

Mise en place d'un Réseau Télémédecine: enseignements et pistes de travail

Eric GARCIA

Maître de Conférences Associé

LASS-GRAPHOS UMR 5823

Université Lyon I - III

18, rue Chevreul

69 007 Lyon

Tel : 04 72 72 45 81

Fax : 0 4 78 58 76 44

E-Mail : Eric.Garcia@univ-lyon3.fr

Résumé : Dans la continuité de l'article d'Alice TEIL, l'objet de ce papier est de présenter un cas pratique de mise en place d'un réseau entre la ville et l'hôpital à partir de l'instauration d'un système de communication reposant sur les nouvelles technologies de l'information et de la communication. Véritable démarche de changement, la mise en place de ce réseau sera approchée par l'intermédiaire de ses objectifs, ses ressources, ses activités avant d'en mesurer les résultats obtenus sur le terrain, les difficultés rencontrées et les pistes de travail qui se dessinent aujourd'hui pour la pérennisation et le développement de ce nouveau type d'organisation.

Depuis une vingtaine d'années, les pays dits développés présentent tous un certain nombre de caractéristiques sociologiques communes. Le vieillissement progressif de leur population, l'essor rapide des technologies (notamment dans le domaine chirurgical), l'augmentation et la spécialisation des personnels médicaux, les inégalités accrues en terme d'accès aux soins sont les principaux paramètres qui ont contribué à une explosion des dépenses de santé. Face à des situations de plus en plus préoccupantes, les gouvernements recherchent sans relâche la ou les réponses à la question fondamentale : « Comment soigner mieux et dépenser moins ? ».

Développée véritablement sous l'impulsion du programme des autoroutes de l'information, pilotée par le ministère de l'industrie et initiée par le Conseil de l'Informatique Hospitalière et de Santé¹, la Télémédecine apparaît aujourd'hui être, aux yeux de certains spécialistes, une composante essentielle dans l'arsenal des mesures à instaurer pour réformer le système de santé.

L'engouement envers cette pratique est aujourd'hui réel, comme en témoigne la multiplication des publications dans la littérature et surtout le nombre important de projets réalisés ou en cours en France. Ainsi le Conseil de l'Informatique Hospitalière et de Santé (CIHS) a recensé en 1996 63 dossiers sur ce thème, dont 35 étaient à l'étude, 14 amorcés et 14 effectivement engagés ou en exploitation.

En réponse aux nombreuses interrogations qui se présentent au système de santé, les objectifs généraux assignés à la Télémédecine sont de cinq ordres² :

- l'amélioration de l'organisation des soins, grâce au rapprochement virtuel des différents acteurs susceptibles d'intervenir dans le cadre de la prise en charge d'un patient,
- l'actualisation des compétences et des pratiques médicales par l'affectation de crédits de formation aux médecins qui demandent un avis médical à un centre de Télémédecine ou qui consultent via Internet un réseau de services en ligne,
- la possibilité d'accès pour chaque citoyen à des soins de proximité de qualité dans le cadre de la politique d'aménagement du territoire,
- la réponse à la mondialisation des pratiques médicales, renforcée par l'ouverture de la Télémédecine aux télécommunications et supprimant la notion même de frontières,
- la contribution à la maîtrise des dépenses de santé par des gains directs obtenus sur la réduction des transferts de patients, la diminution du déplacement de certains professionnels et la réduction des

¹ Direction des hôpitaux, « Télémédecine en médecine périnatal », numéro 46, novembre décembre 1997

² SCHERRER (J. R.), « Prospective sur l'organisation future de la médecine par rapport à l'informatique médicale et hospitalière », in *Technologie et Santé*, numéro spécial Télématique et Télémédecine, juin 1993, pp. 7-12

coûts d'hospitalisation qui diffèrent selon la filière d'hospitalisation, hôpital local, secondaire ou spécialisé type centre hospitalier universitaire (CHU).

Pour tenter de répondre à ces objectifs ambitieux, une multiplicité d'applications et de services ont été développés qui tous répondent à l'appellation de Télé médecine, contribuant ainsi à entretenir une certaine confusion autour de cette notion. Selon la typologie proposée par la Direction des Hôpitaux³, il existe cinq grands types d'applications de Télé médecine qui se divisent en deux catégories :

— Les applications directement liées à la production de soins :

- la Téléconsultation, concernant les échanges entre médecin et patient dans le cadre du diagnostic, de la thérapeutique ou du suivi du patient,
- la Téléexpertise, représentant l'aide d'un médecin à un autre médecin situé à distance,
- la Télésurveillance, transmission d'information en provenance du domicile du patient à destination d'une centrale de télésurveillance,
- la Téléchirurgie, c'est-à-dire l'introduction des télécommunications et de la cybernétique dans la pratique chirurgicale.

— Les applications contribuant à l'amélioration de la qualité, de la continuité et de la sécurité des soins :

- la Téléformation, qui englobe deux classes de pratiques, la formation collective par la mise en place de réunions médicales, la formation individuelle à distance et l'utilisation des services Internet par exemple,
- la Télé médecine, étendue à la notion de réseau de soins qui concerne la communication, le partage et la gestion de l'information médicale entre acteurs de soins distants mais participant aux mêmes prises en charge.

C'est sur cette dernière forme de Télé médecine, qui constitue l'approche la plus large et la plus complexe, car orientée directement sur le système d'information relatif au patient que porte l'expérimentation du réseau Télé médecine de la Région Annecienne.

Cette expérimentation, financée par la Direction des Hôpitaux et initialisée au troisième trimestre 1996, comprenait six services hospitaliers du Centre Hospitalier – infectiologie, cardiologie, orthopédie, rhumatologie, anesthésie et hématologie - et une trentaine de cabinets médicaux.

Après deux années d'existence, ce programme réunissait au premier trimestre 1999, 9 services du centre hospitalier et 51 cabinets médicaux représentant 70 médecins.

Dans la continuité de l'article d'Alice TEIL, l'objet de papier est de présenter un cas pratique de mise en place d'un réseau entre la ville et l'hôpital à partir de l'instauration d'un système de communication reposant sur les nouvelles technologies de l'information et de la communication.

³ Direction des Hôpitaux, « Cartographie des projets français en télé médecine », juillet 1996

Le cadre de référence du projet : des objectifs spécifiques de l'expérimentation...

Les objectifs institutionnels et généraux du projet Télémedecine comportent un objectif principal à caractère organisationnel autour de la prise en charge des patients, et plusieurs objectifs secondaires à caractères techniques et médicaux.

L'objectif principal du projet, énoncé dans le document « fenêtre Télémedecine projet de communication ville hôpital » était la création d'un réseau fonctionnel entre médecins libéraux et hospitaliers.

En complément de ce premier but, les objectifs secondaires de cette expérimentation recouvraient deux aspects, à savoir :

- les objectifs techniques : constituer un réseau de communication interactif et convivial se greffant sur les systèmes informatiques existants, donc hétérogènes ; mettre en œuvre une solution fondée sur l'utilisation de standards de communication, reproductible et ouverte sur d'autres réseaux ;
- les objectifs médicaux : évaluer un dossier médical commun et améliorer sa qualité ; créer un thésaurus médical commun ; éviter les actes ou examens redondants ; évaluer l'impact d'une messagerie et d'un forum de professionnels sur les pratiques et les relations ville/hôpital.

L'ensemble de ces visées devaient en outre intégrer les contraintes liées aux impératifs de sécurité et de confidentialité des informations médicales échangées par ce réseau de communication. Dans ce dessein, l'option choisie pour cette expérimentation a été la création d'un logiciel de cryptage, validé par la CNIL courant 1998, permettant l'échange protégé de données médicales entre systèmes informatiques hétérogènes.

...aux attentes des utilisateurs

Aux côtés des objectifs généraux du projet, les attentes formulées par les différentes catégories d'acteurs constituent autant d'objectifs potentiels à atteindre par le projet télémedecine.

Lors de nos premières analyses sur la communication entre la ville et l'hôpital en début d'expérimentation, les attentes des acteurs du centre hospitalier portaient essentiellement sur une augmentation du nombre d'informations en provenance des médecins de ville et sur un gain de temps au niveau de la préparation des courriers associé à une diminution du nombre d'appels téléphoniques induite par un mode de communication plus aisé des médecins entre eux.

Pour la médecine de ville, les attentes énoncées concernaient d'une part un gain en temps par une diminution du délai de transmission des comptes-rendus et la réduction du temps d'attente au téléphone pour recueillir un avis auprès des praticiens hospitaliers, et d'autre part un gain en qualité

par l'augmentation de la traçabilité de la prise en charge du patient et par la possibilité d'avoir accès au dossier médical et aux examens complémentaires.

Des ressources organisées en mode projet

Introduire et pérenniser l'utilisation d'un nouveau mode de communication entre la médecine de ville et l'hôpital imposait la création d'une structure projet, dédiée à la réalisation de l'expérimentation, associée à un processus de mise en œuvre du nouveau réseau de communication.

Lors de l'initialisation du projet, trois types de groupe de travail ont été mis en place ; les groupes de travail opérationnels constitués par service pour le centre hospitalier et par regroupement de cabinets médicaux pour les médecins de ville, le groupe de mise en œuvre composé des différents référents des groupes de travail et le comité de pilotage désigné par la direction de l'hôpital.

Très classiquement, la conduite du projet s'est adossée sur trois catégories d'acteurs, le directeur de projet représentant la maîtrise d'ouvrage, le chef de projet, et les référents des groupes de travail, relais opérationnels des pilotes du projet avec les membres des groupes de travail.

Les activités mises en œuvre pour construire le réseau : du constat...

L'analyse du système de communication ville hôpital initial⁴ réalisée au mois de juillet 1997 avait pour objectif de formaliser la situation initiale de la communication ville/hôpital sur la région annecienne, par une retranscription fidèle et réelle des échanges entre la ville et l'hôpital.

Par l'intermédiaire de l'analyse quantitative réalisée sur les informations échangées entre les structures participant au projet, nous pouvions noter que le volume de documents émis par l'ensemble des services du centre hospitalier en direction des médecins de ville était très largement supérieur au volume de courriers reçus en provenance des cabinets médicaux concernés.

Cette réflexion appelait deux remarques immédiates. Le déséquilibre d'informations échangées était ressenti par les services du centre hospitalier comme un déficit d'information en provenance des médecins traitants. En conséquence, le téléphone était essentiellement utilisé comme un outil de renseignement sur des informations médicales ou générales et comme un support oral de planification des consultations et des hospitalisations.

⁴ «Projet Télémédecine région annecienne : Evaluation de communication ville hôpital ». Graphos, juillet 1997.

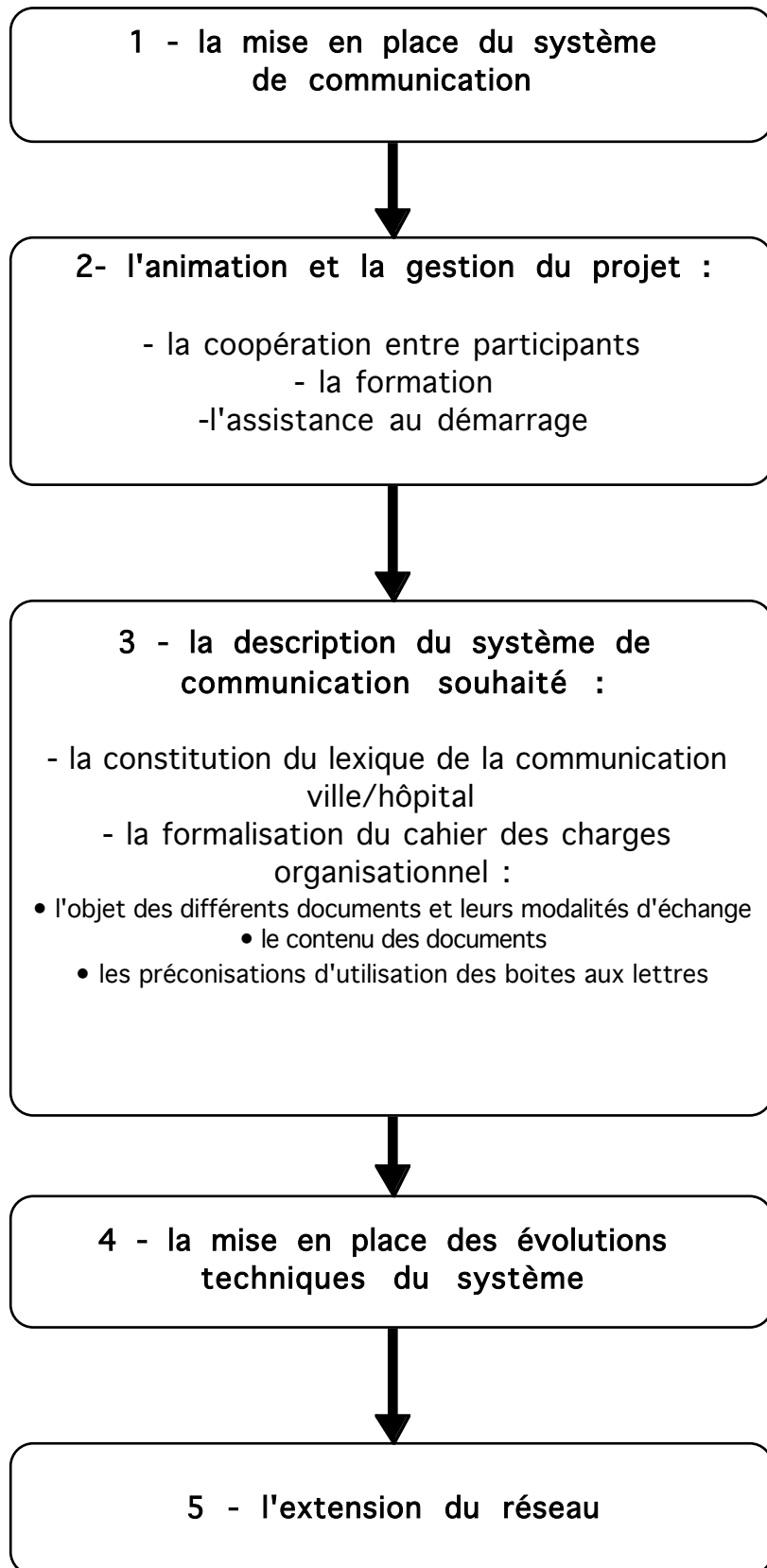
Suite à l'analyse qualitative des informations échangées entre ces mêmes structures, plusieurs remarques sur le système d'information global méritaient d'être soulignées. Tout d'abord, le manque de vocabulaire commun à tous les acteurs des différents services du centre hospitalier, qui favorisait les problèmes de communication internes à l'établissement et nuisait à l'optimisation globale de son système de communication avec ses partenaires externes (médecins de ville, laboratoires ou autres établissements de soins). Ensuite, la faible quantité d'informations relative au dossier du patient en provenance des médecins de ville dans le cas des prises en charge alternatives ville/hôpital effectuées entre autre en infectiologie et en hématologie était ressentie comme un point faible dans le suivi des prises en charge. Pour finir, la tenue à jour du dossier du patient lorsque les prises en charge étaient très courtes, par exemple dans les cas d'hospitalisation de jour ou de chirurgie ambulatoire, était très difficile voire impossible.

...à la mise en place du changement

Afin de mener à bien l'expérimentation, **cinq catégories d'activités** ont été accomplies par l'équipe projet :

- des activités correspondant à la mise en place du système de communication,
- des activités relatives à la gestion et à l'animation du projet, pour consolider le changement en cours sur la communication entre les professionnels de santé,
- des activités consistant à décrire le système de communication souhaité, afin de finaliser des objectifs à atteindre,
- des activités portant sur l'intégration d'évolutions techniques, pour améliorer l'ergonomie du système,
- des activités concernant l'extension du nombre de participants à l'expérimentation, pour renforcer l'attrait du nouveau système.

Le synoptique des activités accomplies par l'équipe projet est présenté ci dessous :



La démarche mise en oeuvre pour réaliser l'expérimentation

Première catégorie d'activités : la mise en place du système de communication, préalable indispensable au développement de l'expérimentation, comprenait trois étapes. La première étape, correspondant à l'élaboration du contenu technique du projet, à savoir une messagerie de type Internet associée à un cryptage.

La validation du système de cryptage, deuxième étape de la mise en place, a été effective par l'autorisation de la CNIL au cours du deuxième trimestre 1998 ; le système ayant ensuite fait l'objet d'une consultation auprès de l'Ordre des Médecins.

Pour finir, l'installation du système de communication a été effectué par le chef de projet, Mr MEUSNIER, assisté du Docteur COURTOIS pour la mise en place au sein des services hospitaliers et des référents médicaux des médecins de ville pour la mise en place au sein des cabinets libéraux.

Seconde catégorie d'activités mises en œuvre : l'animation et la gestion du projet ont constitué un travail très important et très lourd pour l'équipe projet car la mise en place de l'expérimentation correspondait à l'introduction d'une nouvelle technologie auprès de personnes ayant des sensibilités très diverses au regard de l'informatique.

Les axes de travail choisis par l'équipe projet pour mener à bien l'animation et la gestion du projet ont été la coopération entre les participants à l'expérimentation, la formation et l'assistance au démarrage proposée par les promoteurs du projet auprès des participants à l'expérimentation.

Troisième type d'activités mises en place aux côtés de l'animation et de la gestion du projet, la description du système de communication souhaité a permis de formaliser le cadre de référence du réseau Télémédecine au sein d'un document appelé le cahier des charges.

Ce document présente dans un premier temps l'intitulé et l'objet de chacun des supports échangés au sein du réseau. Il décrit ensuite leur contenu et prescrit pour chaque document sous quel délai il doit être rédigé et transmis aux autres professionnels de santé participant à la prise en charge du patient.

Afin de faciliter la phase d'intégration des futurs participants au projet Télémédecine, un ensemble de préconisations a été établi et intégré à ce cahier des charges. Elles portent entre autre, sur le format informatique des documents à utiliser pour l'envoi de données, les caractéristiques des traitements de texte à utiliser afin d'obtenir la compatibilité maximale, les caractéristiques des micro ordinateurs facilitant les échanges entre sites et les caractéristiques du modem à utiliser.

Quatrième type d'activités entreprises, la mise en place des évolutions techniques a eu pour objectif d'améliorer l'insertion de l'application Télémédecine vis à vis notamment des systèmes informatiques en place au sein du centre hospitalier ou au sein des cabinets des médecins libéraux.

Dans le cas de l'expérimentation du réseau Télémédecine de la région annecienne, le projet a commencé avec comme premier objectif de mettre en place un réseau fonctionnel entre la ville et

l'hôpital. Dès que la liaison technique entre professionnels de santé fut effective, pendant la période de familiarisation avec ce nouveau mode de communication, plusieurs problèmes et questions furent rapidement soulevés par les utilisateurs, notamment au plan de l'ergonomie et de la fonctionnalité du système.

Le principal frein à l'utilisation du système, signalé par tous les participants, concernait le nombre important de manipulations (10 au total) à réaliser pour l'envoi automatique de documents cryptés via la messagerie Internet. L'équipe projet a dû alors procéder à un réajustement des objectifs de l'expérimentation et des activités à effectuer afin de répondre aux besoins des utilisateurs et de promouvoir une exploitation régulière du système de communication par chacun d'eux, à savoir :

- la mise en place d'un système ayant une bonne ergonomie et une interface « conviviale »,
- la fourniture d'un accompagnement sans faille au service des participants,
- l'attribution d'une formation adéquate,
- une assistance au démarrage soutenue.

Ces évolutions à engager ont ensuite été validées par le comité de pilotage de l'expérimentation et un financement interne à l'hôpital décidé. Ces réajustements ont donc permis à l'expérimentation de conforter sa pertinence, étape préalable indispensable à toute recherche de viabilité du réseau obtenue à partir d'une juste réponse au besoin des utilisateurs.

Dernier type d'activités engagé par l'équipe projet, l'extension du réseau avait pour but de renforcer l'attrait de ce nouveau système de communication par l'augmentation du nombre de participants à l'expérimentation.

Côté centre hospitalier, de nouveaux services volontaires ont été intégrés à l'expérimentation, à partir de septembre 1998, à savoir : le service réanimation ; le service de néphrologie ; le service des urgences ; la chirurgie viscérale et l'urologie.

Côté médecins de ville, le nombre d'adhérents a progressivement augmenté pour atteindre 70 adhérents au mois de mars 1999.

Cette extension du réseau s'est structurée autour des expériences et des apprentissages issus de la mise en œuvre de cette expérimentation qui disposait d'un certain nombre de préconisations et de spécifications :

- des préconisations techniques s'appuyant sur l'expérience du groupe pilote, destinées à aider les 160 médecins de ville susceptibles de s'équiper, dans le choix du matériel et des logiciels,
- des spécifications informationnelles définissant les documents utilisés,
- des spécifications relatives aux formations à mettre en place auprès des différents utilisateurs,
- des spécifications organisationnelles contenues dans le cahier des charges au niveau des délais d'échange des documents,

- des spécifications organisationnelles particulières aux services hospitaliers contenues dans la procédure « Démarche de création et d'envoi des courriers dans le cadre de l'expérience Télémédecine ».

D'une coopération renforcée entre la ville et l'hôpital à une information patient mieux formalisée et plus importante permettant une amélioration des prises en charges

La construction commune de ce réseau par les utilisateurs de la ville et de l'hôpital a permis de l'avis de tous l'esquisse d'un premier rapprochement, élaboré à partir de réunions de travail conjointes et du partage d'objectifs convergents et fédérateurs comme la continuité et la fiabilité des prises en charge alternatives ville / hôpital. Un référentiel commun à tous les acteurs a été créé, le cahier des charges du réseau, traduisant et formalisant ce renforcement de la coopération entre les professionnels de la médecine de ville et le centre hospitalier de la région annecienne ; élément indispensable à l'amélioration de la formalisation des échanges d'informations à mettre en place entre professionnels de santé, il constitue l'étape préalable à la création d'un thésaurus médical commun et à la constitution d'un dossier médical commun entre la ville et l'hôpital.

La conjonction de l'augmentation du nombre des adhérents de la ville et de l'arrivée des nouveaux services hospitaliers en octobre 1998 a accru de façon importante le nombre des messages échangés et a ainsi augmenté l'intérêt du système pour chaque participant. Cette constante augmentation du nombre de messages cryptés échangés par l'intermédiaire du réseau Télémédecine montre que depuis le début du projet un nouveau mode de communication est en cours d'installation entre le centre hospitalier et les cabinets libéraux. Cette augmentation, en quantité et en qualité de l'information échangée autour des patients, a constitué une amélioration nette dans les prises en charge des patients tout au long du projet.

Cette première approche des acquis du réseau montre que les objectifs initiaux du projet sont en voie d'être atteints et qu'un réseau d'échange de données médicales cryptées entre médecins libéraux et praticiens hospitaliers a bien été créé au travers de cette expérimentation. Les multiples sollicitations des professionnels à son égard et l'accueil favorable qui lui est fait en sont la preuve.

Néanmoins, la mise en place de ce réseau a du faire face à de multiples difficultés, qu'elles soient d'ordre méthodologiques, humaines ou techniques. Bien que les objectifs initiaux du réseau Télémédecine aient été atteints, et comme il nous l'a été signalé à de nombreuses reprises, quelle que soit la catégorie d'utilisateurs, le système tel qu'il a été initialisé au début de l'expérimentation a été perçu comme compliqué à utiliser. Le module de cryptage - décryptage est jugé lourd à utiliser au regard des nouvelles clés de cryptage utilisées par des logiciels « grand public », dotés d'une ergonomie plus adaptée.

Réajuster les objectifs du projet, ajuster ses ressources et renforcer ses moyens pour pérenniser le réseau

Ce phénomène, qui remet inévitablement en cause la pertinence des objectifs initiaux du projet, est la traduction de l'exigence croissante des utilisateurs en matière de fonctionnalité du réseau télémédecine. Pour la majorité de ceux-ci, la perception du fonctionnement du système est établie à partir de la prise en compte de données subjectives reposant sur des croyances, des expériences antérieures et des informations spécifiques à chaque individu. L'utilisateur n'est ni limité ni bridé par les contraintes techniques que rencontrent les promoteurs du projet. De ce fait, il attend beaucoup et rapidement du fonctionnement du réseau Télémédecine et c'est dans cet esprit que se génère le fonctionnement attendu et que se décode le fonctionnement perçu du réseau.

Les améliorations engagées pour améliorer l'ergonomie du système étaient donc indispensables et largement justifiées par les attentes des participants pour qui la différence entre expérimentation d'un nouveau système de communication et mise en place d'un logiciel validé s'est rapidement estompée au profit de la seconde notion. La charge de travail supplémentaire générée par la réalisation des évolutions du système et l'indispensable suivi nécessaire à la gestion de celles-ci ont posé des difficultés liées à la fois au déblocage de budgets non prévus initialement et à l'allocation de temps de supervision de ces travaux supplémentaires.

De même, il apparaît clairement que l'assistance technique sur le terrain aurait dû être plus importante, le nombre d'utilisateurs en médecine de ville recensés au mois de mars 1999 en attente de formation, d'information ou de dépannage étant proportionnellement important au regard du nombre total de cabinets médicaux participant à l'expérimentation (16% des adresses). Ce constat, qui traduit l'insuffisance de moyens à disposition de l'équipe projet pour résoudre rapidement la totalité des problèmes opérationnels auxquels elle a dû faire face sur le terrain peut s'expliquer par l'ampleur et la nature très technique de difficultés, difficilement prévisibles à l'origine du projet, rencontrées par les participants à cette expérimentation.

Ces deux éléments sont à nos yeux l'explication majeure aux difficultés qu'a rencontré le projet et constituent par conséquent des données très importantes à résoudre pour la pérennité du réseau ou pour une éventuelle reproduction de l'expérimentation.

Au delà du niveau de connaissance en informatique très diversifié des différents participants, certains néophytes, d'autres très informés, **l'implication très variable des participants** engagés dans cette expérimentation a pénalisé la mise en place du réseau.

Premier élément pénalisant, l'évolution des habitudes induite par l'ouverture quotidienne de boîtes aux lettres n'est pas entrée dans les pratiques de la grande majorité des médecins impliqués dans le projet, qu'ils soient de la ville ou de l'hôpital.

Deuxième élément, la difficulté à mobiliser les praticiens hospitaliers en plus de leur charge de travail quotidienne dans un domaine extérieur à la pratique médicale a constitué un obstacle important à franchir. L'intérêt de cette catégorie d'intervenant étant naturellement orienté vers la télé expertise. Troisième élément, les inerties naturelles aux évolutions d'organisation à mettre en place au sein des secrétariats médicaux pour permettre la dictée, la frappe et la signature des comptes rendus dans un laps de temps plus court sont aujourd'hui en contradiction avec les exigences d'utilisation de ce mode de communication. Cet exemple met en lumière l'interférence qu'il existe entre les modalités de fonctionnement de ce réseau transversal et le fonctionnement vertical et très hiérarchique des institutions en place.

Quatrième élément, bien qu'ils aient reçus un nombre significatif de courriers par l'intermédiaire du réseau Télémédecine, les cabinets médicaux ont très peu utilisé le réseau télé médecine pour l'envoi de courriers, ce qui a fortement diminué l'attrait potentiel du système pour les intervenants du centre hospitalier.

Pour l'environnement technique, plusieurs éléments ont été là encore générateurs de difficultés :

- l'hétérogénéité des matériels, des configurations et des logiciels utilisés par les cabinets médicaux qui a entraîné des retards importants au début du projet,
- l'hétérogénéité des matériels entre les différents services au sein du centre hospitalier,
- les formats d'échange de documents entre logiciels, pour le traitement de texte, qui ne sont pas uniformisés et qui gênent la relecture des documents,
- le taux d'équipement en postes informatiques pouvant être reliés au réseau Télémédecine insuffisant au sein des services du centre hospitalier, entraînant des problèmes de partage de postes entre les secrétaires et des possibilités d'accès insuffisantes pour les médecins,
- la multiplicité des sites raccordés ainsi que leur étendue géographique.

Toute démarche d'amélioration dans l'hypothèse d'une reconduction de ce type de projet devra prendre en compte de façon anticipée ces éléments afin de les résoudre ou tout du moins d'en diminuer les effets pénalisant pour celui-ci à partir de deux idées forces. Tout d'abord, l'utilisation d'un tel réseau, ne doit pas monopoliser le temps des professionnels de santé mais doit rester un outil le plus transparent possible dans la pratique quotidienne ; toutes les innovations technologiques, notamment au niveau des interfaces homme/machine -comme les logiciels vocaux- seront autant d'atouts en faveur de ce mode de communication.

Ensuite, l'utilisation de la Télémédecine amène des changements dans les pratiques des professionnels. Son appropriation par ceux-ci sera liée à la maîtrise des facteurs clés de succès que sont la formation, l'accompagnement au service des utilisateurs et une ergonomie, une interface « conviviale », intégrés au sein d'un projet médical et organisationnel clair et connu du plus grand nombre.

La consolidation du réseau : de la formalisation du système d'information à la formalisation des processus de prises en charge

La Télémédecine offre des capacités prometteuses pour assurer la continuité de la prise en charge du patient tout au long de la chaîne de soins, en ce que les nouvelles technologies de l'information sur lesquelles elle repose permettent de comprimer les effets de la distance et du temps et de bâtir des bases communes de savoirs et de compétences⁵.

En revanche, les solutions techniques apportées par la Télémédecine ne suffiront pas à elles seules à organiser de façon efficace et efficiente la prise en charge inter structures et inter sites des malades tout au long des filières de soins. La capacité à échanger des dossiers patients numérisés ne supprime pas d'un coup de baguette magique les dysfonctionnements organisationnels et ne suffit pas à créer un réseau et encore moins une filière⁶.

La réduction de ces dysfonctionnements passe par la création du cahier des charges du réseau, qui décrit les modalités organisationnelles de son fonctionnement et constitue un préalable indispensable à la formalisation des processus de prises en charge alternatives des patients entre différents sites.

Or la formalisation des prises en charge alternatives Médecine de Ville / Hôpital et la Télémédecine constituent deux approches complémentaires et indissociables de la formalisation des réseaux de prise en charge ; la formalisation des prises en charge donne la lisibilité des pratiques opératoires des acteurs, service hospitalier ou cabinets médicaux, alors que la Télémédecine formalise le système nerveux du réseau que représente le système d'information entre les intervenants. L'union de ces deux évolutions, socio-organisationnelle pour la formalisation des prises en charge et technico-organisationnelle pour la télémédecine, associée aux nouvelles formes d'organisations que sont les réseaux pourrait alors déboucher sur une véritable révolution culturelle au sein du secteur de la santé aujourd'hui face à une profonde mutation.

⁵ SCOTT MORTON (Michael S.), *The corporation of the 1990's*, Oxford University Press, New York, 1991, 331 pages.

⁶ ALLOUCHE (R.), « Réseaux de santé hôpital-ville : la croisée des chemins », *Technologie et Santé*, n°28, décembre 96, pp. 5-7