toutes les demandes reçues par l'établissement, et les retravaille pour voir s'il y a possibilité d'y répondre « *afin de minimiser les refus secs* » selon une responsable de pôle de cet établissement.

FREINS IDENTIFIÉS

L'usage de ces outils pour un besoin de gestion en temps réel a rapidement montré des limites, les outils disponibles ne présentent pas toujours un niveau d'automatisme suffisant.

- **En premier lieu, il n'existe pas de dispositifs nationaux qui couvrent les différentes dimensions du problème de la gestion des ressources et capacités.** Les outils nationaux comme le ROR ou ViaTrajectoire concernent certaines thématiques seulement. Pour le reste, il faut se reposer sur des initiatives privées qui, par essence, sont parcellaires et fragmentées.

[40] « **Recare** », Recare, 2020.
[41] « **Covid19 : Une solution innovante aux tensions de stocks en médicaments** », Ars agence régionale de santé île-de-france, 6 mai 2020.
[42] « **esanté.gouv.fr** », Ministère des solidarités et de la santé, 18 juin 2020.

⇨ **En second lieu, les outils disponibles ne présentent pas toujours un niveau d'automatisme suffisant, comme c'est le cas pour le ROR.** Le ROR en effet, a souvent nécessité des saisies manuelles. François Jaulin, anesthésiste et startupper estime que « *les mises à jour des disponibilités ne sont pas toujours faites et doivent être faites à la main : un humain doit se balader dans l'hôpital et compter le nombre de lits vides et le rentrer sur le site ensuite. [...]. Pourquoi ne pas faire un logiciel en Open source gratuit permettant de savoir quels lits sont disponibles grâce à des lits connectés ?* ». François Dolveck ajoute qu' « *il faut arrêter de croire qu'on peut demander aux professionnels de santé opérationnels (Médecins, IDE, etc.) d'alimenter les applicatifs en temps réel. Cela marche éventuellement pour intégrer un chiffre ([par exemple, le] nombre de lits dispos et encore il faut souvent rappeler). On ne peut pas faire. On n'a pas le temps matériel de le faire* ».

BÉNÉFICES IDENTIFIÉS

⇨ Ces outils permettent d'optimiser **les ressources humaines et matérielles** des processus de soins, ceci dans des contextes de crise sanitaire où les ressources et stocks disponibles peuvent se raréfier rapidement.

⇨ Ils permettent aussi de **fluidifier les parcours des patients** en évitant notamment de longs temps d'attente pour des transferts entre structures.

ET MAINTENANT

L'expérience a montré que de nombreux besoins d'échanges sur les ressources et capacités devront être outillés par des systèmes d'information centralisés et alimentés par tous les acteurs. Cela est notamment le cas pour ViaTrajectoire et pour le ROR, et devrait pouvoir s'étendre à d'autres thématiques.

Pour ce qui concerne le ROR, il est prévu d'en réaliser une version nationale. « *A terme il est prévu de regrouper les deux familles de ROR et leurs nombreuses instances régionales pour simplifier l'architecture du système et mieux partager l'information* », explique Hela Ghariani.

CONSTITUTION DE BASES DE DONNÉES SANITAIRES NATIONALES

A l'instar de nombreux pays, la France s'est lancée pendant la crise dans la constitution de bases de données sanitairespermettant de prévenir l'extension du Covid. **3 applicatifs sont concernés : Contact-Covid, SI-DEP et StopCovid.**

Usage constaté et outils utilisés

Contact-Covid et SI-DEP, les outils numériques du dépistage ont été mis à disposition des acteurs de la lutte contre la propagation du virus en France.

- **SI-DEP** (Système d'Informations de DEPistage) est une plateforme sécurisée où sont systématiquement enregistrés les résultats des laboratoires de tests Covid. Elle permet de s'assurer que tous les cas positifs sont bien pris en charge, en centralisant les résultats des tests PCR de manière automatique et permettant ainsi un meilleur suivi épidémiologique.[43] 5 000 laboratoires de biologie médicale privés ou publics ont été ainsi raccordés en un mois (à partir du 13 mai) et environ 1 000 000 d'examens RT-PCR ont été remontés du 13 mai au 12 juin 2020.[44] « *SI-DEP est le fruit d'un partenariat entre le ministère des Solidarités et de la Santé (responsable du traitement), l'Assistance publique – Hôpitaux de Paris (AP-HP, maître d'œuvre), Santé publique France, les laboratoires de biologie médicale et leurs éditeurs de système d'information. Cela a été monté en 2 semaine, en terme d'innovation SI c'est énorme* », explique Giovanna Marsico.

- **Contact Covid** est un outil numérique utilisé par tous les professionnels de santé (médecins, pharmaciens, biologistes des laboratoires de dépistage, et les professionnels habilités par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie, Santé Publique France et les ARS), qui aide à la prise en charge des cas Covid. Il permet d'aller au plus vite dans l'identification des personnes-contacts autour d'un cas Covid. Il permet de vérifier que chacun a été appelé, informé, testé, et accompagné.

Ces applications sont utilisées depuis lors dans le cadre de la réapparition de clusters et pour tous les nouveaux cas positifs pour gérer ceux-ci au mieux. Ainsi par exemple, entre le 13 mai et le 2 juin, plus de 33 000 personnes ont été contactées par les enquêteurs sanitaires dans ce contexte.[45]

StopCovid s'inscrit dans le plan global de déconfinement, avec pour objectif de stopper au plus vite les chaînes de contamination et éviter une deuxième vague. L'application aurait été téléchargée par 2,5 millions de français au 31 juillet[46], ce qui se révèle insuffisant pour assurer l'efficacité de son utilisation. Du lancement de l'application jusqu'au 23 juin, l'application n'a permis de signaler que 14 risques de contamination et seules 68 personnes ont utilisé l'application pour prévenir de leur contamination les personnes qu'elles ont croisées.[47] Il est à remarquer le paradoxe de ce constat au regard des sondages sur l'opinion publique début avril où 80% des interrogés se disaient prêts à installer l'application sans aucun doute ou probablement si celle-ci était disponible.[48]

[43] « **Santé Magazine** », Santé magazine par M.Duran, 15 Mai 2020.
[44] « **esanté.gouv.fr** », Ministère des solidarités et de la santé, 18 Juin 2020.
[45] « **La crise du Covid-19 accélère la fusion de Whoog avec MedGo** », Le journal des entreprises, 18 juin 2020.
[46] « **StopCovid : comment l'installer et l'utiliser ?** », Le journal des femmes par S.Pagès, 12 août 2020.
[47] « **Politique** », Huffpost, 23 juin 2020.
[48] « **Les Français plutôt favorables au tracking des malades du Covid-19** », La dépeche par P.Rioux, 9 avril 2020.

FREINS IDENTIFIÉS

- **Lorsque ces outils centralisés s'appuient sur une consolidation de données individuelles, leur fiabilité est fortement dépendante de l'implication des individus.** « *Nous avons vu que les outils qui ont un intérêt direct individuel ont été utilisées mais qu'en revanche Stop Covid est l'illustration à méditer que la solidarité interindividuelle collective n'est pas encore au rendez-vous numérique* », selon un acteur institutionnel interrogé.

- Un frein important est aussi **l'ampleur et la complexité de tels projets,** qui doivent associer un grand nombre d'acteurs et être accompagnés d'une forte volonté politique. Seule l'urgence de la crise a permis de les mener à bien dans un laps de temps aussi court.

BÉNÉFICES IDENTIFIÉS

- **Ces bases de données ont permis de se doter** des moyens nécessaires pour gérer une crise sanitaire de grande ampleur. « *Sans SI-Dep, il n'était pas possible d'accompagner la stratégie de déconfinement* », selon Hela Ghariani.

ET MAINTENANT

La mise en place expérimentale par les pouvoirs publics de telles applications pour la Covid semble un point de départ pour **installer une démarche pérenne de gestion de santé publique outillée par le numérique.**

« *SI-DEP pourrait perdurer et être utile pour d'autres pathologies, en ciblant sur celles qui d'un point de vue des enjeux de santé publique justifieraient une centralisation* », selon Hela Ghariani. Par ailleurs le bilan de l'usage des applications développées dans l'urgence, montre **le besoin d'une meilleure stratégie de communication.** Toujours selon elle, « *Pour le grand public, l'espace médiatique a été monopolisé par l'application StopCovid, ce qui a nuit à la visibilité des autres solutions* ». Cela pose la question plus générale de comment assurer une bonne stratégie de communication pour ce type d'outils selon le type de public auxquels ils s'adressent.

RÉGULATION MÉDICALE

Dès le début de l'épidémie les centre 15 ont dû gérer un afflux massif d'appel et ce sur une très longue période. Si ces professionnels ont l'habitude de gérer ce type de pression, la durée, la charge mentale pour intégrer nouveaux process et outils les ont contraints à mettre en place un certain nombre de choses.

Usage constaté et outils utilisés

Le besoin de gérer l'afflux massif de patients a nécessité le déploiement accéléré des outils existants et un développement d'outils spécifiques.

Le nombre de Samu connectés au portail SI-Samu a été multiplié par 3 en 2 mois pendant la crise, passant de 25 à 77 (un Samu par département). La crise du Covid « *a permis de faire entrer le portail dans un usage quotidien et d'adopter des usages qui n'étaient pas intuitifs* », selon Nicolas Billaudé, responsable du déploiement du SI-Samu à l'ANS.[49]

De même, en Île-de-France une solution de communication a été mise sur pied pendant la crise **assurant un canal vidéo direct entre 800 EHPAD et leur SAMU.** 180 SSIAD et 130 structures d'accueil de personnes handicapées ont également été raccordées.

« *On pourrait appeler ça de la vidéo-régulation, cela se rapproche très fortement du cahier des charges SI SAMU. Mais ce qui est demandé dans le cahier des charges est plus compliqué (il faut notamment y intégrer un dossier patient). La demande de terrain est extrêmement forte au niveau des SAMU pour ce type d'outil* », témoigne Jean-Louis Baudet.

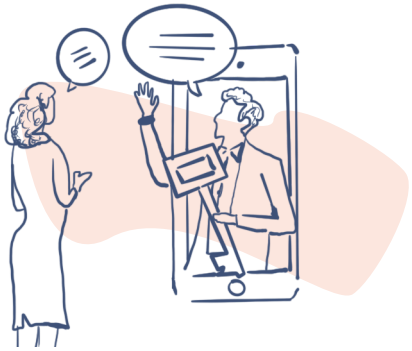
[49] « **Le nombre de Samu connectés au portail SI-Samu multiplié par trois en 2 mois** », Tic santé par L.Caravagna, 10 juin 2020.

Autre exemple, le dispositif, REGUL'AID, qui a été créé pendant la crise, au SAMU de Strasbourg avec un système d'échange de SMS et mail. Gain de temps pour les opérateurs, trace des consignes pour les usagers et même questionnaire d'autosurveillance. A Strasbourg, 800 messages ont été envoyés par ce biais entre le 31 mars et le 14 avril.[50]

ET MAINTENANT

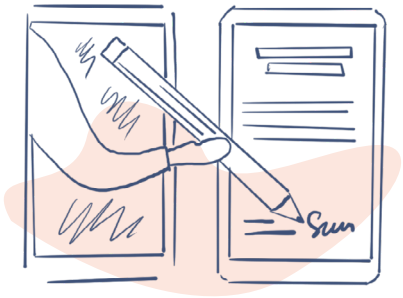
De nouveaux projets pourraient voir le jour pour renforcer la régulation médicale en s'appropriant le numérique.

- Par exemple développer l'ouverture d'un canal vidéo d'une personne lors d'un appel au SAMU avec un smartphone (déjà prévu en 2019 dans le cadre du plan d'action de modernisation des urgences).
- **Filtrer les recours au SAMU** via des questionnaires permettant le cas échéant une réorientation automatisée (à l'instar du système Medvir proposé par une startup et testé par SOS Médecins Paris ainsi qu'au service des urgences de l'hôpital Lariboisière depuis quelques années).
- A moyen terme pourraient aussi voir le jour des **applications basées sur l'intelligence artificielle** permettant d'optimiser le tri et l'orientation aux urgences, comme le souligne un directeur d'hôpital interrogé.



[50] « **Coronavirus à Strasbourg : Les opérateurs du Samu envoient des consignes médicales par SMS** », 20 minutes, 23 avril 2020.

2.4. DES OUTILS POUR PLUS DE LIEN, DE SOLIDARITÉ ET D'INFORMATION



La crise a fait émerger de nombreuses initiatives pour répondre aux besoins des professionnels et des patients, dans l'urgence. Besoins matériels, information et formation, lien social… Autant d'exemples qui ont montré le pouvoir de rassemblement du numérique et la capacité d'entraide qu'il peut soutenir en Île-de-France comme sur tout le reste du territoire.

SOLIDARITÉ COVID-19

Il est fait référence ici aux initiatives solidaires (vers les soignants et les personnes les plus vulnérables) qui ont vu le jour avec la crise sanitaire, ainsi qu'aux outils numériques qui les ont supportées.

L'usage constaté

Des plateformes de mise en relation et de recensement ont permis de faire connaître les initiatives, de recenser les bénévoles et de diffuser les besoins :

Des plateformes solidaires d'appels à l'aide ou de proposition d'aide ont émergé : Paris je m'engage,[51] La fabrique de la solidarité,[52] Croix Rouge chez vous,[53] Réserve civique (jeveuxaider.gouv.fr)[54], la boîte à outils pour s'informer et s'engager contre la pandémie par Médicen paris région.[55]

Des plateformes de recensement des bénévoles pré-existantes ont développé une activité sur la Covid comme tousbenevoles.org[56], Bénévolt[57], Benenova[58]. De même, des plateformes de mise en relation ont été mises en place, à l'image de SARM-Covid (Service d'Aide à la Répartition Médicale), permettant à des soignants de se porter volontaire pour faire face à la crise Covid, et à des établissements de faire état de leurs besoins en personnel soignant.

Des plateformes de recensement des initiatives ont été montées telles que Covid initiatives[59], G_NIUS[60], Île-de-France smart services[61], carrefour des innovations sociales[62], fédération des acteurs de la solidarité, Cartographie Covid par les 6 pôles de compétitivité santé[63], Covid Syntec numérique[64], hkind[65].

[51] « **Paris je m'engage** », Paris je m'engage, 2020.
[52] « **La fabrique de la solidarité** », Paris, 24 juillet 2019.
[53] « **Croix rouge chez vous** », Croix-rouge chez vous, 2020.
[54] « **Réserve Civique** », réserve civique, 2020.
[55] « **Covid-19 : la boîte à outils pour s'informer et s'engager contre la pandémie** », Medicen, 2020.
[56] « **Tous Bénévoles** », Tous bénévoles, 2020.
[57] « **Benevolt** », Benevolt, 2020.
[58] « **Benenova** », Benenova, 2020.
[59] « **Covid-19-initiatives** », Covid-initiatives, 2020.
[60] « **G_NIUS** », G-nius, 2020.
[61] « **Solutions Covid-19** », Smartle, 2020.
[62] « **Carrefour des Innovations Sociales** », Carrefour des innovations sociales, 2020.
[63] « **Cartographie Covid-19** », 2020.
[64] « **Covid-19 Syntec Numérique** », Covid Syntec numérique, 2020.
[65] « **Hkind** », 2020.

Un Slack a été mis en place par l'AP-HP pour permettre à de nombreuses personnes volontaires d'aider les hôpitaux en télétravail ou présentiel.

L'optimisation de la distribution/livraison des médicaments (par exemple WiPharma qui propose la livraison solidaire gratuite des médicaments[66] ou CaptainPharma qui prépare des piluliers et les livre à domicile, pour libérer du temps aux aidants et infirmiers.[67]

Banlieue santé a développé une application diffusant des messages de santé publique et de prévention en différentes langues et dialectes par des professionnels. Cette application permet à tous d'avoir accès aux informations nécessaires pour se protéger du virus.[68] Cela a été complété par la livraison de repas.

FREINS IDENTIFIÉS

⇨ Pas ou peu de freins ont émergés pendant la crise. La vraie difficulté est sur la pérennisation de cette solidarité. La société est notamment maintenant concentrée sur les effets économiques de l'épidémie.

BÉNÉFICES IDENTIFIÉS

⇨ **La solidarité qui a pu s'exprimer pendant la crise a été rendue possible par les moyens numériques, du fait de la distanciation et le confinement.** Les bénéfices sont donc énormes, tant sur le plan psychologique que pratique, pour s'entraider sous toutes les formes.

[66] « **Wi Pharma** » 2020.
[67] « **Captain Pharma** » 2020.
[68] « **Application Banlieues Santé** » Enmodeconfiné, 2020.

SOUTIEN AUX PROFESSIONNELS DE SANTÉ

Description de l'usage constaté et outils utilisés

Face à l'expérience de la maladie et de la mort ainsi qu'à la surcharge importante et soudaine de travail, le personnel soignant a pu se retrouver dans une situation exceptionnelle de détresse psychologique.

La crise sanitaire a vu l'émergence de diverses initiatives en vue de soutenir psychologiquement le personnel soignant, soumis à des situations de stress sans précédent. Ces dispositifs ont été montés de manière bénévole ou financés par des sponsors ou les pouvoirs publics pour être mis à disposition gratuitement des professionnels de santé en général.

Ainsi, des **cagnottes en ligne** ont été mises en place comme la cagnotte des proches,[69] la cagnotte de l'APHP[70], ou la cagnotte #protegetonsoignant[71].

Des **groupes Facebook** se sont constitués pour proposer son aide aux soignants (hébergement, prêt de vélos, nourriture, baby-sitting), **ainsi que des plateformes de don de matériel médical (comme Medicalib).**

Des **lignes d'écoute et des numéros verts dédiés aux personnels soignants** ont été mis en place. « *On a constaté l'angoisse, le stress post-traumatique chez les soignants. Il a été mis en place d'emblée un suivi téléphonique à distance* » indique Catherine Tourette-Turgis.

On peut également mentionner les numéros verts du gouvernement, celui de la Croix Rouge française[72], celui de l'association Soins aux Professionnels de Santé[73](en lien avec la Plateforme Pros-Consulte) ou encore la ligne d'écoute proposée par Thérapeutes Solidaires[74], mise en place spécifiquement pour la Covid.

En complément, il a pu y avoir mise en place **d'applications mobiles,** comme « *Asso SPS* » de l'association SPS (Soins aux Professionnels en Santé).

Des **téléconsultations gratuites** (via Skype, Zoom, Doctolib, ...) dédiées aux personnels des établissements de santé et du secteur médico-social ont été proposées[75] par Psychologues Solidaires pendant le confinement. SPS a également proposé ce type de dispositif.

Des **sessions de coaching "*solidaire*"** en ligne réservées aux soignants ont été mises en place, à l'image de Chacari[76] ou EMCC France[77].

Des **outils de relaxation,** basés sur la technologie de réalité virtuelle et de "*voyages 3D*" et initialement prévus pour les patients, ont également été proposés aux personnels soignants, pendant leurs pauses dans des zones mises en place avec plusieurs services mis à disposition (dans le respect des règles d'hygiène, à l'image de la proposition de Healthy Mind[78] ou Bliss).

[69] « **Solidarité avec les soignants** », La cagnotte des proches, 2020.
[70] « **Fonds de soutien des équipes de l'AP-HP face au Covid-19** », Assistance publique hôpitaux de Paris, 2020.
[71] « **#Protegetonsoignant** », Protegetonsoignant, 2020.
[72] « **Covid-19** », Ministère de la solidarités et de la santé, 12 août 2020.
[73] « **Thérapeute solidaire.fr** », Thérapeutes solidaires, 2020.
[74] « **Thérapeute solidaire.fr** », Thérapeutes solidaires, 2020.
[75] « **Psychologues Solidaires** », Psychologues solidaires, 2020.
[76] « **Initiative Solidarité Soignants Covid-19-19** », 2020.
[77] « **#Soutienauxsoignants** », EMCC France, 2020.
[78] « **HealthyMind** », Healty mind, 2020

ET MAINTENANT

Au-delà des outils et dispositifs mentionnés plus haut, et qui pourront être très facilement mis en place de nouveau en cas de nouvelle crise sanitaire, les entretiens menés montrent qu'il y a de manière générale un ressenti de **manque d'écoute et de soutien des personnels soignants.**

Il parait important de s'interroger sur la pérennisation de dispositifs visant à prévenir le burn-out des professionnels de santé.

> ***« En pleine crise, il y avait beaucoup de boulot mais il y avait également beaucoup de soutien, les gens se déplaçaient et offraient des repas, il y avait beaucoup de retours chaleureux, de la reconnaissance sociale, et les personnes se sentaient beaucoup mieux. Maintenant, c'est retour à la case départ, les repas à l'hôpital sont de nouveau mauvais, etc. Or on sait que la santé physique et la santé psychique sont très liées ».***
>
> **Anne Gross, psychiatre**

Les soignants attendent également une **écoute de la part des autorités** (élus locaux, autorités sanitaires comme les délégations départementales des ARS).

« *On aurait aimé que les politiques viennent nous voir, et nous écoutent. Au moins que le maire vienne nous parler* », explique un pharmacien. Cette écoute doit aller de pair avec une attention portée aux nombreuses problématiques qu'ils ont affrontées sur le terrain et qu'il faut maintenant résoudre.

LIEN SOCIAL POUR L'AUTONOMIE ET LE HANDICAP

Il s'agit d'une problématique préexistante à la crise mais qui a pu s'amplifier avec celle-ci, du fait du sentiment de solitude qu'ont pu ressentir des personnes âgées en perte d'autonomie à domicile ou en institution de type EHPAD, ainsi que certaines personnes en situation de handicap, et donc du **besoin de lien social** qui en découle. Le lien social peut également s'entendre vis à vis des relations à maintenir avec les familles de résidents âgés en EHPAD.

La partie emblématique de ce besoin s'est notamment cristallisée pendant la crise autour de la fermeture de l'accès aux EHPAD avec l'impossibilité pour les résidents de recevoir leurs proches, avec en sus un confinement dans les chambres sans plus pouvoir échanger entre résidents. Nos entretiens n'ont pas permis de mettre en évidence des aspects liés au lien social pour les personnes âgées isolées à domicile.

Usage constaté et outils utilisés

⇨ Pour les personnes âgées en perte d'autonomie en EHPAD

Des outils ont été utilisés pour maintenir le lien entre familles et résidents, en complément des dispositions physiques que les EHPAD ont pu prendre pour permettre des visites sous certaines conditions (à l'extérieur, à travers un parloir, etc.). Il a ainsi été constaté, dans certains de ces établissements, un recours au numérique de plusieurs manières :

L'usage de tablettes pour des le lien et l'information entre familles et aînés a été parfois déployé, les tablettes étant gérées par le personnel (ou dans certains cas de smartphones ou tablettes appartenant aux personnes âgées elles-mêmes).

“ Ainsi en témoigne Delphine Mainguy : « *Les établissements Maisons de Famille sont très bien équipés en matière de tablettes (15 à 20 tablettes par établissement). Maintenir le lien, c'était la difficulté principale, que ce soit entre le résident et sa famille, ou entre les résidents. […] Le personnel soignant n'a pas perçu l'accompagnement des résidents dans cette nouvelle pratique comme une charge supplémentaire : le fait d'avoir complètement fermé les établissements pendant la Covid a été mal vécu mais compris par le personnel soignant, car en temps normal, les établissements sont ouverts 24h/24 et les familles sont très présentes dans nos EHPAD. Les soignants voulaient s'assurer eux-mêmes que les résidents restaient en lien avec leur famille, c'était naturel pour eux. […]. Par ailleurs, les tablettes ont également été utilisées par les animateurs pour réaliser des quizz (avec visioconférence) entre résidents, notamment via l'offre Dynseo* ».

“ Thierry Chevalier, fondateur et directeur général de Technosens, soulève néanmoins que « *le recours à ce support [la tablette] pose la question de la désinfection de la tablette, [contrairement à la télévision].* »

“ Le même groupe d'EHPAD a également déployé des dispositifs complémentaires : « *On a utilisé l'application Familizz pour la communication : chaque maison l'utilisait pour raconter la vie de sa maison, et avec la Covid on l'a utilisé pour de la communication au niveau central – diffuser des vidéos, etc.* » détaille Delphine Mainguy.

L'usage d'outils spécifiques dédiés a permis de maintenir au maximum le lien social d'une manière globale. C'est le cas par exemple de la startup Technosens, qui propose une offre logicielle complète autour du « *lien social* », et qui a pu mettre en place un dispositif particulier pendant la crise.

« *Dès fin mars, nous avons adapté une solution spécifique répondant aux conséquences et contraintes du confinement, pour garder les familles informées, maintenir le lien entre les personnes âgées et les résidents, et offrir au personnel soignant une solution simple d'utilisation. Un dispositif a été mis au point, packagé dans un carton, pré-paramétré et prêt à fonctionner, envoyé par courrier aux établissements, répondant aux contraintes de cette situation exceptionnelle (intervention humaine extérieure impossible sur site, limitation des approvisionnements). [...] Il s'agissait également pour les proches de pouvoir garder un contact avec l'établissement qui pouvait fournir des informations régulières sur la situation et de bénéficier de services annexes.* », explique Thierry Chevalier.

⇨ Pour les personnes en situation de handicap

Le numérique a pu être utilisé pendant la crise d'une manière qui n'était pas prévue auparavant, car les personnes concernées avaient tendance à privilégier le présentiel avant la crise.

Hervé Delacroix en témoigne : « *On n'utilisait pas ces technologies avant car les personnes en situation de handicap sont attachées au présentiel [...]. En premier lieu, les outils numériques ont été utilisés pour maintenir le lien. Nos délégations ont proposé des initiatives pour faire du lien avec les personnes en situation de handicap, par exemple la mise en place de webradios et de webTV. La crise sanitaire a permis d'accélérer le déploiement de certaines choses que l'on aurait pu faire depuis longtemps, mais dont nous n'avions pas le besoin express, et qui se sont révélées nécessaires. Des jeux et activités en ligne ont également été utilisés. [...] Il a fallu dépasser cette logique de fracture numérique en équipant les personnes d'outils tels que des tablettes par exemple. La crise a été un booster de l'accès au numérique.* ».

Cette réticence au distanciel se retrouve dans les difficultés rencontrées dans le télétravail pour les personnes en situation de handicap qui en ont bénéficié (ce qui n'est pas le cas pour toutes, nombre d'entre elles étant affectées à des tâches manuelles dans les ESAT en particulier).

A ce sujet, Hervé Delacroix poursuit : « *Dans le champ de l'emploi, il y a eu un recours massif au télétravail, et cela n'a pas été bien accompagné par les employeurs. Les personnes en situation de handicap ont manifesté un sentiment d'abandon, en tout cas de manque d'accompagnement. [...] De plus, les personnes en situation de handicap ne sont pas particulièrement désireuses de rester chez elles pour travailler : l'isolement n'est pas propice à leur activité. [...] Le numérique n'a pas été la clé du maintien de l'activité pour les personnes en situation de handicap. [...] A l'échelle individuelle, la hantise des personnes en situation de handicap est d'être exclues, de sortir du collectif de travail. Ces nouveaux usages que l'on peut penser bienveillants pourraient avoir des contreparties néfastes, en termes d'oubli, d'éloignement du collectif de travail, avec un sentiment d'abandon et une hausse des risque psycho-sociaux* ».

FREINS IDENTIFIÉS

Pour les personnes âgées en perte d'autonomie en EHPAD

- **Les technologies à mettre en œuvre ne concernent pas seulement les résidents,** mais aussi le personnel. En effet, le plus souvent, le personnel doit aider aux manipulations des dispositifs, en assistance aux résidents. Et il doit le faire dans un contexte de charge de travail souvent déjà élevée, ce qui complexifie les décisions concernant ces technologies permettant le maintien du lien social.

- **Les technologies peuvent être coûteuses** si tant est qu'elles sont distribuées à chaque résident : Equipement, protection, maintenance, etc.

- L'accès au matériel ne suffit pas, **il faut accompagner l'usage** : par exemple, l'ARS Île-de-France a distribué près de 700 tablettes, qui n'ont pas ou peu été utilisées, de par la méconnaissance du support, du manque de temps pour se l'approprier …

Pour les personnes en situation de handicap

- **Les technologies qui ont pu être utilisées restent difficiles d'usage :** Hervé Delacroix affirme : « *l'outil numérique est stigmatisant, excluant, car rarement adapté aux besoins spécifiques des personnes en situation de handicap. Les outils utilisés ont été des outils « de base » ne proposant pas de fonctionnalités associées aux besoins spécifiques des personnes en situation de handicap (ex : difficulté d'élocution, eye-tracking, « licornes » - tiges fixées sur le front* ». Il poursuit : « *On a pu voir au sein du Lab que Zoom est la seule plateforme accessible aux personnes non-voyante …Par ailleurs, Teams et Google ont des outils de transcription automatique de la parole mais juste en anglais, Teams semblant être enclin à avancer dans le champ du handicap* ».

« Les personnes qui ont des besoins spécifiques ont été un peu oubliées, alors que ce sont elles qui auraient eu besoin le plus besoin d'attention : [c'est un peu le] goût amer du numérique »

Hervé Delacroix, Administrateur APF France

BÉNÉFICES IDENTIFIÉS

- **Il est démontré que le maintien du lien social constitue un facteur clé du bien vieillir et un réel enjeu de société** et de santé, comme le précise une étude récente de l'Université de Chapel Hill en Caroline du Nord.[79] En renforçant le lien social grâce à la famille, aux amis et aux cercles de proximité (commerces, services, associations), on lutte contre l'isolement et on favorise de meilleures conditions de santé pour bien vieillir. Ce type de bénéfice se retrouve de manière similaire pour les personnes en situation de handicap.

- « *D'un point de vue général, des gens que l'on pensait réfractaires s'y sont très bien mis* », selon Delphine Mainguy.

[79] « **Rester en bonne santé grâce aux interactions sociales** » La depeche, 6 janvier 2016.

ET MAINTENANT

⇨ Pour les personnes âgées en perte d'autonomie en EHPAD

Les réflexions vont maintenant se poursuivre pour une continuité de l'usage du numérique pour le lien social entre les résidents et les familles.

A ce propos, Delphine Mainguy, prévoit que « *si on devait réfléchir pour être plus efficace, il faudrait voir comment mieux diffuser de l'information. On aurait pu développer une chaine télé, par exemple, quelque chose de plus interactif* ». De telles réflexions devront se faire dans le contexte de l'évolution du cadre des EHPAD : « *Les EHPAD ont joué un rôle sanitaire pendant cette période de crise. Dans l'avenir, [...] il y aura forcément des réflexions à mener sur l'outillage. Dans les EHPAD, les gens arrivent de plus en plus tard, et de plus en plus dépendants.* » conclut-elle.

⇨ Pour les personnes en situation de handicap

La crise a prouvé l'importance des outils « *à distance* » (téléconsultation, télétravail, visioconférence) pour ces personnes en situation de handicap.

Il faut maintenant s'y pencher pour les adapter en tenant compte de leurs spécificités, en faisant valoir leurs besoins, en étant présent en co-construction et lors des tests dans une logique d'innovation inclusive. **Cette adaptation des outils pourrait aussi bénéficier au plus grand nombre.** En effet, on peut considérer que les personnes en situation de handicap ont la capacité à détecter très tôt les dérives de notre société : les choses « *malpratiques* » pour les personnes valides deviennent inutilisables pour les personnes handicapées.

Cependant, le numérique ne peut pas être une solution de facilité pour ne pas prendre en compte les besoins spécifiques des personnes en situation de handicap : « *Celles-ci en effet privilégient le présentiel avec une relation directe avec les autres : le distanciel est [perçue comme] stigmatisant et excluant. Par contre, il faut rester prêt à affronter une nouvelle crise éventuelle et le distanciel peut aussi être utile pour apporter des solutions transitoires* » conclut Hervé Delacroix.

« Prendre en compte les besoins des personnes en situation de handicap, sentinelles des dysfonctionnements de notre société ».

Hervé Delacroix, Administrateur APF France

SOUTIEN, INFORMATION ET ÉDUCATION DU GRAND PUBLIC

Lors de la crise, de nombreux dispositifs ayant une visée d'information et d'éducation du grand public ont été mis en place au bénéfice de l'ensemble du territoire.

« Il y a eu un réel besoin de faire connaitre toutes les initiatives qui ont vu le jour autour du Covid. Les initiatives étaient tellement foisonnantes et lancées par un tel nombre d'acteurs qu'il était devenu nécessaire de les évaluer et rendre visible. Une task force a été créée pour référencer, évaluer les services numériques utiles dans le cadre de la gestion de la crise, et les publier [...]. ».

Hela Ghariani, directrice de projets à la DNS

Usage constaté et outils utilisés

La crise a suscité un fort besoin d'information du grand public, qui s'est également traduit par un besoin de soutien pour faire face à l'inquiétude et aussi d'éducation pour apprendre les bons gestes. Cela s'est traduit par une large palette d'initiatives (sites internet, émissions radio et TV, chatbot et même serious games).

⇨ Site internet informatifs et formatifs

Par exemple, parmi les sites qui sont le plus fréquemment remontés dans notre recherche bibliographique :

- sante.fr (site existant avant la Covid) qui répertorie entre autres, tous les lieux de prélèvement des tests virologiques pour le dépistage du Covid consultables sur une carte géolocalisée. A la date du 23 septembre, 3 553 points de prélèvement (permanents ou ponctuels) sont identifiés sur la carte, qui avait été consultée près de 600 000 fois à mi-juin.[80]

- mesconseilsCovid.fr (créé spécifiquement dans le cadre du contexte Covid), site de prévention et de conseils personnalisés face au virus qui comptait au 16 juin plus de 30 000 utilisateurs alors qu'il avait été mis en ligne le 11 mai.

“ Selon Hela Ghariani : « *la matière existait (au ministère, à la HAS, au HCSP, ...), mais il fallait la rendre personnalisable et accessible à tous. L'idée retenue était de pouvoir trouver l'information à un seul et même endroit, d'où la création d'un comité d'experts (numérique, médecins, patients) qui a construit des contenus et des algorithmes mis à disposition en open source et sur le site. La crise et l'état d'urgence ont permis en un temps record la mise en place d'une équipe pluridisciplinaire*[81] ». « *Cela a vraiment été utilisé un peu partout pour orienter les personnes. Il s'agit de l'usage le plus fort sur santé.fr [...]. Il est ainsi devenu plus visible du grand public. Des ponts se sont fait naturellement avec l'Assurance Maladie, la crise a permis de dépasser des distances historiques. Par exemple Ameli.fr a réorienté vers Santé.fr pour des infos génériques* ».

[80] « **Comment l'épidémie de Covid-19 a fait exploser l'offre numérique en santé (DNS)** », Tic santé par W.Zirar,16 Juin 2020.
[81] « **Comment l'épidémie de Covid-19 a fait exploser l'offre numérique en santé (DNS)** », Tic santé par W.Zirar,16 Juin 2020.

- Covid19-medicaments.com (créé spécifiquement dans le cadre du contexte Covid) : pour vérifier si un médicament peut aggraver les symptômes de la maladie. Le site a été réalisé avec validation scientifique du Réseau Français des Centres Régionaux de Pharmacovigilance, du Département Hospitalo-Universitaire de Pharmacologie de Bordeaux, du conseil Scientifique du site PharmaCovid, de la SFPT et avec l'expertise technologique de Synapse Medicine.[82]

- maladiecoronavirus.fr, (créé spécifiquement dans le cadre du contexte Covid) développé par l'institut pasteur, pour comparer ses symptômes avec ceux du Covid.[83]

- Covidout.fr (créé spécifiquement dans le cadre du contexte Covid) qui propose des outils pour évaluer au quotidien son humeur et explorer différentes sphères (sommeil, nutrition, émotions…) et visualiser leurs évolutions au moyen de graphiques, et ainsi mieux comprendre et mieux gérer ses rythmes et ses comportements.[84]

- Urgences Chrono, application d'informations sur les délais d'attentes aux urgences et les alternatives de soins (non dédiée à Covid).[85]

- Doctissimo, qui a produit des contenus, à l'écrit mais aussi en vidéo, fortement encouragée durant cette période. Il s'agissait de contenus pédagogiques, d'explications : ce qu'était vraiment le coronavirus, comment s'en protéger, etc.

Des programmes en Facebook Live ont été également créés, comme le précise Nicolas Salado, son directeur : « *On a essayé de prendre toutes les questions très variées qui nous arrivaient. On a alors battu des records d'audience pour ce type de contenu, ce qui a montré un énorme besoin en explications et de maintien du lien avec les professionnels de santé de la part du grand public* ». Il précise également que Doctissimo s'est impliqué contre la diffusion des fake news autour du Covid : « *On a aussi anticipé la propagation d'éventuelles fake news en proposant des programmes d'explication de ces fake news, provenant principalement des réseaux sociaux. Nous essayions de démontrer que ces informations étaient fausses, toujours dans un objectif pédagogique, en essayant d'éviter au maximum la condescendance et l'infantilisation de nos utilisateurs. Cette lutte anti fake news nous tient à cœur, tout comme cette volonté d'une approche pédagogique dans le respect des utilisateurs* ».

⇨ Podcasts, émissions radios et TV

Nicolas Salado poursuit : « *La première phase était celle du besoin d'informations en continu. Les gens cherchaient des renseignements sur le coronavirus qui était alors à peine en train d'apparaître, mais étaient principalement préoccupés par ce qui allait se passer à très court terme, avec le confinement, etc. Les médias d'information classique ont explosé à cette période. Il y avait une sorte d'inquiétude couplée avec un besoin d'immédiateté. Puis très vite, les gens se sont posés des questions sur le virus en lui-même, comment il était détecté, quels étaient les symptômes, etc. Nous sommes alors entrés dans une deuxième phase : celle besoin de compréhension de l'aspect pathologique* ».

[82] « **Covid-19 : Soyez vigilants sur les médicaments** », 2019 NCDV, 2020.
[83] « **Auto-évaluation des symptômes Covid-19, vérification des médicam consultation et suivi à distance : tout un pan du système de santé dématérialise** », Labo société numérique, 25 Mars 2020.
[84] « **Communiqué de presse de Covidout** », 27 Avril 2020.
[85] « **Coronavirus. Urgence chrono : des réponses pratiques en cas de suspicion** » Actu, 2020.

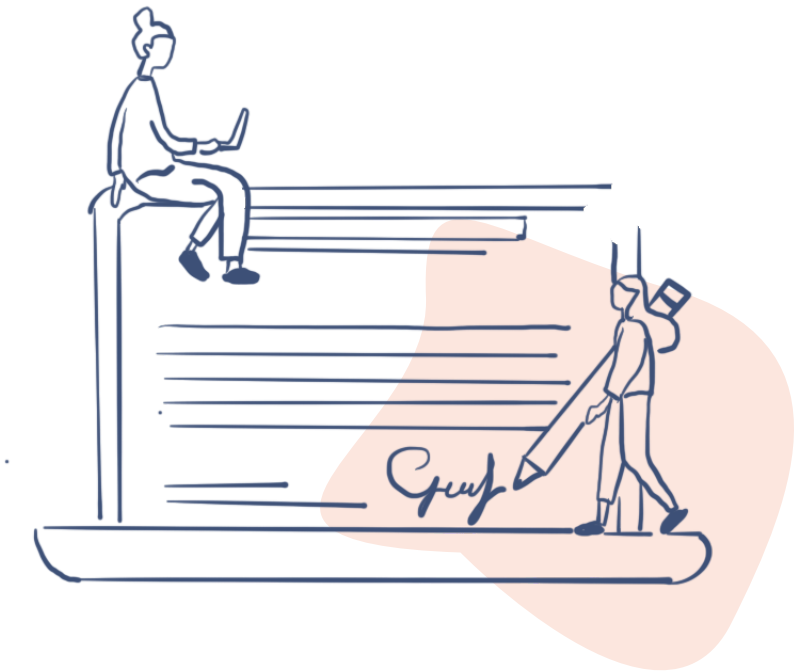
Les podcasts et chaînes de témoignages de soignants et bénévoles soignants ont alors émergé et explosé, comme par exemple :

- « *Derrière la blouse* », avec son émission « *transmissions : récits de jeunes soignants en temps de crise*[86]».
- Medshake, et son émission « *Journal d'une infirmière sous la Covid-19*[87] ».
- L'AP-HP a proposé une rubrique « *Immersion dans les hôpitaux et paroles de bénévoles*[89] ».
- France Inter avec son émission « *Paroles de soignants et bénévoles soignants*[89] ».

⇨ Chatbots informatifs et Serious games

Des chatbots comme CovidBot, le chatbot du gouvernement et Healthbuddy[90] ont été développés pour éviter la diffusion de fausses informations.

Autre exemple, le jeu éducatif en ligne « *Coronavirus; je joue, je protége* » a été créé spécialement pour la Covid afin d'informer sur les aspects médicaux et préventif de la maladie.[91]



[86] « **Derrière la blouse** », Youtube, 2020.
[87] « **Le journal d'une infirmière sous le Covid-1919** », Youtube, 2020.
[88] « **1ère série de podcasts AP-HP en partenariat avec France Info : « Coronavirus : au cœur de la lutte** », Assistance publique hôpitaux de Paris, 9 juillet 2020.
[89] « **PAROLES DE SOIGNANT.E.S**, », France inter, 2020.
[90] « **HealthBuddy : un nouveau chatbot pour dialoguer avec les communautés d'Europe et d'Asie centrale sur la Covid-19** », Organisation mondiale de la santé Europe, 18 mai 2020.
[91] « **Coronavirus : je joue, je protége** », Focus Game, 2020.

FREINS IDENTIFIÉS

- Aucun frein n'a été identifié à ce propos en dehors de la problématique toujours grandissante des « *fake news* », des théories non fondées scientifiquement, ou des « *querelles de scientifiques* » tout au long de la crise.

- **Dans le contexte d'une grave crise sanitaire qui soulève beaucoup de questions auprès du grand public, la multiplicité des sources d'information peut devenir un problème,** surtout quand certaines se contredisent. **Même au niveau institutionnel, les initiatives qui se sont mises en place paraissent nombreuses et semblent avoir manqué d'un canal officiel reconnu immédiatement disponible.** Il y a eu création de sites ad hoc (comme Mes Conseils Covid), alimentation de sites existants mais peu connus du grand public jusqu'à présent (santé.fr), mise en ligne initiales sur un site d'Agence (par exemple l'ANS ou Santé Publique France), puis transfert vers une adresse. gouv… Au pire les contenus étaient différents entre sites institutionnels, au mieux ils renvoyaient vers une source commune mais le grand public devait naviguer d'une source à une autre. Il y aurait probablement besoin d'unifier la stratégie de communication de crise et de la soutenir par une campagne d'information au grand public.

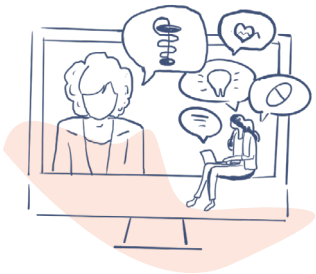
BÉNÉFICES IDENTIFIÉS

- Cette large palette de sources pour le grand public a très certainement permis **d'améliorer l'information et l'orientation des patients,** sans qu'il soit possible de le mesurer dans cette étude.

ET MAINTENANT

Au niveau des contenus, il faut maintenant réinventer la manière de poursuivre l'information du grand public. En effet, au sortir du confinement, il y a un besoin de « *reprendre une vie normale, et de couper un peu les liens avec le domaine de la santé, pour tourner la page* » comme le souligne Nicolas Salado. Il est probable que cette « *réorientation* » est en rapport avec le relâchement et la baisse de vigilance constatés, ce qui pose 3 questions : « *Comment maintenir ce flux d'informations ? Comment toucher les personnes qui n'ont pas été suffisamment soignées pendant 3 mois ? Comment passer à des problématiques plus récurrentes ?* » conclut-il.

INFORMATION ET FORMATION DES PROFESSIONNELS MÉDICAUX ET SOIGNANTS



Pendant la crise, les professionnels de santé ont dû faire face à des situations nouvelles, appréhender de nouveaux processus et outils, afin d'être efficaces très rapidement. Cela a généré un important besoin d'information et de formation à court terme sur les sujets en lien avec la Covid.

Usage constaté et outils utilisés

Ce besoin a pu être couvert par des programmes de formation plus ou moins lourds, avec notamment de l'« *info-formation* » ou « *micro-formation* », basée sur de courtes vidéos. Cela a permis à tout le monde d'avoir le même niveau d'information et de connaissance, comme par exemple « *utiliser un masque FFP2* », « *comment gérer les patients atteints du Covid », « comment réaliser aux mieux des consultations à distance* », etc…

L'information et la formation des professionnels de santé se sont traduites par de nombreuses plateformes spécifiques qui se sont montées pour la circonstance, certains ayant mis leurs services à disposition gratuitement pendant la crise. Ce tableau non exhaustif recense les supports informatifs puis formatifs.

Information

⇨ Plateforme nationale de recensement des outils numériques pour les professionnels « *Outils numériques - Covid-19* »

Afin d'accompagner les professionnels et établissements sanitaires et médico-sociaux dans leur choix d'outils numériques pertinents dans la lutte contre l'épidémie, le Ministère des Solidarités et de la Santé a établi dans l'urgence un référencement des solutions disponibles. Celui-ci propose notamment plus de 100 outils permettant aux professionnels de communiquer entre eux.[92]

“ Un des responsables déclare à ce propos : « *Nous avons décidé d'utiliser un mode déclaratif car cela permettait un témoignage et cela inversait les modèles habituels. Nous nous réservons bien entendu la possibilité de vérifier que les déclarations sont sincères et véritables. Mais pourquoi ne pas faire confiance ? Cela a en outre été fait en urgence, et répondait à un besoin fort* ».

⇨ Plateformes proposées par des groupes sanitaires

“ Un exemple cité par Nafissa Khaldi-Cherif : « *Pendant la crise Covid, des salariés relevant des fonctions supports n'avaient pas accès pendant les deux premières semaines à leurs messageries professionnelles et étaient en attente de la mise en œuvre du télétravail. La communication institutionnelle externe à destination de ces salariés a pu se faire via un blog public créé pour garantir et assurer la communication avec l'ensemble des salariés et de garantir un même niveau d'information à tous les professionnels. Des supports de communications ont été élaborés et diffusés sur l'intranet et le Blog public. Le blog héberge des informations et communications autour des bonnes pratiques d'hygiène en période Covid, sur la gestion de crise, tout un ensemble de procédures très techniques avec des films et outils ont été élaborés (comment s'habiller, comment mettre un masque, etc.) … Ce Blog continue à être alimenté.* »

[92] « **Analyse des outils numériques Covid sur la plateforme santé.fr** , Excel rassemblant tous les outils numériques référencés sur site santé.fr disponible en libre accés sur ce même site », 2020.

⇨ Newsletters

Des initiatives partant du terrain ont fleuri, comme par exemple « *Une newsletter a été initiée dans le cadre de la CPTS dont [je suis] vice-président pour communiquer autour du Covid, via mail* » témoigne Bruno Laurandin.

« *Le syndicat USPO nous envoyait des infos tous les jours jusqu'à 3 fois par jour (protocoles de désinfection, les interactions médicamenteuses, etc). Les bulletins étaient numérotés et horodatés. C'était très pratique.* » témoigne un autre pharmacien.

⇨ Communications institutionnelles

Un médecin généraliste témoigne : « *Nous avons été accompagnés par la sécurité sociale. Beaucoup d'e-mails, d'échanges téléphoniques (explications administratives, prises en charge spécifiques Covid, patients jamais venus dans la Covid). [...] Nous avions aussi des messages de l'ARS et de l'URPS* ».

⇨ Plateformes informatives privées

Les acteurs privés se sont mobilisés pour adapter ou créer des plateformes d'information, comme par exemple : Com-Scape, qui proposait des fiches pratiques liées au Covid, en compilant toutes les informations quotidiennes, les remettant en forme. Dans certaines régions d'ailleurs, des plateformes de partage d'infos et de protocoles entre soignants se sont développés comme AGIL santé sur la région Grand Est.

⇨ Sites internet ressources

Des sites internet ressources ont aussi vu le jour comme Coronaclic, site qui a permis aux médecins généralistes de trouver des informations pratiques à donner aux patients et de nombreuses ressources pour eux (infographies, algorithme décisionnel, support de consultation ect.)[93] Par ailleurs, Sante.fr s'est développé vers les professionnels pour les aider à suivre les essais cliniques sur la Covid.

D'autres existent depuis longtemps déjà. François Jaulin témoigne : « *En tant que médecin, je n'utilisais pas trop d'outils numériques, simplement des applis de société savantes en rapport avec mon métier comme celle de la SRLF et celle de la SFAR. [...]* ».

⇨ Plateformes d'appels téléphoniques

Des lignes d'appels téléphoniques à destination des médecins ont été utilisées pour donner des avis, mais pour celles qui nous ont été citées elles existaient déjà avant la crise.

Par exemple : « *A l'hôpital nous avions une ligne téléphonique d'astreinte pour pouvoir répondre aux questions des médecins 24h/ 24h. Le numéro existait avant la crise pour l'admission des patients mais il a été utilisé pendant la Covid pour une assistance téléphonique le week-end* » explique Elise Cabanes.

On peut mentionner aussi les lignes de support technique pour les outils déployés, notamment ceux en lien avec les usages qui se sont fortement développés comme la téléconsultation. Ils ont pu apporter une aide importante pour la prise en main rapide d'outils que les professionnels ne connaissaient pas avant la crise.

[93] « **Coronaclic** », Coronaclic, 2020.

Formation et e-learning (pouvant combiner aussi information / « *info-formations* »)

⇨ Plateformes proposées par des groupes sanitaires ou *GRADeS*

Des groupes sanitaires et hôpitaux ont pu mettre en place ou renforcer des plateformes de formation avec, pour certaines, délivrance d'attestation en fin de session, ceci sur base d'outils internes ou du commerce, mêlant e-learning, webinars, tutoriels, etc.

Par exemple, l'AP-HP a proposé des formations en ligne en e-learning. pour diffuser l'information et mettre à disposition les connaissances indispensables pour le traitement du Covid . Par exemple, « *B.A-BA de la ventilation* », « *Covid-19 en réanimation* », « *Formation étudiants en médecine* », « *Covid-19 et grossesse* » etc. Elle a ensuite souhaité développer un partenariat avec 360 Learning pour déployer le plus rapidement possible une formation à ORBIS, son logiciel dossier patient, utilisé pour l'accueil et le suivi des patients atteints du Covid.[94]

Autre exemple, des séances d'e-learning organisées sur ses différentes solutions du SESAN.

⇨ Plateformes formatives privées

Les acteurs privés se sont mobilisés pour adapter ou créer des plateformes de formation, comme par exemple :

- Imadis, qui a développé une formation des radiologues pour la prise en charge des patients Covid[95].
- Invivox, solution pour organiser simplement des formations par webinars entre professionnels de santé. De plus, pendant la période de crise Invivox et Catalyse proposaient aux acteurs de la santé des webinars sur le management en temps de crise[96 97].
- Sim for health, qui a donné accès gratuitement à sa collection de solutions pour la formation des étudiants et infirmiers. Cela a permis à plus de 220 établissements de continuer les formations[98 99].
- Biologie-elearning.fr, qui a permis par exemple à des IDE de bénéficier de formation en e-learning afin d'être habilité aux prélèvements nasopharyngés.

⇨ Réalité virtuelle

La réalité virtuelle est encore à ses débuts pour ce qui concerne son usage pour la formation. Cette technologie a été ponctuellement utilisée pour la formation de soignants, avec quelques références. REVINAX, outil qui crée des tutoriels immersifs en réalité virtuelle, a donné accès gratuitement à tous les tutoriels de soins pendant au moins un mois[100].En dehors de nos frontières, les médecins du Georges Washington University Hospital ont trouvé le moyen de se rendre compte de l'état des poumons d'un patient infecté par la Covid. Avec la réalité virtuelle, ils modélisent les poumons des patients atteints et examinent précisément leur état[101].

[94] « **360Learning forme celles et ceux qui sont en première ligne contre la Covid-19** », Maddyness par A.Taffin, 8 Avril 2020.
[95] « **Une formation médicale radiologique en e-learning dédiée au Covid-19 & assistant de rédaction de compte rendu structuré** », Informatique news, 10 Avril 2020.
[96] « **Organisez simplement vos formations en webinar** », Invivox, 2020.
[97] « **Des webinars dédiés aux professionnels de santé** », Hkind, 2020.
[98] « **Comment Sim for health aide à combattre la Covid-19 ?** », La french Tech, 11 juin 2020.
[99] « **La formation comme outils de lutte contre le coronavirus** »,SimforHealth, 28 avril 2020.
[100] « **Revinax** », 2020.
[101] **« Les dégats du coronavirus sur le corps humain en réalité virtuel », Futura tech par L.Neveu, 28 Mars 2020.**

FREINS IDENTIFIÉS

- **Le sentiment d'un « *trop plein* » d'informations a pu apparaitre** chez certains témoins, comme l'explique le Dr François Jaulin : « *Il y avait trop d'informations venant de trop de sources différentes et c'était très compliqué de s'y retrouver* ». Les professionnels avaient besoin de sources d'informations simples d'accès et nécessitant peu de temps d'adaptation.

- En s'appuyant sur des informations purement déclaratives sur les outils recensés, les professionnels ne disposaient pas d'informations fiables. Lionel Reichardt, pointe les inconvénients de ce mode : « *Il existe des plateformes de recensement mais on mélange des pommes et des poires. Recenser n'est pas évaluer. [...] Combien ont été réellement utilisées ? Quels résultats ?* ».

BÉNÉFICES IDENTIFIÉS

- **Cette large palette de sources d'information et de formations accessibles et pour certaines très ergonomiques a globalement permis d'améliorer la situation** : « *Il y a eu une meilleure connaissance des professionnels de santé qui ont pu rassurer leurs patients, il y a eu un bon niveau de connaissances sur la maladie et les professionnels de santé pouvaient mieux accompagner leurs patients* », témoigne Myriam Oukkal.

- **En particulier, le caractère distanciel des formations avec la Covid a parfois permis de démultiplier le nombre de personnes qui ont pu y assister ou les revoir a posteriori :** par rapport à la situation antérieure où le présentiel prévalait, la fondatrice d'un outil de mise en relation des professionnels de santé précise : « *au lieu de 40 personnes en présentiel, on recensait 270 personnes connectées [au Webinar]* ». Par ailleurs, un médecin généraliste explique que « *le temps manque pour voir tous les webinars en direct, cependant il est possible de les voir en rediffusion* ».

- **Paradoxalement la crise a libéré du temps pour certains professionnels qui en ont profité pour se former.** Parmi les sujets les plus demandés, le représentant d'une plateforme ayant proposé des sessions de formation, note ceux sur la kinésithérapie et l'orthopédie : « *En effet, ces professionnels de santé n'exerçaient pas, ils étaient confinés. Il y avait une notion de disponibilité et d'envie de garder le lien. Quand les gens sont disponibles, ils se forment* ».

⇨ **Enfin, le recensement national autodéclaratif des outils numériques par le Ministère au service des professionnels a constitué une première[102].** D'après David Sainati, de la DNS, *« via notre référencement nous avons surtout pu entrer en contact avec de nombreuses entreprises innovantes de télémédecine que nous n'avions pas identifiées précédemment. »*

ET MAINTENANT

Que restera-t-il de toutes ces initiatives ?

« *Je pense que la formation en ligne va durer car elle coûte moins cher et permet de former en masse* », selon François Jaulin.

De fortes attentes existent pour renforcer la connaissance (recensement et évaluation) des outils numériques pour les professionnels.

Ainsi, Myriam Oukkal affirme qu'« *il a également manqué une coordination des outils en Île-de-France. Beaucoup d'outils ont été déployés (...) mais il a manqué une « Market Place » des solutions développées et ciblées de façon intelligente. (...) Il aurait fallu une cartographie des solutions déployées pendant la crise, il y a eu un manque de visibilité. On n'a pas évalué le service médical rendu, on n'a pas pu classer les types de solutions selon leur niveau de maturité, selon le dispositif payeur (Sécurité Sociale, Établissement) / client (professionnel de santé, association de patients, ARS, patients, etc.)* ».

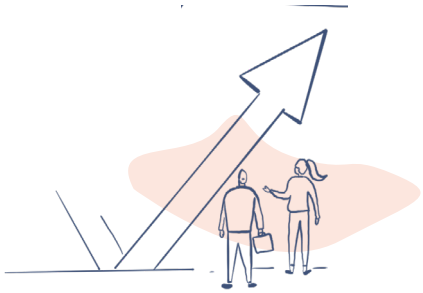
Une extension du périmètre du contenu des outils de formation a été évoqué par les acteurs que nous avons interrogés.

Par exemple sur des « *soft skills* » : « *Un médecin n'est pas forcément naturellement bon pour gérer un hôpital ou même plus simplement une équipe dans un service et une formation de management serait très appréciée. Je pense que la médecine de haute fiabilité passe par les softs skills et le développement de ce genre de choses. De plus, toutes ces formations peuvent se tenir en ligne* », explique François Jaulin, anesthésiste.

Plus généralement la crise a posé la question de la pratique digitale des professionnels de santé et de leur accompagnement sur ce sujet. (Cf partie accompagnement des professionnels dans la santé numérique).

[102] « **Téléconsultation et Covid-19 : qui peut pratiquer à distance et comment ?** », Ministère des solidarités et de la santé, 6 juillet 2020.

2.5. DES INDUSTRIELS, STARTUPEURS ET DSI AU RENDEZ-VOUS



La crise a mobilisé avant tout les professionnels de santé, cependant, les startups, industriels et directeurs des systèmes d'information ont également été très impactés, en se retrouvant parfois en première ligne.

Startups

Pour les startups la crise a été une opportunité de développement. Le mouvement de solidarité qui s'est généralisé à tout le secteur de la Santé (gratuité ou tarifs réduits) a permis à de nombreuses startups de faire connaître leurs solutions et de les tester à grande échelle dans certaines structures.

« *Nous avons clairement eu un avant et un après Covid. Nous sommes passés de 300 utilisateurs à plus de 1200 »,* selon une fondatrice de startup. La gratuité a été un élément facilitant dont beaucoup espèrent qu'il est le prélude à un investissement pérenne : *« on les a aidés bénévolement et maintenant ils s'intéressent à notre outil pour continuer avec un abonnement* », précise la même fondatrice.

Les offres ont été adaptées très rapidement, et l'expérimentation en situation réelle a permis aux startups d'améliorer leurs produits en contacte directe avec leurs publics cibles. Elles ont aussi pu se repositionner, aussi bien fonctionnellement que dans leur modèle économique.

Pour d'autres startups dont les solutions n'étaient pas directement en lien avec la gestion de l'urgence sanitaire (outils de suivi à distance, plateformes d'échange et de partage), la crise a pu avoir un effet inverse en gelant les négociations en cours avec des structures de santé.

« *Pendant la crise les négociations ont été stoppées, depuis la rentrée les échanges ont repris avec certains hôpitaux* » explique une autre startuppeuse.

L'impact pour les startups et leurs clients est paradoxal. Certaines ont accéléré leur développement. Celles non liées à la crise directe ont été stoppées net.

« *Sur les 30 boîtes que nous accompagnons, une vingtaine avaient du sens dans cette période Covid* » indique Mathieu Trystram, Directeur de Tech Care.

Toutes ont cherché à bénéficier des mécanismes d'aide de l'Etat : report de charge, prêts garantis ou fonds Résilience Île-de-France et collectivités. Au-delà de cette aide ponctuelle, les startups attendent de la visibilité sur les expérimentations menées. Beaucoup de régions les ont financées sur une courte durée. Des généralisations sont possibles sur des solutions qui ont fait leurs preuves en situation de crise, est-ce que les crédits dédiés à l'innovation seront prolongés ? Est-ce que les ressources débloquées pour la Covid seront pérennisées ? Cela reste encore une inconnue pour la plupart d'entre elles.

Pendant cette période, les incubateurs ont accompagnés au plus près les startups. Tous ont l'habitude de travailler à distance mais des outils ont été mis en place : ateliers à distance, plateforme web, etc.

« *La vraie question maintenant c'est comment switcher sur du payant ? L'impact financier va arriver en 2021. Sur X solutions qui vont rester, qui va pouvoir passer en payant. Maintenant on les aide à réfléchir au modèle de fonctionnement de demain* », indique Mathieu Trystram.

Industriels

Confrontés aux besoins urgents des structures qu'ils outillent, les industriels ont développé de nouvelles solutions en un temps record, pour l'orientation et le suivi des patients Covid.

« *Nous avons mis en place en 48h maladiecoronavirus.fr* », explique Régis Sénégou.

« *Une solution de suivi des patients Covid a été mise en place en 5 jours week-end inclus sur un établissement* », indique un responsable. Souvent adaptés d'outils existants, ces solutions ont été modifiées pour être le plus simple d'utilisation possible et répondre à des usages précis.

Par ailleurs ces solutions ont dû être déployées à une large échelle en très peu de temps, là où des mois de déploiement auraient été nécessaires. Cela a nécessité de mettre en place un accompagnement fort par les industriels, pour s'assurer de former tous les professionnels qui en avaient besoin.

A titre d'exemple Jean-Louis Baudet indique « *à l'AP-HP nous avons enrôlé les 12 000 médecins, il y avait des formations en e-learning chaque semaine* ».

La prise en main des outils se devait d'être la plus facile possible pour faire décoller les usages et dépasser les freins liés à l'utilisation de nouvelles solutions.

Les industriels, éditeurs « *historiques* » du secteur, ont aussi dû faire face à la concurrence des startups, dont les modèles gratuits (du moins temporairement) ont séduit les structures de santé. Leurs solutions développées sur fond propre n'ont pas encore trouvé de modèle économique et n'ont pas rencontré « *un marché* » existant, elles ont avant tout répondu à une urgence grâce à la forte mobilisation des acteurs.

« *J'ai été rassuré par la mobilisation des acteurs au-delà des problèmes économiques ou autres, tout le monde voulait avancer. Ce qui m'a alerté c'est l'urgence de déployer les outils numériques et d'aller au bout de la logique* », explique Régis Sénégou, de Docaposte.

Ce foisonnement d'initiatives et de sollicitations (startups et industriels) a aussi conduit à imaginer de nouvelles façons de faire émerger des solutions communes. L'initiative « *Coalition Innovation* », créé au mois de mars sous l'impulsion de France Digitale et des laboratoires pharmaceutiques avec le soutien de la BPI, a ainsi vu les offres de plus de 400 startups.

« *Pendant que les institutionnels structuraient la gestion de crise, il y a eu un vrai élan des acteurs du secteur santé pour voir comment chacun pouvait contribuer* », explique un responsable innovation santé privée. Il poursuit : « *Digital Pharma Lab a organisé cette coalition avec l'objectif de mettre autour de la table des bénéficiaires (professionnels de soins), des labos, et des experts du digital, des associations de patient, pour faire un appel à candidature vers les startups qui pouvaient aider les patients chroniques et Covid pendant la crise. [...] Ce mouvement a été une très belle expérience, et une vraie nouveauté. Les laboratoires n'étaient plus concurrents. Tout le monde était rassemblé dans un même objectif, être utile, efficace ensemble* ».

DSI des établissements de santé

La crise a généré un important surcroit de travail pour adapter en accéléré les infrastructures informatiques et numériques des établissements.

Ainsi par exemple, Jean-Christophe Bernadac témoigne : « *L'augmentation des capacités informatiques pour gérer l'extension des capacités des services critiques [a signifié concrètement pour la DSI] : une augmentation du nombre de licences, l'ajout de matériels (par exemple automates pour la biologie), des connexions supplémentaires aux SI (comme le Système de Gestion de Laboratoire), des contacts avec les prestataires concernés [...] [Par ailleurs], le déploiement massif du télétravail [a signifié] : dans l'urgence il a fallu multiplier par 10 le nombre de télétravailleurs : de 120 télétravailleurs avant Covid à 1200 (simultanés) à la fin de la première semaine puis plus de 2000 par la suite, la DSI s'était outillée pour une capacité maximale de 3000 personnes en simultané. [Ceci] a nécessité le renforcement des matériels de protection d'accès, le doublement des lignes internet, l'augmentation du nombre de licences pour les outils qui le nécessitaient* ».

Un autre DSI en témoigne lui-aussi que : « *l'urgence des 2 premières semaines : quelle organisation du télétravail, accès à distance [...] Le télétravail sera en partie pérennisé. [...] Cela amène de nouvelles réflexions sur le poste de travail utilisateur et sur les locaux, c'est intéressant pour repenser la géographie des locaux, évoluer vers plus de flex-office avec moins de postes nominatifs dédiés à une personne. [...] [Il y a un] enjeu sur le poste de travail mobile du collaborateur, nouvelle brique pérenne du SI* ».

01 INTRODUCTION

02 LES GRANDES TENDANCES

03 POINTS DE VIGILANCE ET ENJEUX

04 CONCLUSION

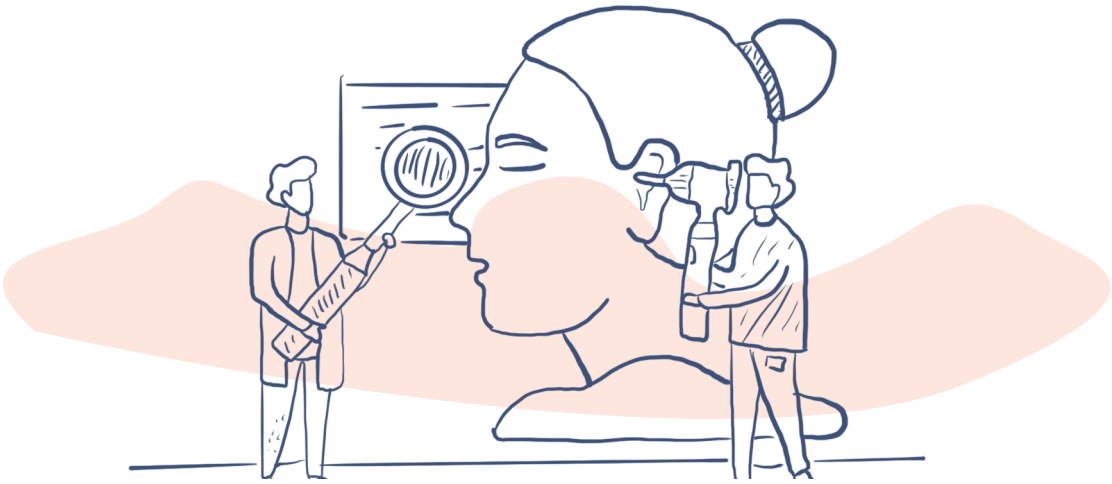
05 LEXIQUE

06 REMERCIEMENTS

3

POINTS DE VIGILANCE ET ENJEUX

3.1. L'ACCOMPAGNEMENT DES PROFESSIONNELS DANS LA SANTÉ NUMÉRIQUE



Les professionnels ont été surchargés dans la période de la crise, et n'ont pas pu prendre le temps ni le recul nécessaire pour mettre en place de manière cohérente l'ensemble des outils numériques qui auraient été utiles. Le plus souvent, ils ont intensifié l'utilisation d'outils précédemment déjà déployés ou utilisés, et ont pu s'approprier de nouveaux outils lorsque ceux-ci étaient simples d'usage et de mise en œuvre initiale.

« *Ce n'était pas tant un sujet de temps d'adaptation mais un sujet de surcharge mentale du fait d'intégrer des outils alors que la charge opérationnelle était énorme. Il a fallu s'adapter et parfois faire le choix de ne pas utiliser d'autres (nouveaux) outils (exemple de Filgéria développé par SESAN que nous n'avons eu le temps d'utiliser)* », selon le Dr François Dolveck.

Le constat est le même du côté d'un opérateur de télémédecine : « *nous n'avons pas eu le temps de développer de nouvelles fonctionnalités, et par ailleurs il aurait été impossible de former les soignants à de nouveaux outils pendant cette période de crise. [...] Nous avions les outils numériques, mais ils n'ont pas été utilisés pendant la crise. Il faut davantage former les structures et acteurs de la santé aux outils numériques, qu'ils se les approprient, s'y acculturent, afin de pouvoir les utiliser en temps de crise [...] Ils doivent absolument être formés* », explique Emmanuelle Pierga.

Ces retours posent la question de l'adoption d'une culture numérique plus approfondie chez les professionnels.

« *Si on veut que le numérique soit utile et utilisé, il faut une écoute, un accompagnement de notre personnel soignant. Il faut 40% de techno et 60% d'accompagnement, de formation, d'humain* », selon Thierry Chevalier.

La plupart des professionnels interrogés font bien ressortir en effet la dimension clé de l'accompagnement au changement sur plusieurs sujets :

⇨ Organisation

- **Reconnaissance de la nécessité de mise en œuvre, dans certains cas, de projets organisationnels en amont des projets numériques,** et ce dès lors que le numérique vient outiller des processus et ne se cantonne pas à une simple amélioration du poste de travail individuel

- **Mise en place systématique de véritables projets de conduite du changement, en accompagnement du déploiement des outils numériques :** « *pour une adoption plus forte encore il faut aider les professionnels … Quand quelqu'un est prêt à utiliser la solution il faut être présent à ses côtés pour que ça décolle* », selon Jean-Louis Baudet. il faut accompagner pour faciliter la prise en main. Le Dr François Dolveck, témoigne : « *on a des services sur lesquels il faut améliorer la performance. On nous pousse à développer des outils métiers. Mais une fois déployés il n'y a plus de moyens pour travailler les usages et surtout l'animation avec des personnes dédiées. C'est pour moi une erreur majeure car il n'y a pas que les outils qui comptent* ».

⇨ La formation et l'émergence de nouveaux métiers

- **Intégration de contenus digitaux aux cursus de formations initiales.** « *La transition vers le digital passe par la formation en télémédecine et en e-santé. Il n'y a pas de formations ou très peu, il y a des DU qui sont trop lourds. Il faut faire des petites formations (de quelques heures à quelques jours), aller sur le terrain, rassembler les libéraux dans des clubs par exemple pour informer des nouveaux dispositifs réglementaires, informer des avancées de la e-santé et revoir l'aspect pratique* » explique Anne Gross. Emmanuelle Pierga abonde en ce sens : « *il faudrait proposer des formations pendant les études de médecine, et pas seulement via des DU* ».

- **Renforcement de la formation en présentiel et distanciel / e-learning** : « *Les formations à distance ont leurs limites, il faut être présent pour rassurer, dédramatiser l'usage. A l'AP-HP où ils ont enrôlé les 12 000 médecins, il y avait des formations chaque semaine* », selon Jean-Louis Baudet.

- **Mise en place de nouveaux métiers en accompagnement du déploiement des outils numériques :** « *Il faudrait un nouveau métier. Quelqu'un qui connaisse le terrain et les outils pour l'accompagnement type - Coordinateur des outils numérique. Il faut une véritable ingénierie de projet et organisationnel. Sans cela, le déploiement ne marche pas car demande beaucoup de temps. C'est pour cela que cela ne décolle pas* », selon un médecin chef dans un hôpital gériatrique. « *Il faut vraiment que dans les métiers présents au SAMU on intègre dans le quotidien de nos structures des gens qui sont à l'interface des outils et des métiers. On croit toujours qu'un outil est intuitif ou facile d'appropriation après une formation. Mais on a des gammes d'outils très variés alors c'est important. […] Nous sommes à la croisée des chemins sur les évolutions de métiers il faut absolument outiller en RH* », explique François Dolveck. Il complète : « *pour ma part, ce qui m'a manqué à l'hôpital c'est d'avoir une personne du type technicien SI en permanence avec nous (installation, extraction de donnée, etc.). Quelqu'un d'affecté à nos côtés. Cela a été d'ailleurs le même problème dans tous les Samu de France. Aujourd'hui les équipes «détournent» souvent quelqu'un de leur effectif pour faire cela dont ce n'est pas le métier et qui n'est pas forcément identifié comme tel* ».

⇨ Le référencement

- **Renforcement du rôle des pouvoirs publics pour référencer de manière utile l'offre applicative tenant compte de la variété des usages et des situations, en s'appuyant sur l'initiative de plateforme nationale lancée pendant la crise :** « *Il y a eu beaucoup d'appel à projet pour donner de la visibilité aux sociétés - exemple : Coalition Covid. Mais globalement, il y a eu beaucoup de cacophonie.. Les listings n'ont pas servi à grand-chose. Ce qui manque aujourd'hui c'est un annuaire des solutions mais surtout une manière de les qualifier. [...] Il faut aider les gens à faire le tri. [...]* » selon Mathieu Trystram.

- **Mise sur pied d'un label national** pour l'offre applicative : « *Il faudra que les outils numériques, publics ou privés obéissent à des exigences de référentiels publics. Il y aura donc un cahier des charges co-construit avec tous les acteurs débouchant sur une sorte de label par la puissance publique* ». Ce label aiderait les décideurs à se repérer, en évaluant les outils, indépendamment du discours marketing des éditeurs. Aujourd'hui « *[nous avons ressenti] une occupation du terrain par des industriels plus forte que des institutions régionales ou nationales* », selon un DSI hospitalier.

⇨ L'accompagnement

- **Renforcement du rôle des pouvoirs publics pour aider à orienter et guider les professionnels dans leurs choix,** dans leurs projets de mise en œuvre et dans l'usage, en favorisant les partages d'expérience : « *Besoin d'un interlocuteur unique qui traite, les questions/remarques des professionnels de santé qui utilisent/souhaitent utiliser des outils e-santé, et les adresse ensuite au bon organisme (CNIL ? Direction information ? etc.). Il faudrait un acteur national qui compare les ARS, montre ce qui se fait dans telle ou telle ARS, partage, ...* ». « *Sur le côté RGPD c'est la CNIL et pour le secret médical c'est l'Ordre mais qui enclenche une démarche ? Si un professionnel de santé détecte problème sur un outil de santé, à qui est ce qu'il fait remonter ? Il faut donc vraiment réfléchir à un interlocuteur* », selon Anne Gross.

L'accalmie relative de fin de crise pourrait justement permettre d'anticiper les choses et peut être accélérer les projets numériques qui seraient utiles aux professionnels pour faire face à une nouvelle crise sanitaire.

3.2. RISQUES DE CYBERSÉCURITÉ, PROTECTION DES DONNÉES

La donnée de santé est progressivement devenue un enjeu médico-économique, en même temps qu'elle a été régulée dans le Code de la Santé Publique puis via le RGPD. La protection des données de santé dans les services numériques de santé est un enjeu central pour créer la confiance.

Pendant la crise, les structures sanitaires ont dû faire face dans l'urgence, quitte à décaler les aspects sécurité et RGPD, comme par exemple l'usage d'applications grand public pour réaliser des téléconsultation ou encore l'explosion d'auto-questionnaires[103] et d'applications de suivi de symptômes reliées à des plateformes qui n'ont pas toujours respecté toute la réglementation.

A ce propos, un témoin souligne : « *On a mis de côté le sujet données, RGPD car pendant la crise il y avait un service à rendre rapidement, dans les 5 min donc il y avait un choix à faire* ».

Selon Myriam Oukkal : « *avec l'épidémie, tout a été très rapide et ce n'était pas la priorité mais il va falloir vérifier la conformité RGPD et la sécurité des données des patients. Au-delà de l'évaluation SMR, il faudra évaluer la sécurité des données* ».

La crise semble cependant changer quelque peu la donne et la question pourrait se poser d'une remise en cause de certains aspects du cadre réglementaire au bénéfice de la santé publique.

Selon Lionel Reichardt, il y a le « *sujet de la place de la donnée personnelle : abandonner un peu de sa privacy pour le bien-être collectif comme pour les vaccins* ».

Selon Angèle Malâtre-Lansac, directrice déléguée à la santé à l'institut Montaigne : « *La puissance de la donnée est encore inexploitée. Pendant la crise, ces données auraient pu être encore plus utilisées. Bien sûr, cela pose de nombreux problèmes éthiques et la population française est toujours très méfiante à ce sujet. Mais comme avec la télémédecine, qui a gagné la confiance des professionnels de santé et des français pendant le confinement, les données doivent être exploitées pour montrer à la population l'intérêt de ces outils modernes et permettre une meilleure réponse à ce type de crise*[104]».

[103] « **Santé : comment les outils numériques permettent de gérer la crise du coronavirus ?** », La provence par F.Cassar, 6 Avril 2020.
[104] « **Table-ronde #1 des Rencontres digitales pour le Système de santé** », 25 juin 2020

Premier pas dans ce sens, un arrêté paru au JO le 22 avril 2020[105] a autorisé la CNAM et Health Data Hub à collecter des données pendant la durée de l'état d'urgence sanitaire, afin de lutter contre l'épidémie : données pharmaceutiques, celles issues des applications mobiles de santé et d'outils de télésurveillance et télémédecine, ou celles relatives aux appels recueillis au niveau des services d'aide médicale, etc.. Les données recueillies « *ne peuvent être traitées que pour des projets poursuivant une finalité d'intérêt public en lien avec l'épidémie actuelle de Covid-19 et pour la durée de l'état d'urgence sanitaire institué pour faire face à cette épidémie* ». Elles « *ne peuvent être traitées que sur la plateforme technologique [du Health Data Hub] et sur la plateforme de la Cnam, et ne peuvent pas en être extraites[106]* ». Et, depuis lors, un nouvel arrêté publié le 2 juillet[107] autorise de nombreux organismes et institutions publics à « *mettre en œuvre des traitements de données à caractère personnel dans le domaine de la santé ayant pour seule finalité de répondre, en cas de situation d'urgence, à une alerte sanitaire et d'en gérer les suites. Il semble donc que la crise change quelque peu les perspectives en matière de gestion de la donnée de santé* ».

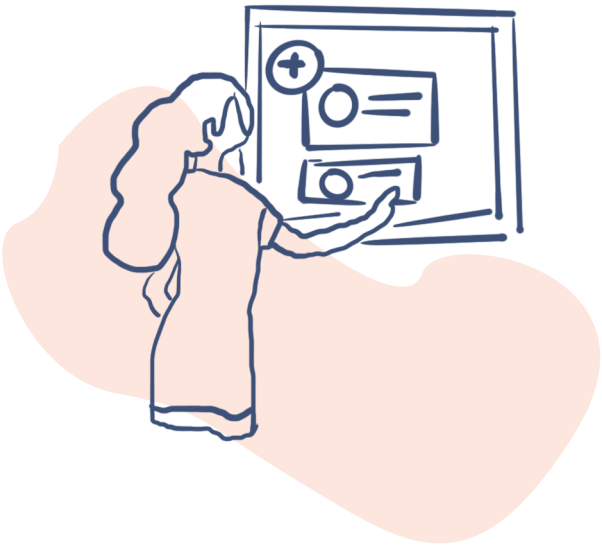
Du côté des citoyens les projets de « *tracking* » des patients déployés un peu partout dans le monde ainsi que les doutes et questionnements qui se sont fait jour en France autour de la sortie de StopCovid, sont révélateurs de la méfiance que suscitent ces outils, et de la difficulté d'utiliser des informations individuelles dans un but de santé publique. A ce propos, la Cnil a annoncé le 20 juillet avoir mis le ministère des solidarités et de la santé en demeure de remédier à « *plusieurs irrégularités* » qui persistent dans le fonctionnement de l'application de traçage des cas contacts StopCovid dans un délai d'un mois[108].

La cybersécurité reste un autre enjeu toujours présent avant, pendant et après la crise. Pendant la Covid-19, de fausses applications de tracking[109](faux « Stop Covid ») pirataient les téléphones, les mails d'hameçonnages ont proliféré, le phishing également [110].Les attaques sur les hôpitaux (une attaque tous les trois jours dans le monde) ont explosé[111]:

- ⇨ Le nombre de cyber-attaques a augmenté de 20 à 25%[112] depuis le début de l'épidémie et plus particulièrement dans les entreprises de santé, les hôpitaux et dans les entreprises alimentaires. Une de leurs techniques : des attaques massives sont organisées depuis le monde entier et viennent saturer les réseaux pour les rendre indisponibles.

- ⇨ Souvent, les pirates exigent des rançons pour rétablir les services[113]. Une attaque sur l'AP-HP a fait saturer les serveurs de connexions (pour contrer l'attaque, l'équipe a dû couper internet temporairement). Heureusement, cette attaque est restée sans conséquences graves.[114]

[105] « **Légifrance** », Légifrance, 21 Avril 2020.
[106] « **Covid-19: le Health Data Hub et la Cnam autorisés à collecter des données** », Tic Pharma par L.Caravagna, 27 avril 2020.
[107] « **Un arrêté autorise la collecte de données de santé en cas d'alerte sanitaire** », Tic santé par L.Caravagna, 17 juillet 2020.
[108] « **StopCovid: le ministère de la santé mis en demeure par la Cnil** », Domain tools par T.Saleh, 21 juillet 2020.
[109] « **CovidLock: Mobile Coronavirus Tracking App Coughs Up Ransomware** », 2020.
[110] « **Coronavirus : comment pirates informatiques et escrocs profitent de la pandémie** », Le monde par M.Untersinger, 18 mars 2020.
[111] « **Les hôpitaux visés tous les trois jours par une cyberattaque, une tribune appelle les gouvernements à réagir** », Sputnik France, 26 mai 2020.
[112] « **Coronavirus en France : Les cyberattaques se multiplient en cette période de crise** », 20 minutes par C.Allain, 24 avril 2020.
[113] « **Coronavirus en France : Les cyberattaques se multiplient en cette période de crise** », 20 minutes par C.Allain, 24 avril 2020.
[114] « **En lutte contre le coronavirus, les Hôpitaux de Paris victimes d'une cyberattaque** », Figaro, 3 mars 2020.



Pendant cette période critique, des entreprises comme Orange et Thalès ont proposé aux hôpitaux de partager leurs informations sur l'évolution des cybermenaces[115]. Mailinblack, une startup spécialisée dans la cybersécurité des mails a protégé 25 hôpitaux depuis le début de la crise gratuitement[116]. Les plateformes de télémédecine devront elles aussi devenir plus sûres et respecter les contraintes réglementaires : seulement 70% des outils référencés sur sante.fr sont certifiés HDS[117].

[115] « **Les hôpitaux français sur le pied de guerre face aux cyberattaques** », Figaro par P.Sautreuil, 3 avril 2020.
[116] « **Covid-19-19 : Mailinblack protège la messagerie des établissements de santé** », Mailing Black, 2020.
[117] « **Analyse des outils numériques Covid sur la plateforme santé.fr** , Excel rassemblant tous les outils numériques référencés sur site santé.fr disponible en libre accés sur ce même site », 2020.

3.3. PROBLÉMATIQUES D'INTEROPÉRABILITÉ

Les Systèmes d'Information sont fortement sollicités et contribuent en partie à la gestion de la crise. **Beaucoup de nouveaux outils sont déployés, ce qui a généré d'importantes problématiques d'interopérabilité :**

- **D'une part il faut réaliser l'intégration de ces nouveaux outils au Système d'Information existant** (dans une structure de santé), ce qui a été un défi pour les DSI en si peu de temps. Par exemple à l'AP-HP une intégration automatisée des rendez-vous de téléconsultation a été réalisée dans le dossier patient ORBIS, une démarche identique est prévue pour les comptes rendus. Renfort-Covid a été connecté aux outils de gestion des compétences, des expériences et des qualifications. Hoptisoins a été connecté aux partenaires fournissant transport, garde d'enfants, hébergement. Et la problématique est la même dans les plus petites structures comme les MSP.

- **D'autre part ces outils dématérialisent des processus et génèrent eux-mêmes leurs propres** documents électroniques qu'il faut produire, stocker, partager, échanger. En sachant que la multiplication des pratiques médicales à distance a généré un besoin équivalent d'échanges à distance, au-delà donc de la structure d'exercice du professionnel. La téléconsultation entraîne avec elle la dématérialisation du rendez-vous, de l'ordonnance, du compte-rendu, des courriers éventuels au confrère, de leur signature, … La dématérialisation n'est pas complète et c'est un frein.

Cette situation inédite révèle un manque d'interopérabilité déjà bien connu avant crise. Dans les hôpitaux, certains médecins que nous avons interrogés sont excédés : « *aujourd'hui, l'écosystème informatique de l'hôpital est nul, il n'y aucune interopérabilité et énormément de logiciels différents. Ce problème date d'il y a longtemps et c'est un enfer pour les soignants* ». Trop d'outils métiers, qui ne parlent pas entre eux au sein même d'un établissement …Et cela coûte cher : « *on dit qu'on est exsangues et on jette des millions d'euros par les fenêtres en multipliant les outils. Les interfaçeurs se grattent le ventre* », dénonce un praticien hospitalier.

Ce manque d'interopérabilité et de compatibilité des logiciels fait perdre beaucoup de temps quand on considère les besoins d'échange entre structures ou professionnels. Les échanges ville/hôpital intègrent la transmission de résultats et de comptes rendus. De nombreux professionnels interrogés ont relevé le besoin :

- D'exporter / réimporter des documents. Par exemple « *il n'y a pas d'interface entre notre logiciel métier et Doctolib pour récupérer directement la prescription. Il faut copier-coller la prescription en PDF sur le bureau et réimporter dans ActeurCS* », explique une responsable de centre de santé.

⇨ De rematérialiser les documents reçus :

- Soit pour apposer une signature (tampon officiel du médecin sur une ordonnance par exemple). « *Il faut apposer le tampon du médecin (ADELI/RPPS/Coordonnées …) ce qui nécessite d'imprimer puis de rescanner pour mettre en partage avec le patient (fenêtre de partage dans Doctolib)* », explique un médecin généraliste.

- Soit pour intégrer des documents en pièce jointe dans le dossier du patient (pour un médecin, lorsque l'on reçoit un compte-rendu d'un confrère, ou pour un pharmacien, lorsque l'on veut intégrer une ordonnance dématérialisée dans son logiciel métier). « *Je suis obligé d'imprimer l'ordonnance dématérialisée du patient, puis de scanner le document pour l'inscrire dans le logiciel* », explique un pharmacien.

Sans qu'aucun automatisme ne permette de réaliser des intégrations natives dans les outils métier.

Face à la multiplicité des outils, le support d'échange le plus « *agnostique* » reste le courrier par messagerie sécurisée de santé, mais il nécessite un classement manuel du médecin en dehors de la présence du patient, ce qui n'est pas pratique et fait perdre trop de temps. Il serait très utile de pouvoir réaliser l'intégration nativement dans le logiciel métier. Par ailleurs les expéditeurs n'ont pas toujours un annuaire à jour permettant de réaliser cet envoi … Certains établissements font donc appel à des sociétés spécialisées comme Lifen, qui maintiennent des annuaires et recherchent le meilleur canal d'envoi (messagerie sécurisée si elle existe).

Et certains logiciels métier ne gèrent toujours pas la messagerie sécurisée de santé, comme le *LGO* de Bruno Laurandin. Il réagit : « *la compatibilité devrait être obligatoire* ».

Les plateformes de coordination sont la solution à ces problématiques, mais elles ne remplissent pas encore leur rôle parce qu'elles ne sont pas assez diffusées, ni assez interopérables.

Par exemple Virginie Drecq que son logiciel métier n'est pas encore interfacé avec Terr-eSanté. Le problème se pose même au sein d'une plateforme, par exemple pour l'interopérabilité le logiciel métier et un objet connecté, l'éditeur refuse des développements au motif que peu de SSIAD l'utiliseraient « *vous allez être la seule en France à demander ça* », relate-t-elle. Or les nouveaux usages comme la télésurveillance nécessitent une interopérabilité élargie, avec un grand nombre d'objets connectés pouvant envoyer des mesures dans l'outil métier.

Le succès des outils de coordination pourrait être soutenu par le respect obligatoire de référentiels d'interopérabilité commun opposables. Dans une première étape un label permettrait de s'assurer du respect des exigences d'interopérabilité, comme l'ANS a pu le faire pour certains outils, et dans une deuxième étape ce label deviendrait obligatoire.

La crise a amplifié les problèmes d'interopérabilité, qui nuisent à la bonne coordination des professionnels. Il est indispensable de développer la présence territoriale des plateformes de coordination et de les rendre interopérable avec tous les outils des professionnels.

Pour le professionnel cela doit être transparent, demande une responsable de pôle : « *Il faut que les outils que l'on utilise fonctionnent et soient interopérables. Que l'on trouve tous les outils sur un même lieu, qu'il n'y ait pas double saisie* ».

3.4. FINANCEMENT ET MODÈLES ÉCONOMIQUES

La crise a créé une urgence vitale qui a court-circuité les financements classiques des outils numériques, dans la mesure où la gratuité temporaire a été la règle de la part de nombre d'industriels et opérateurs privés.

Les besoins d'outillage ont favorisé l'expérimentation d'un grand nombre d'outils. « *Des startups ont proposé du tout et du n'importe quoi, en gratuit pendant la période de crise : grosse sollicitation de la part des éditeurs, pour qui la crise a été une opportunité* », témoigne un responsable santé privée. Cette situation n'est bien sûr pas durable et chaque outil devra trouver son modèle économique.

En effet, il n'y aura d'usages d'outils numériques que si les industriels et opérateurs fournisseurs des solutions arrivent à trouver un modèle économique durable, avec des payeurs clairement identifiés (qui, en santé, ne se confondent pas toujours avec les utilisateurs des services). Or les nouveaux services numériques ne peuvent pas toujours se rémunérer par un surcoût sur des actes médicaux déjà réglementés.

A tel point que les industriels n'arrivent pas toujours à un équilibre financier satisfaisant, comme le déclare l'un d'eux : « *Depuis son entrée dans le droit commun en 2018, la téléconsultation n'est pas encore rentable. On a fait le pari de la généralisation en baissant les coûts de l'abonnement, c'est un pari de long terme, il n'y a pas encore de modèle économique. Le niveau de remboursement de l'acte de téléconsultation ne laisse pas de place à la partie purement technique. Il faut arriver à étendre l'offre de services pour que ce soit rentable, en s'adossant à des équipes de médecins par exemple* ».

Dans ce contexte, comment inciter les industriels et opérateurs à poursuivre l'effort d'investissement dans l'innovation en amont pour des outils toujours plus utiles et performants ? Par exemple, la question se pose pour les projets innovants en santé numérique issus d'équipes de soins en partenariat avec une startup, comme la mise au point d'algorithmes d'intelligence artificielle ou de nouveaux objets connectés ou modes de télésuivi. Le modèle économique n'est pas mature, comment financer l'innovation dans ce contexte ?

La question est d'autant plus complexe quand des offres publiques et privées se chevauchent, comme c'est le cas par exemple pour les outils de télémédecine.

« *La crise Covid a montré l'intérêt des plateformes régionales qui ont permis de généraliser la télémédecine rapidement (PREDICE, ORTIF, TéléO, monSISRA, Médicam, ...), grâce à des solutions déployées sur fonds publics ... Cela rend le modèle économique des startsups complexe pour les régions où ces plateformes sont mises à disposition gratuitement, l'horizon s'est bouché pour elles de ce point de vue, tandis que les plateformes régionales gratuites ont montré leur utilité dans cette crise* », explique Jean-Louis Baudet.

Chaque situation devra être considérée de manière spécifique, au regard du SMR (qui conditionnera un remboursement par la sécurité sociale, comme cela a été le cas récemment pour la téléconsultation et la téléexpertise) ou/et de l'intérêt qu'y portent les structures et professionnels de santé, avec leur propre capacité de financement. On peut citer également des nouveaux modes de rémunération à l'étude, comme le paiement au parcours, à l'épisode de soins, ou à la qualité des soins, dans la suite des expérimentations article 51.

01 INTRODUCTION

02 LES GRANDES TENDANCES

03 POINTS DE VIGILANCE ET ENJEUX

04 CONCLUSION

05 LEXIQUE

06 REMERCIEMENTS

4

CONCLUSION

Quelles leçons spécifiques peut-on tirer de cette crise ?

La sociologie de la crise

Selon Laurent Marty, **il va rester quelque chose de cette crise :** « *À la fin d'une crise, on passe à autre chose. Le moment est exceptionnel. Pendant la crise, pendant l'épreuve, c'est exceptionnel et ça ne reste pas. Par contre, la crise peut créer des choses nouvelles ou amplifier des choses qui existaient déjà. [...] Cela ne signifie pas qu'il n'y aura pas de retour à la normale. On revient toujours à ce qui était avant. On va revenir à la vie ordinaire car il faut que les entreprises et l'hôpital tournent de nouveau. Mais l'état d'esprit qui était en train de se développer depuis 20 ans va s'amplifier et générer des transformations dans la manière de gérer les hôpitaux, de faire de la prévention et l'éducation thérapeutique des patients. [...] Il y a un effet de seuil, un changement culturel par les personnes de façon individuelle et des prises de conscience* ».

Selon lui, de **profonds changements sont à l'œuvre** : « *La crise a amplifié la dimension systémique. Il va y avoir plus d'exigences : plus personne ne croit en un grand programme qui va tout changer, nous libérer de tous les problèmes. Les changements se font plus concrètement, dans la manière d'agir au quotidien, c'est en ce sens que l'on peut parler de changement systémique, qui se produit en de multiples endroits de façon spécifique, mais en interaction.* »

L'évolution du numérique en santé a franchi une barrière psychologique

En quelques semaines, le numérique a fait la preuve de sa puissance au bénéfice des patients, des professionnels de santé et de la prise en charge de la population.

Selon un DSI hospitalier, « *la crise a été un accélérateur pour déployer des outils pas complètement matures, elle a levé des freins liés à la conduite du changement et probablement qu'on ne reviendra pas en arrière* ».

Elise Cabanes, complète : « *L'opinion des gens avant était : ça va prendre du temps, c'est difficile, il faut faire changer les mentalités. Depuis la crise, personne ne m'a redit ça. L'opinion des gens maintenant est : nous sommes prêts à utiliser les technologies, ils sont plus réceptifs, les hôpitaux sont prêts à les utiliser* ».

Selon un responsable innovation santé privé : « *il y a eu une prise de conscience des professionnels et des patients. Après la crise on a un terrain plus propice au déploiement, une plus grande écoute. Cela va permettre d'avancer sur les nouvelles priorités identifiées : mobilité, télésuivi, éducation thérapeutique à distance, ect* ».

Et Bruno Laurandin, ajoute que « *les choses peuvent évoluer vite dans le numérique en Santé ... Finalement il en faut parfois peu pour que ça avance vite, quand l'outil fournit un service utile plébiscité par les utilisateurs* ». Par ailleurs le déploiement rapide de nouvelles solutions a fait réaliser le besoin indispensable d'accompagner les professionnels dans les nouveaux usages numériques, pour s'assurer que les pratiques suivent le déploiement des outils.

La transformation numérique nécessite de poser clairement un nouveau cadre éthique, pour que son déploiement ne se heurte plus aux réticences rencontrées avant et pendant la crise

Laurent Marty propose **un cadre dans lequel le numérique devrait évoluer à l'avenir,** en étant attentif à l'articulation des outils avec leurs usagers, professionnels comme patients. « *L'attention à l'usager doit être au centre de tout. On pense que le numérique est d'abord du software alors que c'est faux. [...] De la culture numérique, on ne retient que l'intelligence artificielle, alors qu'il y a l'intelligence des réseaux, les échanges entre les gens. Il faut intégrer cette dimension du numérique. Il ne faut pas seulement acquérir un protocole d'installation mais plutôt une philosophie dans laquelle l'usager passe avant tout. Les méthodes agiles rejoignent l'esprit des soignants : on surveille constamment que l'évolution du logiciel est en adéquation avec l'usage qu'en font les gens. [...] Il faut prendre en considération l'expérience usager comme un élément de décision incontournable* ». Cela passe par un accompagnement transversal, depuis la conception jusqu'au déploiement des services de santé.

Le virage numérique amorcé dans le cadre de Ma Santé 2022 se révèle indispensable

La crise a révélé le besoin des services socles et outils de coordination déjà présents dans la feuille de route du numérique en santé. L'échange de données médicales notamment, la mise en place de l'Espace Numérique de Santé pour le patient, sont des avancées majeures qui auraient rendu d'immenses services pendant la crise. Il faut accélérer leur développement et accompagner leurs usages pour qu'ils deviennent une réalité concrète dans le calendrier défini.

C'est bien une des priorités affichée du **Ségur de la Santé,** qui a décidé de consacrer une partie du plan de 6 milliards d'investissement au numérique, notamment pour le rattrapage du retard sur le numérique, l'investissement du médico-social en numérique, une plateforme digitale unique pour le patient, la prolongation des dispositifs d'assouplissement mis en place pendant la crise en télémédecine, ainsi que faire de l'Espace Numérique de Santé une réalité concrète pour les Français dès début 2022.

Les usages prospectifs qui pourraient se développer dans le futur

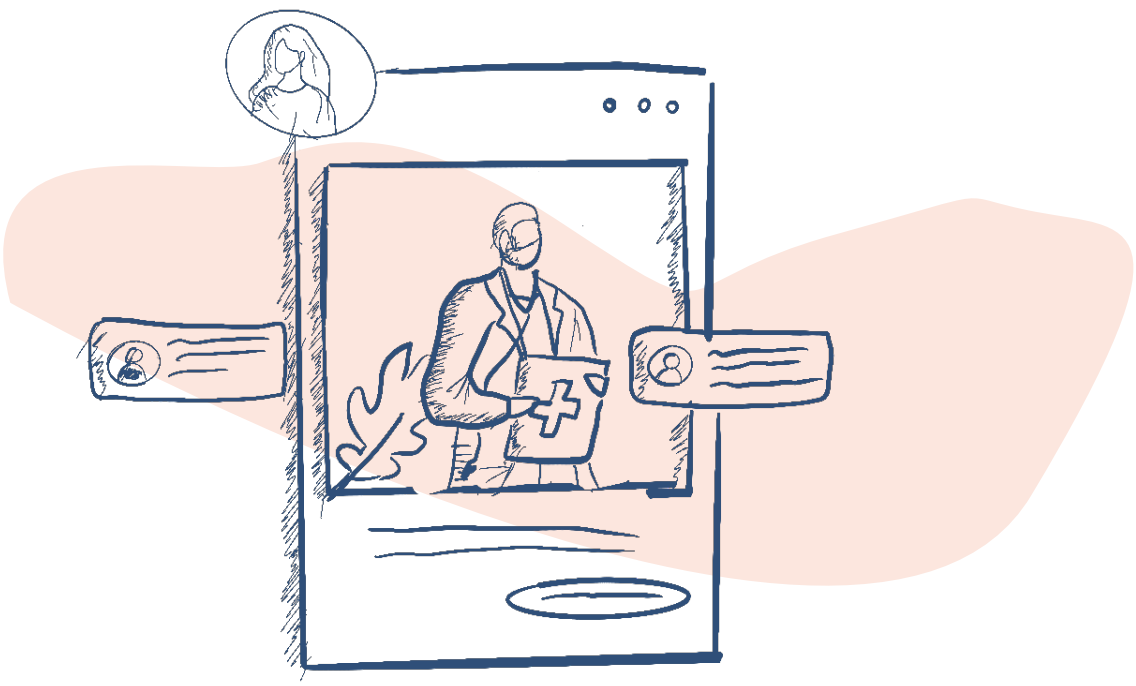
La crise a eu un effet direct sur l'expérimentation à grande échelle des outils numériques. Parmi ceux qui pourraient se développer à l'avenir on peut citer, par domaine :

- **L'épidémiologie et la gestion de crise sanitaire :** elles pourraient être renforcées par des systèmes de détection précoce d'épidémie, la généralisation d'applications d'auto-évaluation et de pré-orientation pour le grand public, des dispositifs de soutien, information et formation pouvant être déployés en urgence, une gestion pérenne des bases de données sanitaires nationales, l'exploitation améliorée de données statistiques, une gestion logistique adaptée pour les produits de première nécessité...

- **Les objets connectés en santé (IoT) :** le développement de la télémédecine passera par la démocratisation des objets connectés en santé, aussi bien pour les contextes de téléconsultation, télésurveillance médicale, ou auto-évaluations du patient. Au-delà d'un simple usage de confort ou d'agrément pour soi-même, les usages médicalisés en lien avec ces objets pourraient véritablement se développer dans le cadre de protocoles spécifiques. Ils seraient à construire avec les professionnels de santé, notamment en préalable de consultations médicales ou dans le cadre d'un suivi régulier.

- **Les technologies de rupture pour la santé :** plusieurs technologies de rupture vont très certainement influer sur le développement et les perspectives de la santé numérique pour l'après-Covid. C'est principalement le cas de l'intelligence artificielle dont le potentiel est d'ores et déjà clairement démontré : pour des applications en épidémiologie, pré-orientation des patients, tri rapide aux urgences, télésuivi ou aide au diagnostic (notamment en ce qui concerne l'imagerie médicale, un projet a été mené avec succès sur de l'imagerie « Covid ») et à la prescription médicamenteuse.

- On peut aussi citer la réalité virtuelle (pour la formation des professionnels de santé), l'impression 3D (pour la réalisation rapide et flexible de dispositifs utiles en cas de crise sanitaire) ainsi que les drones ou encore la robotique (pour aider à des livraisons rapides, remplacer le personnel dans certaines tâches dans le but de limiter les risques sanitaires).



01 INTRODUCTION

02 LES GRANDES TENDANCES

03 POINTS DE VIGILANCE ET ENJEUX

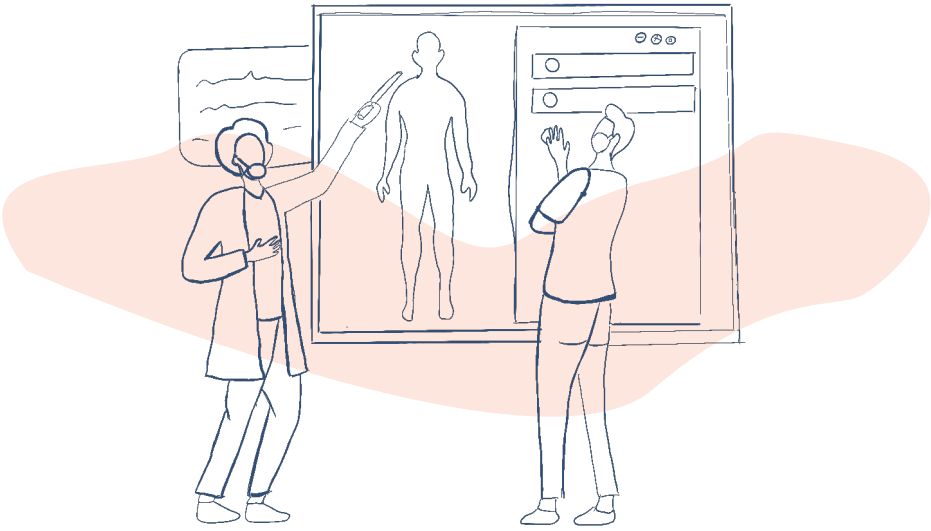
04 CONCLUSION

05 LEXIQUE

06 REMERCIEMENTS

4

LEXIQUE



A

ALD : Affection Longue Durée
APF France : Association des Paralysés de France
AP-HP : Assistance Publique - Hôpitaux de Paris
APMAD : Association pour le Maintien à Domicile
ARS : Agence Régionale de Santé

C

CPTS : Communautés Professionnelles Territoriales de Santé

D

DAC : Dispositif d'Appui à la Coordination
DMP : Dossier Médical Partagé
DNS : Délégation ministérielle du Numérique en Santé. Elle est chargée de définir et mettre en œuvre la stratégie du numérique en santé
DSI : Direction/Directeur des Systèmes d'Informations

E

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
ENS : Espace Numérique de Santé

F

FILGERIA : Dispositif d'appui santé aux EHPAD par les filières régionales gériatriques et SAMU

G

GCS : Groupement de Coopération Sanitaire
GHT : Groupement Hospitalier de Territoire
GRADES : Groupement Régional d'Appui au Développement de l'e-Santé

H

HAD : Hospitalisation A Domicile

I

IA : Intelligence Artificielle
Illectronisme : Illettrisme numérique correspondant à la difficulté, voire l'incapacité à utiliser les appareils numériques et les outils informatiques. Cela touche en particulier les populations les plus fragiles : personnes âgées, précarisées ou n'ayant pas d'intérêt pour l'informatique
INS : Identifiant National de Santé

L

LGC : Logiciel de Gestion de Cabinet
LGO : Logiciel de Gestion de l'Officine

M

MSP : Maison de santé pluriprofessionnelle
MSS : Messagerie Sécurisée de Santé

O

ORTIF : Outil de télémédecine proposé par le GCS SESAN, en Île-de-France

R

RGPD : Règlement Général sur la Protection des Données

S

SADM : Système d'Aide à la Décision Médicale
SIH : Système d'Information Hospitalier
SMR : Service Médical Rendu
SSIAD : Service de Soins Infirmiers à Domicile
SSR : Soins de Suite et Réadaptation

T

Téléconsultation : La téléconsultation, selon son sens couramment admis, est une pratique, encadrée réglementairement, qui permet à un professionnel médical de donner une consultation à distance, via un support physique numérique (tablette, smartphone, ordinateur) et une application ou un logiciel « homologué ».
Par extension, on parle ici de téléconsultation même lorsque tous les paramètres ne suivent pas stricto sensu la réglementation (notamment lorsque la téléconsultation est réalisée via une application « grand public » non homologuée, type WhatsApp).

Téléconsultation de spécialité : Un soignant avec le patient et un médecin spécialiste à distance. Utilisé notamment dans les EHPAD, pour la dermatologie, la psychogériatrie ...

Téléexpertise : La téléexpertise est l'une des modalités définies dans le cadre réglementaire pour la télémédecine, permettant à un médecin de solliciter l'avis d'un confrère face à une situation médicale donnée, hors de la présence de ce dernier et a priori hors de la présence des patients, afin d'assurer une prise en charge plus rapide. Elle est entrée dans le droit commun depuis 2019 en lien avec un système de rémunération mis en place par l'Assurance Maladie à la fois pour le médecin requis mais aussi pour le requérant.

Téléradiologie : La téléradiologie est un contexte particulier concernant l'analyse d'images médicales à distance, qui se décompose entre 1er et 2e avis et dont les usages sont développés depuis de nombreuses années déjà. La téléradiologie de 1er avis est un diagnostic à distance fait par un radiologue qui ne rentre pas stricto sensu dans la définition d'une téléexpertise. La téléradiologie de second avis est un cas particulier de téléexpertise faisant appel à un autre avis donné par un radiologue distant après un 1er avis formulé par un radiologue qui peut requérir ensuite ce 2e avis selon le cas.

Téléréadaptation / Téléréééducation : Il s'agit ici de réaliser des actes de réadaptation ou rééducation à distance entre un professionnel et un patient à domicile le plus souvent, avec l'aide d'outils variés de type visioconférence, et le cas échéant, de dispositifs spécifiques.

Ces pratiques ne sont pas aujourd'hui recensées comme des actes de télémédecine par la réglementation à proprement parler, mais pourraient s'apparenter, dans certains cas, à des formes de télésoins.

Télésoin : pratique qui met en relation un patient avec un pharmacien d'officine ou un professionnel de santé paramédical.

Télésuivi / Télésurveillance : Il est fait référence ici au suivi à distance des patients par le corps médical pouvant prendre plusieurs formes qui se combinent : applications smartphone avec questionnaires, capteurs,... Ceci concerne notamment le suivi à distance post-hospitalisation, une fois le patient revenu à domicile, mais aussi le suivi à distance et au long court de pathologies chroniques.

Cette définition ne se limite donc pas au cadre restrictif défini par les expérimentations article 54 (programme Etapes) en matière de télésurveillance médicale.

Terr-eSanté : Terr-eSanté est la plateforme de partage et de services proposée par l'Agence Régionale de Santé Île-de-France : elle facilite la coordination et la prise en charge des patients complexes entre professionnels de santé ou du secteur médico-social qui participent à cette prise en charge.

U

URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé

01 INTRODUCTION

02 LES GRANDES TENDANCES

03 POINTS DE VIGILANCE ET ENJEUX

04 CONCLUSION

05 LEXIQUE

06 REMERCIEMENTS

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier les personnes ayant participé à cette étude, qui nous ont consacré du temps et qui nous ont permis de comprendre de manière concrète et opérationnelle les effets de la crise Covid sur les usages des outils numériques :

Jean-Louis BAUDET, directeur business unit Télémédecine, NEHS Digital - Jean-Christophe BERNADAC, directeur du système d'information et de l'informatique, Hospices Civils de Lyon - Dr Elise CABANES, médecin urgentiste gériatre, présidente d'EPOCA - Thierry CHEVALIER, directeur général, Technosens - Sanche D'ABRAVANEL, strategy director, Doctolib - Hervé DELACROIX, administrateur APF France handicap et Vice-président AGEFIPH - Dr François DOLVECK, directeur médical Samu 77, chef du département de médecine d'urgence Hôpital de Melun - Virginie DRECQ, directrice, APMAD - Hela GHARIANI, directrice de projets, Délégation ministérielle du Numérique en Santé - Dr Anne GROSS, psychiatre et spécialiste e-santé - Laure GUÉROULT-ACCOLAS, fondatrice de Patients en réseau - Dr François JAULIN, anesthésiste et startuppeur - Benjamin KAMMOUN, responsable Healthcare, WILCO - Dr Nafissa KHALDI-CHERIF, directrice Stratégie médicale, UGECAM IDF - Julien KOUCHNER, président, 1Healthmedia - Dr Yann L'HERMITTE, praticien hospitalier, CH Sud Francilien - Stéphanie LAGUIGNÉ, fondatrice et CEO, Meredith Santé - Bruno LAURANDIN, pharmacien (département 92) - Jacques LÉGLISE, directeur général, Hôpital Foch - Dr Jacques LUCAS, président, Agence du numérique en santé - Dr Laurence LUQUEL, médecin chef, Hôpital gériatrique Les Magnolias - Delphine MAINGUY, directrice générale France, Maisons de Famille - Lorraine MAISNIER-BOCHÉ, avocate spécialiste des données de santé - Giovanna MARSICO, Déléguée au Service Public d'Information en Santé [SPIS] Santé.fr - Laurent MARTY, anthropologue - Myriam OUKKAL, spécialiste e-santé et adjointe au chef de bureau des politiques sociales et du développement des RH, Ministère des solidarités et de la santé

Laurence PARRAIN, directrice de la santé, centre municipal de santé d'Issy-les-Moulineaux (espace santé Simone Veil) - Emmanuelle PIERGA, directrice marketing et communication, CTM groupe - Lionel REICHARDT, fondateur de 7C's Health et co-fondateur du club Digital Pharma - Philippe RIZAND, directeur des systèmes d'information, Institut Curie - David SAINATI, directeur de projets, Délégation ministérielle du Numérique en Santé - Nicolas SALADO, directeur général, Doctissimo - Anne SCHWEIGHOFER, co-fondatrice et coordinatrice de la Ligne C, fondatrice de Patient Conseil Agence - Régis SÉNÉGOU Market Leader E-santé, Docaposte - Camille THÉROND-CHARLES, présidente de l'association Maladies Foie Enfant - Catherine TOURETTE-TURGIS, fondatrice de l'Université des Patients, professeur à Sorbonne Université, chercheure au CNAM - Mathieu TRYSTRAM, directeur, TechCare - Dr Isabelle UZAN, radiologue

---

Nous tenons également à remercier plusieurs contributeurs qui ont souhaité rester anonymes : professionnels de santé ou responsables dans des établissements de soins.

Le SESAN, Service Numérique de Santé, en tant que GRADES, est l'expert opérationnel en Systèmes d'Information pour les acteurs de santé franciliens en lien avec l'Agence Régionale de Santé d'Île-de-France.

Il a missionné mc2i, hkind et Enoving pour réaliser cette étude.

mc2i

Cabinet de conseil indépendant, mc2i conseille et accompagne les grands groupes privés et les administrations dans les enjeux de la transformation numérique, autour de ses deux axes principaux : l'alignement des Systèmes d'Information sur la stratégie de l'entreprise et l'adaptation des Organisations aux nouveaux modes de travail.

Convaincu que le numérique peut aider les organisations et les Hommes à mieux gérer notre santé, mc2i a construit une solide expertise des problématiques de l'écosystème santé et accompagne des acteurs institutionnels, des établissements de santé, des industriels ou des entreprises de la santé.

hkind

hkind propose une solution digitale qui permet la mise en relation et le partage des initiatives et des projets de santé entre patients, aidants, soignants et entrepreneurs de la santé. hkind existe aussi en version privatisée et sur mesure pour permettre aux professionnels de terrain de s'informer et se coordonner de façon simple et efficace (CPTS, URPS, GHT, etc). C'est une startup qui sert l'intérêt général, engagée dans la Tech for good, pilotée par deux actrices de santé publique, Alice de Maximy et Marie Thubeuf-Luks. Nos valeurs : partage, éthique, humanité, synergie, efficacité et simplicité.

Enoving

Enoving est une société de conseil et d'ingénierie de projet fondée par Michel Barth en santé et fragilités (médico-social et social). Enoving intervient pour des institutions publiques et des entreprises privées de toute taille en santé pour des problématiques stratégiques ainsi qu'en assistance à maîtrise d'ouvrage. Le champ d'intervention principal d'Enoving est centré sur la rupture numérique et les problématiques afférentes d'organisation et de conduite du changement. Enoving se concentre sur du conseil à forte valeur ajoutée avec une équipe apportant expérience, expertise et méthodologie.

6-8 rue Firmin Gillot
75015 PARIS

01 48 78 99 88
contact@sesan.fr

www.sesan.fr