

# **L'infirmière et la télésanté : les différents positionnements face à la qualité de la prise en charge**

Travail de Bachelor

Par  
**Spuehler Alexandra et Corina Wälchli**  
Promotion 2019-2022

Sous la direction de : Chaves Adriano

**Haute Ecole de Santé, Fribourg**  
Filière soins infirmiers

14 juillet 2022

## Résumé

Problématique : La télésanté, un nouveau paradigme de prise en soin qui semble être prometteur. Il est évident que les infirmier-ières doivent se positionner face aux différents questionnements qu'apporte la télésanté. L'aspect de la confidentialité, ou encore la qualité d'une prise en charge globale ont font partie par exemple. De plus, il est significatif de relever le fait que la notion de la télésanté n'est pas encore bien définie, ce qui rend difficile la possibilité de pouvoir se positionner face à celle-ci.

But : Ce travail permettra de comprendre les positionnements infirmiers face à cette nouvelle méthode, en analysant des études explorant le sujet. Tout cela dans le but de faire un état des lieux en ce qui concerne la télésanté, et ainsi pouvoir amener des pistes d'amélioration ou encore des perspectives d'évolution.

Méthode : Après s'être penché sur le thème et avoir défini les différentes notions à connaître, les auteures ont analysé et mis en évidence des études avec un devis qualitatifs. Ce modèle permettra de répondre à la question de recherche. Le devis qualitatif est celui qui va le plus être à même de ressortir les positionnements infirmiers, face à la qualité de la prise en charge via la télésanté à l'aide d'interviews individualisés.

Résultats : Les aspects de la confidentialité, la communication ainsi que la qualité de la prise en charge sont questionnées par les infirmières. Après la phase d'accommodation à l'outil de communication utilisé, une majorité ressortent l'envie de continuer à utiliser cet outil. En effet, malgré la chronophagie de l'implémentation d'un service de télésanté, un gain de temps a pu être perçu après une adaptation.

Mots-clés : telenursing, qualitative content analysis, information, communication technology, primary care, telehealth, nurse, nurses experience, experience

## Tables des matières

Problématique .....	6
Question de recherche .....	7
Objectifs .....	8
Cadre de recherche : théorique .....	9
Le code de déontologie des infirmiers/infirmières .....	10
Les sept rôles de compétences infirmières .....	11
Concepts .....	13
Concept de la télésanté .....	13
Projets en Suisse en lien avec la télésanté .....	13
À l'hôpital fribourgeois (HFR) .....	14
Au centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV) .....	15
Aux hôpitaux universitaires de Genève (HUG) .....	15
La télésanté et l'écologie .....	16
La télésanté et l'économie .....	16
La télésanté et la confidentialité .....	17
Méthode .....	19
Question PICO .....	20
Devis .....	21
Critères d'éligibilité des études .....	21
Stratégie de recherche .....	22
Sélection des articles .....	24
Evaluation de la qualité méthodologique des articles .....	25
Extraction et synthèse des résultats .....	27
Résultats .....	28
Sélection des études : <i>Le diagramme de flow</i> .....	29
Caractéristiques et qualité des articles sélectionnés .....	29
Présentation des résultats .....	31
Rôle d'expert-e en soins infirmiers .....	31
Rôle de communicateur ou communicatrice .....	32
Rôle de collaborateur ou de collaboratrice .....	34
Rôle de manager .....	34
Rôle de promoteur ou promotrice de la santé .....	35
Rôle d'apprenant-e et formateur ou formatrice .....	35

Rôle de professionnel-le .....	36
Discussion .....	38
Premier volet – l’infirmière et le patient .....	39
Deuxième volet- l’infirmière et la pratique .....	41
Troisième volet- l’infirmière et la profession .....	42
Quatrième volet- l’infirmière et la santé mondiale.....	43
Forces et limites de cette revue de littérature.....	45
Forces .....	45
Limites .....	45
Recommandations dans la pratique.....	46
Conclusion.....	48
Appendice A : Déclaration d’authenticité.....	60
Appendice B : grilles de résumé d’articles scientifiques .....	61
Appendice C Tableau résumé 7 rôles de compétences pour les résultats .....	103
Références .....	107

## Liste des tableaux

Tableau 1: Tableau PICO .....	20
Tableau 2: Équation de recherche .....	22
Tableau 3: caractéristiques des études.....	30

**Liste des figures**

Figure 1: Classification de la e-santé .....	5
Figure 2: Diagramme de Flow.....	29

## **Remerciements**

Lors de la rédaction, des aides précieuses nous ont aidées à rendre ce travail pertinent. Nous aimerions sincèrement remercier notre mentor, M. Adriano Chaves, pour son soutien et ses recommandations. De plus, un grand merci à Philippe Spuehler, Louise Klaus et Nicole Wälchli pour la relecture du travail.

Notre amitié a été une force tout au long de ce travail et elle nous a permis de surmonter bien des difficultés. Cette bienveillance réciproque a contribué à relever le défi et elle s'est révélée être une force.

## Introduction

Pour répondre à une exigence de fin de formation et pour un intérêt personnel autour de la télésanté, différentes étapes ont été nécessaires à la réalisation de ce travail. S'informer sur le sujet en effectuant des recherches spécifiques en lien avec la télésanté a été une des premières étapes. Ensuite, un cadre de recherche (Code déontologique pour la profession infirmière, 2012) et un cadre structurel pour donner une structure au travail (Frank et al., 2015) ont été choisis. Six études ont été sélectionnées à l'aide de différentes combinaisons d'opérateurs booléens. Ces dernières ont été analysées puis les résultats ont été ressortis et discutés dans le but d'écrire une conclusion incluant des recommandations dans la pratique.

Tout d'abord, définir plusieurs termes spécifiques liés à cette thématique a été impératif, avant de débiter dans la récolte d'informations. Ensuite, à partir des nouvelles connaissances ainsi que le sujet attribué par la Heds, les auteures ont créé une question afin de répondre à la question de départ.

Une prochaine étape consistait à trouver des études adaptées répondant à cette problématique. En s'appuyant sur différentes revues médicales, des projets déjà en cours, sur le code de déontologie infirmière (conseil international des infirmières, 2021) ou encore les sept rôles de compétences infirmières (Frank et al., 2015), la rédaction de ce travail a pu être réalisée.

Une présentation des résultats pour synthétiser ainsi qu'une discussion a été écrite en vue de pouvoir et expliquer les réponses à la question. Les forces et les limites ont été reflétées dans chaque étude.

Enfin, une conclusion pour synthétiser et exposer de nouvelles idées dans le but d'apporter de nouvelles pistes dans l'avenir de la télésanté et achever ce travail, est présentée.

Les conclusions de ce travail permettront aux auteures de répondre à la question ainsi que d'ouvrir des axes sur la question de la qualité de la prise en charge de la vue de l'infirmière.

Afin de clarifier les concepts, il est important de savoir ce que signifie le mot télésanté et ce que cela englobe. Selon Siefert et al., (2018), la définition de la télésanté est « l'utilisation des informations électroniques et des technologies de télécommunication pour les soins de santé, l'éducation à la santé et la gestion de la santé »(Siefert et al., 2018). C'est une des nombreuses définitions que nous avons pu lire lors de nos recherches et celle qui semble être la plus pertinente. L'OMS mentionne également que c'est le terme générique qui comprend l'ensemble des activités telles que la télémédecine, le domaine de la formation (WHO, 1997).

Historiquement, la télémédecine commence à faire réellement parler d'elle à partir des années 60 lors de l'invention de la télévision. Le terme de la télémédecine est premièrement apparu en 1974 dans la littérature anglo-saxonne. Néanmoins, déjà en Antiquité, à l'aide de signaux de feux, des conseils médicaux ont pu être échangés (Astruc et al., 2020).

En Europe, c'est la crise sanitaire qui a été un déclencheur pour favoriser l'utilisation de ce nouvel outil. En effet, même si la télésanté prenait déjà de plus en plus d'ampleur en Suisse, c'est la pandémie due au Covid19 qui a permis de "booster" quelques projets en cours (Percheron et al., 2020b). Certains hôpitaux suisses tels que le CHUV, l'HFR ou encore les HUG en sont les créateurs (Wagner, 2020).

Inclue dans la télésanté, la télémédecine, « désigne les activités, services et systèmes liés à la santé, réalisés à distance au moyen des technologies de l'information et des communications, aux fins de la promotion de la santé, du contrôle des maladies et des soins de santé à l'échelle mondiale, ainsi que de l'éducation, de

la gestion et de la recherche en matière de santé » (World Health Organization., 2010).

Ci-dessous, un schéma expliquant la complexité des termes autour de la cyber santé.

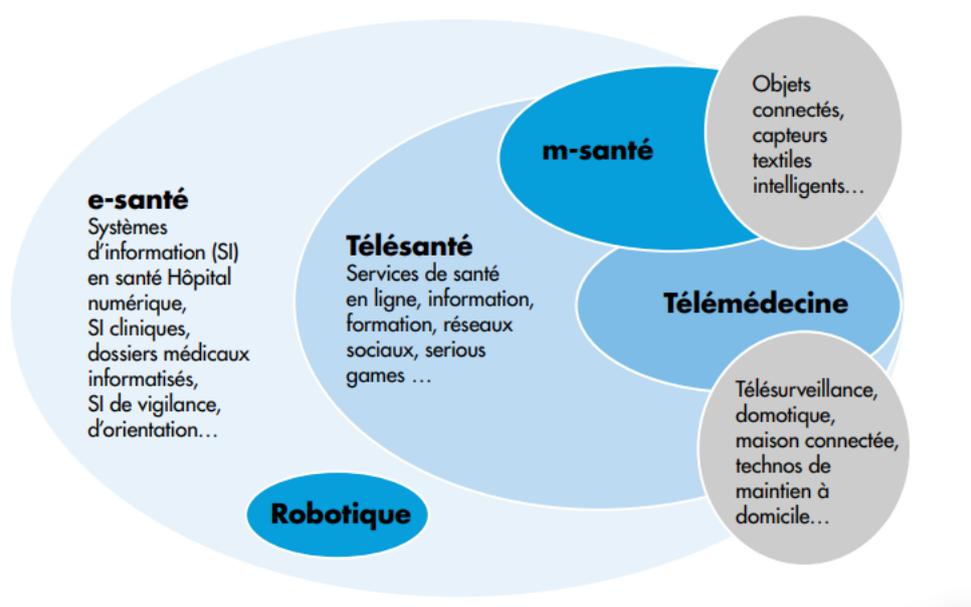


Figure 1: Classification de la e-santé  
(Bouet & Lucas, 2015)

Un sous chapitre de la télémédecine est le télénursing. Celui-ci peut être défini comme « l'utilisation des télécommunications et des technologies de l'information pour fournir des soins infirmiers à distance » (Hannah et al., 2011). Il peut s'agir d'une action aussi simple que de faxer des dossiers médicaux, ou encore d'être prestataire de soins infirmiers plus complexes au domicile des patients grâce à l'utilisation de caméras et de technologies informatiques (Hannah et al., 2011).

## **Problématique**

En Suisse, la télésanté semble s'être expandue, surtout depuis l'apparition du Covid-19 (Percheron et al., 2020a). Différents projets, comme au sein de l'HFR Fribourg (Liard, 2020) sont en cours, mais malheureusement, les auteures ont pu se rendre compte qu'en se renseignant, les différentes institutions ne travaillent pas collectivement ce qui rend difficile de mettre en place des projets solides et durable sur du long terme.

En Suisse, une formation post grade est proposée aux sein des hôpitaux universitaires de Genève. Elle se réfèrent aux professionnels de la santé s'intéressant à l'informatique médicale et propose, sur une durée de 24 jours, de familiariser ces derniers aux différents enjeux que la télésanté entraîne. Un master en informatique médicale, s'adressant uniquement aux médecins, est également possible d'obtenir sur deux ans(Hôpitaux universitaires de Genève, 2021).

Si l'on se penche vers la France, une problématique ressortie est que, des formations existent, notamment le master « sciences des technologies de l'information et de la communication pour la santé » (Simon & Gayrard, 2017) ou encore d'autres formations plus spécifiques, mais qu'elles sont absentes dans les facultés de médecines ou dans les institutions de formation des sciences infirmières. Tout cela démontre qu'il y a des bases dans les pays européens mais que tout n'est pas encore bien structuré afin de permettre une bonne mise en place de la télésanté (Simon & Gayrard, 2017).

De plus, des réticences de la part des professionnels de la santé sont effectives (Bassel Odeh et al., 2014; Nilsson et al., 2010; Öberg et al., 2018). Le manque de connaissances des activités pratiquées au sein de la télémédecine est en soi

problématique, qui laisse à penser que cela se réduit à l'exercice médical à travers des outils technologiques (Simon & Gayrard, 2017).

Bien que la définition générale du télénursing soit définie, les auteures de ce travail souhaitent connaître comment les infirmiers se positionnent face à cette nouvelle méthode et quels sont leur ressenti. Car il est évident qu'en vue de la récence de ce concept, une nouvelle adaptation est nécessaire dû à la l'évolution technologique, sociétale ou encore médicale. En effet, selon Stauffacher & Denz, (2003), la télémédecine entraînera des changements au niveau des habitudes des professionnels mais aussi de celles des patients. De même, des répercussions sur la notion de transparence, des dilemmes éthiques, ou encore au niveau de la formation se feront ressentir. Dû à l'utilisation des technologies de l'information et de la communication (TIC), le partenariat avec le patient pourrait, selon les auteures, gagner en importance. Cela aurait donc potentiellement un impact sur l'identité professionnelle ainsi que sur les rôles des soignants.

### **Question de recherche**

Lire des articles sur ce thème en pleine expansion, a permis de se questionner sur les points importants. En effet, il a d'abord fallu nous renseigner à travers diverses sources afin d'identifier les sujets de discussion qui reviennent fréquemment pour créer une question pertinente.

La question de recherche, basée sur notre titre s'intitule donc :

- Quels sont les différents positionnements infirmiers face à la qualité de la prise en charge via la télésanté/télénursing?

A l'aide de cette formulation, il sera possible de répondre aux différentes interrogations, tels que comment la télésanté est perçue du point de vue infirmier ainsi

que le regard critique de la part du personnel infirmier à sa mise en place. Dans le but d'avoir une structure dans ce travail, les auteures vont s'appuyer sur les sept rôles de compétences (Frank et al., 2015). Ainsi, les différentes notions seront ordonnées tout au long de la réflexion. Le code déontologique international des infirmiers/ères va être un guide dans cette démarche (conseil international des infirmières, 2021) avec un accent sur les enjeux éthiques.

### **Objectifs**

Déterminer le point de vue des infirmiers avec la télésanté et mettre en évidence l'impact qu'a ce dernier dans l'évolution et le développement de la télésanté ont été des points essentiels à la compréhension de la problématique.

Le personnel infirmier se retrouvera dans l'obligation de faire face à de nouveaux défis en lien avec la télésanté et il sera donc nécessaire de redéfinir ainsi que valoriser la plus-value infirmière dans ce contexte.

Grâce à cet écrit, les auteures souhaitent comprendre comment la télésanté est actuellement perçue du point de vue infirmier et d'en faire ressortir les arguments en faveur ou contre.

## **Cadre de recherche : théorique**

## **Le code de déontologie des infirmiers/infirmières**

Le Code de déontologie des infirmiers-ères est un outil essentiel dans la profession infirmière. Créé par un conseil infirmier au milieu du 19<sup>ème</sup> siècle, il décrit les différentes responsabilités infirmières, telles que promouvoir la santé, prévenir la maladie, restaurer la santé et soulager la souffrance (conseil international des infirmières, 2021). Ce code est divisé en plusieurs volets : l'infirmier/ère et l'individu, l'infirmier/ère et la pratique, l'infirmier/ère et sa profession ainsi que l'infirmier/ère et la santé mondiale. Ces différents points démontrent que les infirmiers et infirmières ont beaucoup de rôles/responsabilités ainsi que tout un champ de compétences. C'est pour cela que les auteures se basent sur ce cadre de référence, car il permettra de se questionner sur les positionnements infirmiers et ainsi faire un parallèle.

Le premier volet, l'infirmière et l'individu, parle de la responsabilité de dispenser des soins aux personnes qui en nécessitent, d'instaurer un environnement où les droits et valeurs de chacun sont respectés et de façon confidentielle ou encore que le recours de la technologie soit compatible à la sécurité et la dignité de la personne. Tous ces points doivent donc être travaillés pour que les soins restent centrés sur la personne (conseil international des infirmières, 2021).

Le deuxième volet, l'infirmière et la pratique, met en évidence que les infirmiers et infirmières maintiennent à jour leur aptitude à exercer et donc de se cultiver et de se perfectionner tout au long de sa vie professionnelle (conseil international des infirmières, 2021).

Le troisième volet, celui de l'infirmière et la profession, veut que celle-ci contribue activement à la diffusion des différentes connaissances pour que les soins prodigués soient basés sur des pratiques fondées et actuelles (conseil international des infirmières, 2021).

Le dernier des volets, considère que le droit à l'accès aux soins fait partie des droits de l'homme. L'infirmière doit alors défendre la dignité, la liberté et les valeurs propres à chacun pour qu'il puisse obtenir des soins quel que soit l'endroit où il est (conseil international des infirmières, 2021).

### **Les sept rôles de compétences infirmières**

Un autre concept primordial est la liste des sept rôles de compétences infirmières. En effet, ce concept donnera une structure et permettra de faire ressortir les positionnements et opinions professionnels. Ce dernier sera utilisé pour structurer les résultats et ainsi donc, répondre à la question de recherche (Frank et al., 2015).

Les sept rôles sont les suivants : rôle d'expert-e en soins infirmiers, rôle de communicateur ou communicatrice, rôle de collaborateur ou de collaboratrice, rôle de manager, rôle de promoteur ou promotrice de la santé, rôle d'apprenant-e et formateur ou formatrice, rôle de professionnel-le. Ces compétences spécifiques forment une base au personnel infirmier pour garantir une prise en charge sécuritaire en respectant les besoins du patient ainsi que ceux pour le personnel infirmier. (Frank et al., 2015)

Dans le rôle d'expert, il est demandé au personnel infirmier de faire des activités spécifiques dans leur champ de compétences. De plus, des jugements cliniques et les décisions correspondantes sont attendus. D'autres mots clés tels que la coordination des soins, la pratique réflexive ou encore l'évaluation des résultats de soins sont mentionnés dans ce rôle (Frank et al., 2015).

Au niveau du rôle de communication, les infirmier-ères se doivent d'adapter leur communication (soignant, patient ou famille) et faciliter un rapport de confiance. De

plus, transmettre des informations pertinentes pour une continuité des soins est également un point crucial dans ce rôle (Frank et al., 2015).

Le rôle de collaborateur est défini par « la participation efficace à l'activité d'une équipe interdisciplinaire/interprofessionnelle » (Frank et al., 2015). Il est demandé de s'engager à défendre des soins individualisés ou encore d'assumer les responsabilités des soins et de diriger l'équipe en cas de besoin (Frank et al., 2015).

Dans le rôle du manager, exercer un certain leadership tout en contribuant à se développer de manière personnelle, fait partie du champ de compétences du personnel infirmier (Frank et al., 2015).

## **Concepts**

### **Concept de la télésanté**

A l'heure actuelle, à travers les diverses recherches de la part des auteures, la télésanté fait partie de la société médicale d'aujourd'hui. Toutefois, une définition claire n'existe pas encore. Aux États-Unis, cette dernière est déjà présente depuis quelques décennies. Elle y est décrite « comme l'usage de moyens technologiques pour procéder à un acte médical lorsque les acteurs concernés sont géographiquement éloignés » (Syburra & Genoni, 2008). Les auteures ont constaté qu'un nombre conséquent de définitions existent à ce jour. Cela démontre que le concept de la télésanté doit être mieux défini.

Selon Frieda Paton, une infirmière avec un grade de Master, le télénursing signifie que de la technologie est utilisée (fait de faire une anamnèse sans avoir le patient en face de soi suffit) pour fournir des services infirmiers à distance (Frieda Paton, 2020). Une définition exacte du télénursing (définition dans un dictionnaire par exemple) est donc aujourd'hui difficile à trouver, ce qui démontre la récence de cette thématique et une méconnaissance flagrante.

### **Projets en Suisse en lien avec la télésanté**

Divers projets en cours comme à l'HFR, au CHUV ou encore aux HUG se sont concrétisés avec l'arrivée de la crise du Coronavirus (Wagner, 2020).

### **À l'hôpital fribourgeois (HFR)**

Un projet pilote de télémédecine a été mis en place par l'HFR, en incluant d'autres institutions académiques, telles que l'Haute école de santé (HEdS), la Haute école d'ingénierie et d'architecture (HEIA) et l'université de Fribourg (UNIFR) qui ont montré leur soutien lors de la concrétisation de ce projet. La pandémie liée au Covid-19, particulièrement la deuxième vague, a valorisé tout le travail fait ultérieurement. Des outils spécifiques ont été conçus : la MedBox, MedPod et MedView. Ces derniers permettent une consultation à distance ainsi que l'enregistrement des données du patient. Divers traits avantageux sont ressortis avec l'implémentation de ce projet telle qu'une économie de 4,5 millions réalisées sur les transports intersites. A cela s'ajoute un gain de temps de 160 heures par jour, grâce à la récolte des données qui se connectent directement à un serveur. De plus, un potentiel conséquent pour limiter l'encombrement des hôpitaux, lors de crise sanitaire, a pu être révélé. Grâce à la MedBox, au MedPod ou encore au Medview un retour à domicile a pu être envisagé plus rapidement, dû à la mise en place d'un suivi de qualité à l'aide de ses outils. Selon Bossert, (2021), ce projet avait également pour but de valoriser le travail des infirmiers en mettant en avant leurs compétences. De plus, la collaboration avec les médecins a été en favorisée et une relation de confiance entre le médecin et l'infirmier-ère a été garantie. Ce projet, tel quel, est le seul en Suisse, actuellement, à fonctionner avec un assistant de télémédecine. Les auteures aimeraient ajouter que cela est une brève description de ce projet et que de plus amples informations sont présentes dans les références de ce travail (Bossert, 2021).

De plus, il est intéressant de mentionner que lors de la crise sanitaire liée à la pandémie du coronavirus, une hotline a été mise sur pied à Fribourg. Cette dernière visait à apporter un soutien à la population fribourgeoise face à cette pandémie. Les appelants pouvaient recevoir du soutien concernant leur état de santé, mais entre

autres aussi, une aide en lien avec leur état psychologique face à cette nouvelle situation. Ce sont entre autres les infirmiers-ères qui répondaient aux appels (Coronavirus Covid-19, 2020).

### **Au centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV)**

Le CHUV a mis en place pendant la situation sanitaire 2020, un service de téléconsultation. Il était mis à disposition pour les personnes qui étaient à risque mais aussi pour leur permettre de rester en contact avec un proche hospitalisé (Centre hospitalier universitaire vaudois, 2022). Plus d'informations sur ce sujet n'ont pas été obtenues par les auteures.

### **Aux hôpitaux universitaires de Genève (HUG)**

Le modèle HUG@home a été créé afin d'éviter le déplacement de patients. L'application se nommant Docteur@home, est mise à disposition par le personnel médico-soignant des HUG et des médecins de ville. Cela remplace les consultations en présentiel lorsque les cas permettent la téléconsultation. C'est une plateforme sécurisée de télémédecine, travaillant par le biais de la télé expertise, téléconsultation, téléconsilium ou encore régulation médicale, sous forme de chat, message/appel audio, appel vidéo, et échanges de fichiers visant à renforcer la continuité des soins entre l'hôpital et le domicile, favoriser le maintien à domicile et réguler le flux de patients en amont des urgences. Ce projet pilote a été mis en place notamment en collaboration avec l'institution genevoise du maintien à domicile (IMAD) (HUG hôpitaux universitaires de Genève, 2021; *Imad - Aide et Soins à Domicile Du Canton de Genève*, 2022).

### **La télésanté et l'écologie**

L'écologie a également son mot à dire dans l'implémentation de la télésanté. En effet, comme il est mentionné dans le magazine du ministère des Solidarité et de la Santé, la télésanté peut avoir un impact positif sur la pollution atmosphérique ainsi que sur le réchauffement climatique. Effectivement, de pouvoir gérer des consultations à distance lorsque celles-ci n'ont pas besoin d'être faites en présentiel pour une ordonnance ou encore pour recevoir des résultats de laboratoire est satisfaisant. Toutefois, l'impact positif sur l'environnement reste à l'heure actuelle une spéculation, car il n'y a pas encore assez de recul pour en ressortir des résultats (Baudinière et al., 2021).

### **La télésanté et l'économie**

Des coûts hospitaliers peuvent être réduits en utilisant la télésanté de manière adaptée. En effet, des hospitalisations peuvent être évitées s'il y a un suivi plus régulier dû à la combinaison entre les consultations en présentiel et à distance. Néanmoins, selon certains médecins, il faut créer un enseignement adapté pour bien gérer la distance car la façon de procéder est différente et donc de nouvelles sources d'erreurs sont présentes (Besson et al., 2020).

Toutefois, l'implémentation de la télésanté reste un acte coûteux. La nouvelle technologie, le matériel utilisé demande un investissement financier, comme pour les frais de recherches, les coûts de formation pour le personnel, les frais d'exploitation comme la gestion des outils et infrastructures informatique, la base de données, ou encore pour le matériel, comme les téléphones ou ordinateurs utilisés. De l'autre côté, des économies peuvent également être possibles au niveau des frais de transports

des patients ou encore pour les frais de courrier lors d'envoi de diagnostics d'images (Schönenberger et al., 2003).

Si l'on résume l'aspect financier, à la pré implémentation d'un système de télésanté, des investissements financiers sont attendus pour de la recherche et par la suite pour du matériel ou encore pour des questions de stockage des données. Puis, lors d'un bon fonctionnement sécuritaire, des économies peuvent être réalisables, notamment au niveau des frais de transports ou encore d'assurance. Un certain équilibre peut donc être attendu (Schönenberger et al., 2003).

### **La télésanté et la confidentialité**

Comme le prédit la Loi fédérale sur la protection des données (Confédération Suisse, 2006), le dossier du patient contient des données personnelles sensibles ce qui veut dire qu'elles doivent être protégées de manière particulière. Le personnel soignant se voit donc obligé de travailler avec ces données qui doivent rester confidentielles par rapport au secret professionnel (Besson et al., 2020).

De plus, la télémédecine n'est pas encore réglementée, il n'y a donc pas de cadre légal spécifique à celle-ci. Cette méthode de travail doit donc se référer aux règles de droit privé, pénal ou encore administratif. De plus, le personnel soignant peut se référer au code de déontologie (Percheron Vendevre et al., 2020).

En somme, compte tenu de ce qui précède, parler de télésanté comporte plusieurs enjeux. En effet, le monde de la technologie évolue de jour en jour et amène la société actuelle à rechercher de nouvelles méthodes bénéfiques à adopter. Ce nouveau concept entraîne donc des challenges pour le futur au niveau écologique, économique, éthique et de l'aspect de la confidentialité. Il est donc important de se

questionner sur ces sujets, pour ainsi promouvoir une durabilité de ce système tout en garantissant la sécurité du patient, de la personne soignante et bien évidemment de la santé de la planète (Besson et al., 2020; Confédération Suisse, 2006; Percheron Vendevre et al., 2020).

Le but des projets est de proposer une alternative aux consultations en présentiel lorsque celle-ci ne sont pas forcément nécessaires. Nous vivons actuellement dans un monde cyber connecté ce qui démontre que la télémédecine a sa place et est indiquée dans la société d'aujourd'hui (Wagner, 2020).

## Méthode

Une revue littéraire est la méthode choisie pour ce travail de Bachelor en soins infirmiers. Le but a été de choisir six études appropriées à même de répondre au questionnement sur les différents positionnements infirmiers face à la qualité de la prise en charge via la télésanté/télé nursing. Le choix du devis de revue littéraire non systématique va permettre, à partir d'études réalisées à ce sujet, d'en faire ressortir les éléments pertinents et les analyser.

### Question PICO

La création de ce tableau PICO a permis de construire une question de recherche. Ce modèle consiste à effectuer des recherches scientifiques efficace ainsi que de cibler les concepts clés (tableau 1).

Tableau 1: Tableau PICO

P : Population	I: Phénomène d'intérêt	CO: Contexte
Infirmiers-ères	Positionnement infirmier face à la qualité de la prise en charge infirmière	Télésanté en Europe

## **Devis**

Un positionnement qualitatif a été choisi par les auteurs afin d'optimiser la compréhension de la question de recherche. Les sources telles que Pubmed et CINAHL ont été utilisées afin de trouver des études pertinentes en rapport aux questions de positionnements infirmiers. Ceci est donc une revue littéraire non systématique.

## **Critères d'éligibilité des études**

### **Critères d'inclusion et d'exclusion :**

- Études de plus de 15 ans exclues
- Études hors Europe exclues
- Doit contenir les feedbacks infirmiers
- Publications en anglais exclusivement
- Type d'études incluses : qualitatives, case studies, descriptives, de convenance

Avant la sélection des études, les auteures ont défini les critères d'inclusion et d'exclusion mentionnés ci-dessus afin de délimiter la recherche des études. Les auteures sont conscientes de la date de publication, de plus de dix ans de l'étude de (Nilsson et al., 2010) mais face à la difficulté de trouver des études pertinentes et répondant à la problématique, elles ont opté pour le critère « études de plus de 15 ans ». De plus, les études européennes ont été priorisées lors de la recherche. Ceci est pertinent, car les systèmes de santé peuvent être comparés. Des études faites en Suisse, n'ont malheureusement pas été trouvées par les auteures.

Etant donné que le questionnement a été de rechercher les positionnements infirmiers face à la qualité de la prise en charge en télésanté, les revues devaient essentiellement contenir des feed-back infirmiers. Et finalement, les études, toujours publiées en anglais, de type qualitatives, descriptives, de convenance ou encore des case studies ont été retenues.

### Stratégie de recherche

Lors des recherches, certains mots clé sélectionnés ont été définis et traduits sur Hetop, pour ainsi trouver des MeshTerms ou des Cinahl Headings adaptés. Lors de la combinaison de ceux-ci sur Pubmed ou CINAHL, peu de résultats, voir aucun en sont ressortis sauf lors de la combinaison entre trois Cinahl Headings (voir tableau ci-dessous). Seule une combinaison entre quatre Cinahl Headings a permis de trouver trois études pertinentes pour répondre à notre question. Deux autres études ont été trouvées en combinant des Meshterms sur Pubmed. Pour la dernière étude, il a été nécessaire de prendre une étude trouvée sur Google Scholar et par la suite avec les mots clés utilisés dans l'article choisi, de la retrouver sur Pubmed ou Cinhal. Le fait de procéder de cette manière a permis de rester dans un cadre de recherche scientifique.

Tableau 2: Équation de recherche

Titres des recherches	Équation	Résultats par recherche	Articles éligibles	Base de données
Swedish District Nurses' experiences on the use of information	Telenursing AND qualitative	4	1	D'abord trouvé sur Google

and communication technology for supporting people with serious chronic illness living at home – a case study  Trouvée le 20.12.21	content analysis  AND information and communication technology			Scholar puis Cinahl
Telehealth: misconceptions and experiences of healthcare professionals in England  Trouvée le 20.12.21	Primary care  AND telehealth  AND qualitative  AND nurse	28	3	Cinahl
Implementing a telehealth service: nurses' perceptions and experiences  Trouvée le 03.02.22	Primary care  AND telehealth  AND qualitative  AND nurse	28	3	Cinahl
Swedish primary healthcare nurses' perceptions of using digital eHealth services in support of patient self-management  Trouvée le 20.12.21	Primary care  AND telehealth  AND qualitative  AND nurse	28	3	Cinahl
Telenurses' experiences of interaction with patients and family members: nurse–caller interaction via telephone  Trouvée le 03.02.22	Telenursing AND nurses experience	48	1	Pubmed

Registered nurses' experiences of communication with patients when practising person-centred care over the phone: a qualitative interview study	telehealth AND nurses AND experiences	67	1	Pubmed
Trouvée le 13.05.22				

### Sélection des articles

Les auteures ont fait face à divers obstacles lors de la sélection des articles. Peu d'études sur la télésanté en lien avec le positionnement infirmier ont été menées à bien. La conception actuelle de la télésanté reste innovatrice, ce qui peut également expliquer le nombre restreint d'études. De plus, le monde dans lequel nous vivons change constamment et particulièrement celui de la technologie (Gómez Camacho, 2018).

Comme mentionné dans le tableau du dessus, les études ont été recherchées via Cinahl, Pubmed ainsi que Google Scholar. Des critères ont été définis afin de pouvoir répondre au mieux à notre question de recherche. Si les critères d'inclusion et d'exclusion étaient respectés, ces dernières ont été étudiées et évaluées afin de savoir si elles étaient adaptées ou non à notre sujet. L'étude retrouvée sur Google Scholar a, par après, été recherchée sur Pubmed ou Cinahl afin de garantir un cadre de recherche scientifique.

## **Evaluation de la qualité méthodologique des articles**

Dans la première étude (Nilsson et al., 2010), le but a été de décrire les expériences de l'utilisation de technologie d'information et de communication pour soutenir les personnes atteintes de maladies chroniques et vivant à la maison. Cette étude, de nature qualitative, a utilisé un échantillon composé de deux infirmières ayant entre 23 et 39 ans d'expérience dans les soins. Ces deux dernières ont été suivies et interviewées sur une période de 5 mois. Cette étude comporte des forces et faiblesses. Le fait de ne recenser qu'un échantillon de deux infirmières rend la généralisation difficilement applicable. Selon les chercheurs, la forme de récolte de données sous forme d'interviews répétés, a permis de mieux comprendre la compréhension des différents questionnements ainsi que d'avoir interprétation plus large. Toutefois, cette forme de récolte a pu créer un biais qui est, possiblement, un manque d'objectivité dû à la forme des interviews entre les chercheurs ainsi que les infirmières. Pour terminer, ce qui est une force, les résultats ont été discutés avec d'autres chercheurs pour confirmer la fiabilité de ceux-ci (Nilsson et al., 2010).

La deuxième étude, là où la perception de la télésanté a été analysée par différents professionnels de la santé, d'autres limites sont ressorties. Le fait d'explorer ces questions uniquement du point de vue des professionnels et non également de celui des patients, a pu mener à une compréhension incomplète de la perception de la télésanté. Cette étude composée d'un échantillon total de 36 personnes, a également relevé qu'elle n'était pas représentative à grande échelle, à cause de la provenance des participants trop restreinte. Les résultats sont donc à traiter avec précaution. Aucune force n'est mentionnée dans cette étude (Kayyali et al., 2017).

Dans l'étude de Bassel Odeh et al., (2014) le but a été d'évaluer les perceptions infirmières par rapport à un service de télésanté qui était en place depuis 22 mois

pour des personnes touchées par une BPCO ou une insuffisance cardiaque. L'étude en soi ne fait pas référence à ses forces et faiblesses, néanmoins certains aspects tels que la taille de la population composée de sept infirmières, soulève un questionnement chez les auteurs.

Öberg et al., (2018) ont voulu se questionner par rapport aux positionnements infirmiers vis-à-vis de services de télésanté pour soutenir l'auto-management. Plusieurs forces et limites sont mentionnées comme le fait que la forme des interviews type « focus group interview » était adaptée pour répondre à la question de recherche. Une limite de cette étude ressortie par les chercheurs est la taille de l'échantillon non représentative. Les chercheurs ont toutefois trouvé qu'un petit groupe permet d'aller plus en profondeur. La population a été strictement féminine ce qui a pu influencer les données mais le personnel soignant majoritairement composé de femmes, fait que les données sont transférables à d'autres contextes.

La cinquième étude analysée (Yliluoma & Palonen, 2020) de ce travail provient de Finlande et elle s'est penchée sur les expériences des infirmières sur les interactions téléphoniques entre ces dernières et les patients. Différentes forces sont ressorties. Les interviews ont généré des données riches et, fait intéressant, les infirmières ne connaissaient pas les chercheurs personnellement ce qui a évité des conflits d'intérêts. Au niveau des limites, il est mentionné que l'échantillon était trop petit pour être transféré sur la population entière. Comme dans l'étude de Öberg et al., (2018), l'échantillon choisi était strictement féminin ce qui n'était pas intentionnel, mais comme dit précédemment, le personnel infirmier dans ce pays est majoritairement de ce genre selon les chercheurs de cette étude, ce qui le rend représentatif de la population (Yliluoma & Palonen, 2020).

Dans la sixième et dernière étude, les chercheurs ont voulu explorer les différentes expériences d'infirmières qui procuraient des soins par le biais du téléphone avec des patients atteints de bronchopneumopathie chronique et obstructive (BPCO) ou d'insuffisance cardiaque. Une force de cette étude selon les chercheurs, est le choix de la méthode ainsi que de la façon dont les interviews ont été structurés. Les limites de cette étude sont le petit échantillon, et le fait qu'il soit pris d'un seul site (Boström et al., 2020).

### **Extraction et synthèse des résultats**

Les résultats des études mentionnées dans le chapitre ci-dessus, sont de nature qualitative et les données ont toutes été collectées par le biais d'interviews. La plupart de ces dernières, comme celle de Kayyali et al., (2017), ont créé des sous titres pour expliquer les différents résultats. La synthèse de chaque étude a été réalisée à l'aide de grilles spécifiques. Elles figurent à la fin de ce travail, en annexe (annexe b).

## Résultats

## Sélection des études : *Le diagramme de flow*

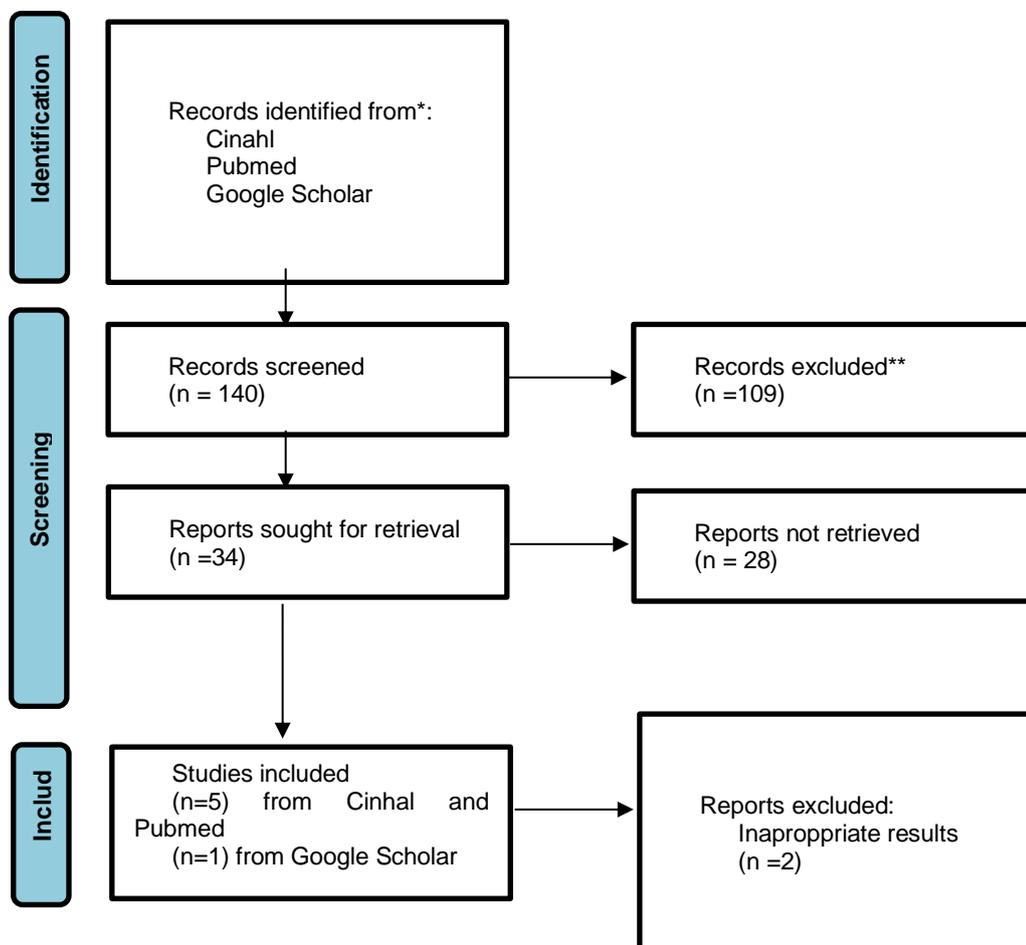


Figure 2: *Diagramme de Flow*

(Page et al., 2020)

## Caractéristiques et qualité des articles sélectionnés

Dans chaque étude sélectionnée pour cette revue de littérature, les positionnements infirmiers face à la télésanté sont mis en évidence et décrits. Seule l'étude de (Kayyali et al., 2017) tient également compte du positionnement d'autres professionnels de la santé.

L'expérience dans le domaine de la santé, ou plus spécifiquement celle dans le télé nursing est mentionnée dans certaines études. (Boström et al., 2020; Nilsson et al., 2010; Öberg et al., 2018 ; Yliluoma & Palonen, 2020). Les échantillons variaient entre deux (Nilsson et al., 2010) et 36 participantes (Kayyali et al., 2017). Il est important de noter que toutes les infirmières étaient des femmes.

De plus, aucune étude fait preuve de conflits d'intérêts, ni d'un manque de respect au niveau de l'éthique. Cela a été confirmé par des comités régionaux d'examen éthique. Un consentement éclairé a été signé par chaque participant. La grande majorité de ces études a été réalisée dans des pays scandinaves, tels que la Suède ou encore la Finlande (Kayyali et al., 2017). Les autres études ont été faites en Angleterre (Bassel Odeh et al., 2014; Kayyali et al., 2017). Pour finir, toutes ont été traduites ou écrites en anglais.

Tableau 3: caractéristiques des études

	Échantillon(n=)	Années d'expérience	Pays	Langue	Temps de récolte de données/ temps de l'étude	Respect de l'éthique/ Conflits d'intérêts
(Nilsson et al., 2010)	2	Entre 23 et 39 ans d'expérience	Suède	Anglais	Récolte de données : De novembre 2003 à mars 2004	Non
(Kayyali et al., 2017)	36 dont 13 infirmières	Pas décrit	Angleterre	Anglais	Récolte de données : Janvier à mars 2015	Non
(Bassel Odeh et al., 2014)	7	Pas décrit	Angleterre	Anglais	Temps d'étude : Sur 15 mois	Non
(Öberg et al., 2018)	20	5 et 38 ans d'expériences (moyenne : 23 ans)	Suède	Anglais	Temps de récolte de données : Novembre 2014 à mars 2015	Non
(Yliluoma &	13	2.5 à 33 ans d'expériences en santé générale	Finlande	Anglais	En 2017	Non

Palonen, 2020)		(moyenne : 21 ans)  Expérience avec le télé nursing : 8 mois à 10 ans (moyenne de 4.5 ans)				
(Boström et al., 2020)	4	Expérience entre 19 et 30 ans	Suède	Anglais	Pas décrit	Non

## Présentation des résultats

La présentation des résultats va être structurée d'après les sept rôles de compétences infirmières. Les résultats tirés de chaque étude vont être classés et expliqués sous chaque rôle correspondant (Frank et al., 2015).

### Rôle d'expert-e en soins infirmiers

Dans ce rôle, plusieurs positionnements sont ressortis comme, notamment, la difficulté d'accomplir une évaluation clinique par appel (Yliluoma & Palonen, 2020). En effet, le sens de la vue ne peut être pratiqué qu'à travers les yeux du patient. Les participantes de l'étude de Kayyali et al., (2017) et celles de Yliluoma & Palonen, (2020) expriment la peur de passer à côté d'un symptôme ou d'une autre particularité dû au fait de la consultation prodiguée à distance. La réflexion de ne pas aller assez en profondeur lors de la communication et donc d'omettre une hypothèse et qu'un quelconque point passe à la trappe, peut donc être un problème réel. Par ailleurs, un point favorable concernant la télésanté est que certaines hospitalisations peuvent être évitées parce que les péjorations sont reconnues plus vite (Kayyali et al., 2017). La capacité d'autogestion de la personne soignée est mise en avant et celle-ci peut plus

vite reconnaître une péjoration, et appeler le personnel soignant et ainsi éviter une hospitalisation (Boström et al., 2020).

Dans l'étude de Nilsson et al., (2010), il a été mentionné que dès l'approvisionnement de l'outil (TIC) utilisé, les participantes voient un bénéfice de recevoir régulièrement des nouvelles de la part du patient pour ainsi être au courant de ce dont il a besoin. Cependant, elles relèvent également qu'elles ressentent parfois une insatisfaction ou un sentiment d'insuffisance de prise en compte des besoins du patient, compte tenu de la difficulté de comprendre et de satisfaire ceux-ci, car la consultation se fait toujours via un appel téléphonique ou par message.

### **Rôle de communicateur ou communicatrice**

D'après l'étude de Nilsson et al., (2010) les consultations à distance sont décrites comme une expérience positive, à certains moments, le téléphone suffit et ceci génère un gain de temps pour les soignants. De plus, l'étude démontre une grande disponibilité dû à l'outil technologique utilisé. Une meilleure adhérence ainsi qu'une relation de confiance améliorée ont également été relevées du personnel infirmier envers les patients.

Un point commun à toutes les études est que la communication non verbale est altérée, comme décrit dans l'étude de Kayyali et al., (2017). Dans l'étude de (Boström et al., 2020), lors de consultation en présentiel, il est toujours possible d'avoir un contact physique avec le patient pour amener un certain réconfort. Une autre constatation est que la relation patient-soignant peut être altérée et mener à une relation impersonnelle. Les infirmières se sentaient plus employées d'administration qu'infirmières (Öberg et al., 2018)

Éviter les questions fermées, utiliser des mots de confirmation tels que « mmmh » ou encore travailler avec la manière de comment formuler les questions, sont ressortis comme des points bénéfiques et contribuaient à ce que l'échange soit perçu comme positif. Ces points sont relevés comme importants de la part des infirmières pour que le patient se sente écouté et que l'interaction reste vive et dans un cadre respectueux (Boström et al., 2020).

Toutefois, les participants de Nilsson et al., (2010) et ceux des autres études, trouvent que les consultations à distance ne pourront pas remplacer les consultations traditionnelles mais que cela peut clairement être un atout supplémentaire. En effet, un meilleur suivi peut être mis en place si en plus des consultations en présentiel, d'autres à distance sont proposées.

De plus, dans toutes situations, un environnement calme est nécessaire pour une prise en charge de qualité. Yliluoma & Palonen, (2020) ont en effet relevé que les interactions téléphoniques pouvaient être un défi à cause des bruits environnants ou encore lorsque le patient réglait d'autres tâches pendant l'appel. De même, la possibilité de créer un environnement calme est rendue difficile lorsque le patient a une attitude négative ou se comporte de manière inappropriée. Une aide pour une bonne interaction mentionnée dans cette étude, a été d'utiliser la même "guideline" tout comme des directives communes lors de chaque appel.

De plus, il été noté que la problématique du patient peut être, pour les soignants, plus difficilement évaluable et comprise quand la consultation est effectuée par téléphone (Kayyali et al., 2017)

### **Rôle de collaborateur ou de collaboratrice**

Dans le rôle de collaborateur, il a été souligné dans l'étude de Boström et al., (2020) ainsi que dans celle de Nilsson et al., (2010) que les soignantes se substituent l'une à l'autre lorsqu'elles rencontrent des difficultés dans leur quotidien, ou encore pour garantir une sécurité pour le patient ainsi que pour elles-mêmes. En effet, elles racontent se sentir plus sûres après un débriefing avec leurs collègues en cas de situations complexes à leurs yeux. Cela leur donne un sentiment d'épaullement lorsqu'elles ont en besoin.

### **Rôle de manager**

D'après Kayyali et al., (2017), les participantes ont mentionné une difficulté à répondre aux messages, qui sont, parfois nombreux.

De plus, elles relèvent, tout comme dans l'étude de Bassel Odeh et al., (2014), une perte de temps au début de l'implémentation du nouveau système de télésanté car celle-ci a nécessité de s'habituer à cette nouvelle méthode de travail. Dans l'étude de (Öberg et al., 2018) des difficultés à s'adapter aux nouveaux outils informatiques ainsi qu'aux problèmes technologiques liés à ces derniers, ont été mentionnées, ce qui a, pour certaines participantes, amené à une réticence à travailler dans ces nouvelles conditions (Öberg et al., 2018).

Par ailleurs, les participantes de l'étude de Nilsson et al., (2010) témoignent d'un gain de temps après s'être accoutumée au nouvel outil de communication. Cela leur a permis, entre autres, une meilleure organisation dans la gestion de leur quotidien professionnel. Nilsson et al., (2010) a également mis en évidence une meilleure accessibilité au patient.

### **Rôle de promoteur ou promotrice de la santé**

Boström et al., (2020) relève la notion d'autogestion. En effet, les participantes mentionnent qu'elles passent de rôle d'expert à un rôle de partenaire pour que le patient ait une possibilité de réfléchir à des solutions par lui-même. En conséquent, un travail est requis pour que le patient se sente assez en confiance pour gérer sa santé et ainsi autogérer un maximum seul, sa maladie (Kayyali et al., 2017; Yliluoma & Palonen, 2020).

Quelques études, dont celle de Kayyali et al., (2017), mettent en évidence les différentes difficultés liées à la technologie, comme par exemple, les personnes âgées qui peuvent avoir de la peine à s'adapter à la nouvelle technologie informatique.

De plus, il a été remarqué qu'en étant plus disponible et en pouvant déceler les péjorations plus rapidement, certaines hospitalisations pourront être évitées et en conséquence, les coûts financiers diminués (Kayyali et al., 2017).

### **Rôle d'apprenant-e et formateur ou formatrice**

Dans chaque étude analysée, les participantes évoquent une préoccupation par rapports aux changements que la digitalisation apporte, notamment dû au manque du temps nécessaire pour apprendre la nouvelle méthode. Comme décrit dans l'étude de Öberg et al., (2018) un manque de support d'apprentissage au début de l'implémentation ainsi que lors de l'utilisation. Bassel Odeh et al., (2014) mentionne lui aussi un manque de support pour aider à comprendre le nouveau service de télésanté. Nilsson et al., (2010) lui, souligne que ces participantes n'étaient pas satisfaites de la qualité de l'instruction donnée au préalable concernant l'utilisation de l'ICT.

Cette nouvelle manière de travailler soulève d'autres questionnements comme le manque de connaissances quant à l'utilisation de cette technologie. Les infirmières ressentent une pression lors des débuts de l'implémentation des outils car cela signifie une charge supplémentaire au niveau de l'apprentissage de cet outil (Öberg et al., 2018).

Les professionnels de la santé participant à l'étude de Kayyali et al., (2017), ont soulevé le besoin, pour une bonne implémentation de la télésanté, la nécessité d'offrir une éducation thérapeutique au patient mais aussi de former les professionnels. Certaines infirmières admettent que la télésanté a sa place dans les soins mais doit être clairement définie (Bassel Odeh et al., 2014).

### **Rôle de professionnel-le**

Dans le rôle du professionnel, la crainte de perdre une relation face à face est mentionnée dans l'étude de Kayyali et al., (2017). Dans l'étude de Öberg et al., (2018), les participantes expriment une préférence des consultations faites en présentiel de peur de perdre l'aspect personnel de l'interaction patient-soignant.

En outre, l'aspect de la confidentialité est relevé comme point à prendre en considération (Kayyali et al., 2017).

D'après Nilsson et al., (2010) ainsi que chez Öberg et al., (2018), les soignantes témoignent, avec le temps, se sentir plus à l'aise avec l'outil technologique utilisé. Elles disent que c'est un « développement excitant mais épuisant » (Öberg et al., 2018). Dans l'étude de Bassel Odeh et al., (2014), beaucoup de soucis techniques et d'organisation sont mis en avant, ce qui affecte la confiance des soignants dans le succès futur du programme.

Certains professionnels de la santé de l'étude de Kayyali et al., (2017) ont affirmé le fait que l'implémentation de la télésanté reste un acte coûteux. En effet, selon eux, investir dans la technologie ou dans les dispositifs et équipements représente un grand engagement financier et, que pour le moment, ces fonds n'existent pas.

Les participantes de l'étude de Boström et al., (2020) discutent du fait de redéfinir le rôle du professionnel et ainsi encourager le patient à prendre activement part à sa santé et d'être mis en confiance. Il s'agit également de créer une relation de confiance entre le patient et le professionnel de la santé.

## Discussion

Comme mentionné en amont de ce travail, les auteures vont ouvrir la discussion en s'appuyant sur le code de déontologie infirmier (conseil international des infirmières, 2021). Ce dernier se divisera en quatre parties afin d'y gagner en structure.

Le but de cette discussion est de confronter les résultats présentés plus haut à notre question de recherche.

Ensuite, les forces et limites de cette revue littéraires seront explicitées.

Finalement, des recommandations infirmières pour une bonne mise en pratique de la télésanté concluront la discussion.

Il reste à préciser que les positionnements infirmiers sont également mis en lien avec les multiples rôles infirmiers dans la discussion qui suit.

### **Premier volet – l'infirmière et le patient**

Ce premier volet, s'intitulant « l'infirmière et le patient » fait référence aux soins centrés sur la personne en tenant compte des droits de l'homme, et cela fait partie des fondamentaux de la pratique infirmière (Nations Unies, 1948). Les participantes à toutes les études sélectionnées, ont eu un œil critique envers la capacité de pouvoir prodiguer des soins de manière individualisée, en utilisant la télésanté. Effectivement, comme décrit dans la plupart des études, et particulièrement dans l'étude de Boström et al., (2020) la communication non verbale est quand même biaisée. Pouvoir poser la main sur le patient afin d'exprimer son empathie, n'est plus possible dans le cas où la consultation se fait sans déplacement physique des deux parties. Celle-ci doit, à présent, trouver des alternatives nouvelles afin de permettre une prise en charge globale du patient.

De plus, l'aspect de la confidentialité fait également partie des sujets sur lesquels l'infirmière doit s'interroger. Effectivement, dans une des études (Kayyali et al., 2017) les participantes se posent la question sur leur capacité à respecter les données confidentielles de la personne soignée comme par exemple, un vol de données. L'implication de la technologie peut, d'après les infirmières, avoir des conséquences sur la qualité d'une prise en charge sécuritaire du patient car il y a la possibilité de passer à côté d'un symptôme important (Kayyali et al., 2017). De plus, une difficulté peut apparaître pour les personnes âgées, car elles ont souvent moins l'habitude de travailler avec les outils technologiques d'aujourd'hui (Kayyali et al., 2017).

Bien entendu, dans toutes les études analysées, la télésanté était pratiquée entièrement à distance (infirmier non présent physiquement lors de la consultation). Or, on parle également de télésanté lorsque le personnel infirmier est présent auprès du patient, et que des outils technologiques sont utilisés pour le transfert de données direct vers une tiers personne (Bossert, 2021).

Toujours dans le premier volet du code de déontologie, la relation de confiance est évoquée. Avec l'avancée de la télésanté, l'alliance thérapeutique peut être plus complexe à construire. Justement, divers obstacles tels que l'incapacité à avoir un face à face avec la personne soignée, signifiant que la communication non verbale peut être altérée. Un certain scepticisme est décrit par les infirmières face à cette nouvelle méthode de prise en charge. Elles évoquent des difficultés à créer un lien avec leur patient. En l'encontre d'un témoignage sorti d'une étude (Boström et al., 2020) qui évoque qu'au contraire, la qualité de la relation n'a pas été entravée mais facilitée car elles ont eu l'impression d'avoir une meilleure compréhension du patient. D'autre part, l'adhérence a pu dans certains cas être améliorée dû aux échanges plus fréquents par messages. Une meilleure disponibilité du côté du corps soignant a pu

être démontrée (Kayyali et al., 2017). Selon les auteures une meilleure autogestion des patients peut également être encouragée et l'empowerment promu lors d'utilisation de télésanté.

Au niveau de la qualité de l'examen clinique, les positionnements des infirmiers ressortis sont qu'une certaine peur de passer à côté d'un symptôme non visible dû à une consultation téléphonique est présente. Elles se questionnent par rapport à la qualité de faire une bonne prise en charge, et elle mentionne l'importance de la communication lors d'échanges virtuelle. En effet, l'art de communiquer doit être maîtrisée par le personnel infirmier pour pouvoir accomplir une bonne prise en charge sécuritaire et de qualité (Boström et al., 2020).

Tous ces points démontrent que pouvoir travailler en respectant l'individu ainsi que ses valeurs est, dans le cadre de la télésanté un véritable défi selon les auteures. De plus, s'ajoute le respect de la confidentialité qui elle aussi est un point à prendre en considération lors d'utilisation d'outils technologiques. Le personnel infirmier participant aux études se questionne sur tous ces points et relève les difficultés.

### **Deuxième volet- l'infirmière et la pratique**

Dans « l'infirmière et la pratique », maintenir ses connaissances à jour est le point central de ce volet. Certes, avec l'approche de la télésanté, cultiver des nouvelles compétences est nécessaire. La moitié des études a démontré un manque de connaissances ainsi qu'un manque de support, face à cette nouvelle méthode qui demande une nouvelle adaptation (Bassel Odeh et al., 2014; Nilsson et al., 2010; Öberg et al., 2018). Certaines infirmières démontrent une envie réelle à vouloir s'investir dans l'apprentissage de cette dernière pendant que d'autres montrent de la réticence générée, entre autres, au stress. Effectivement, l'application de la télésanté

peut devenir chronophage et peut mener à une surcharge par ailleurs (Bassel Odeh et al., 2014; Nilsson et al., 2010; Öberg et al., 2018).

En Suisse, à travers les différents projets, notamment celui de l'HFR, mis en place en lien avec la télésanté, une volonté de s'investir de la part des différents acteurs de la santé se fait ressentir. La télésanté est perçue comme un élément à grand potentiel dans l'avenir de la santé (Bossert, 2021)

Les points mentionnés ci-dessus, démontrent que s'il y a un manque de support et de connaissances lors d'une implémentation d'un outil de télésanté, la qualité peut en être affectée car du stress est généré. Cependant, lors d'un bon fonctionnement, il en est ressorti que certaines hospitalisations pourraient potentiellement être évitées, ce qui peut avoir des conséquences positives pour le patient. Les auteures ont particulièrement relevé le fait, à travers les diverses sources utilisées dans ce travail, qu'il y a un grand potentiel d'éviter des hospitalisations ou de les écourter.

### **Troisième volet- l'infirmière et la profession**

En lien avec le second volet, le troisième volet fait référence à la contribution active des connaissances. Les auteures ont relevé le fait que le personnel soignant n'est pas assez informé sur le thème de la télésanté. En effet, un manque de formation dans ce domaine lors de son implémentation, ainsi qu'un manque de disponibilité des professionnels responsables de ce dernier ont été relevés (Bassel Odeh et al., 2014; Nilsson et al., 2010; Öberg et al., 2018).

L'infirmière se positionne donc de manière intéressée. Or avec le manque de ressources mentionné dans certaines études, une bonne adaptation et optimisation au système mène à des difficultés. L'échange au sein de l'équipe soignante a cependant été une grande ressource pour beaucoup, ce qui peut donc être une aide

conséquence pour un bon fonctionnement. De plus, un support spécifique de la part de professionnels est nécessaire en plus de la volonté de chacun de garantir une qualité dans la prise en charge avec la télésanté.

Du point de vue des auteures en fin de formation, la médecine est un domaine qui évolue constamment et rapidement. Par conséquent l'importance d'être à jour et prendre la responsabilité de se former aux nouvelles avancées, est justifiée. Elles ont malheureusement fait le constat que dans les études analysées, un manque de formation disponible et de volonté de la part des infirmières était présent. Néanmoins, en Suisse, la volonté de vouloir s'investir dans ce domaine se fait ressentir à travers les différents projets mis en place (Bossert, 2021).

#### **Quatrième volet- l'infirmière et la santé mondiale**

Le dernier volet se concentrant sur « l'infirmière et la santé mondiale », met surtout en évidence les positionnements liés aux enjeux environnementaux ou encore à l'accès aux soins. Cela dit, dans le cadre de ce travail, les auteures vont ajuster le positionnement par rapport à ce volet, afin de le rendre pertinent et pouvoir confronter les résultats en rapport à la question de recherche.

L'accessibilité aux soins pour tous est un point essentiel dans cette partie du code. Grâce à la télésanté, une couverture sanitaire universelle peut être atteinte. Les infirmières de l'étude de Nilsson et al., (2010) expriment notamment le sentiment de pouvoir être plus accessibles via les outils technologiques, ce qui mène à une meilleure offre de soins. En effet, la qualité peut être promue avec la garantie d'un accès aux soins peu importe où la personne nécessitant des soins se trouve. Par ailleurs, cela demande une habilité à utiliser les outils technologiques ainsi que de pouvoir à un réseau fonctionnel. Par conséquent, comme cité plus haut dans le

premier volet, cela peut être synonyme de difficulté pour les personnes âgées. Un autre obstacle relevé par les infirmières, entravant la qualité d'une bonne prise en charge à distance, est l'environnement non adapté du patient. Comme des bruits de fonds ou encore un mauvais réseau.

La thématique autour de la finance apparaît également dans une des études analysées. En effet, lors d'une bonne implémentation de la télésanté, un possible impact sur l'économie peut être attendu, en évitant les coûts d'une éventuelle hospitalisation en anticipant la détérioration de pathologies (Kayyali et al., 2017).

Un certain équilibre financier pourrait être, d'après plusieurs chercheurs, possiblement acquis lors d'une bonne implémentation, ce qui pourrait démontrer que la télésanté n'est pas forcément synonyme d'acte très onéreux. La qualité peut donc être également garantie dans ce domaine-là. Tout cela reste des spéculations car pour le moment les participantes des études analysées, ressortent le fait que cela reste coûteux.

Des éléments positifs ont été décelés lors de l'analyse des études tels que l'accessibilité aux soins et l'aspect financier. Quelques obstacles sont tout de même à prendre en compte comme un environnement peu calme lors d'un échange téléphonique à distance par exemple. Dans différents modules de formation des auteures, le cadre de l'environnement est relevé comme étant primordial à une prise en charge complète et sécuritaire. Cela démontre l'importance du contexte dans lequel une consultation est réalisée.

## **Forces et limites de cette revue de littérature**

### **Forces**

Cette revue de littérature comprend divers points forts. En effet, le but de cette dernière était de rechercher exclusivement les positionnements infirmiers. À l'exception d'une étude, qui elle comporte d'autres professions de la santé, se composaient toutes des positionnements infirmiers. Ces derniers se reposaient sur des infirmiers-ères du terrain ce qui rend leurs retours représentatifs. Ce travail avait comme objectif une analyse qualitative qui était dans ce cadre, un choix approprié pour répondre à la question de recherche à la vue du caractère novateur de la télésanté ainsi que du peu de recul sur cette dernière. Le fait que les études aient toutes utilisées la méthode d'interviews pour la récolte de données s'est avéré idéal à faire ressortir les positionnements infirmiers. Cette revue de littérature respecte un cadre de recherche scientifique. Les études analysées ont la plupart fait parties d'un projet à large échelle où alors mandatées par un département de santé. De plus, l'ensemble de ces dernières a permis de répondre à la question de recherche.

### **Limites**

Plusieurs limites sont apparues lors de la rédaction de cette revue de littérature. Premièrement, les échantillons des études analysées sont peu nombreux et donc une généralisation n'est pas possible. De même, cette revue comprend seulement l'analyse de six études, ce qui démontre que les résultats énumérés ne sont pas significatifs. Puis, les résultats proviennent exclusivement de participantes féminines. Ceci peut être vu comme une force ou une limite étant donné que le personnel infirmier est, à l'heure actuelle, majoritairement composé de femmes (Office fédéral

de la statistique OFS, 2009). De plus aucune étude n'a été trouvée dans le contexte suisse ce qui ne rend qu'en partie cette revue de littérature représentative à la Suisse. Aucune étude dans la langue française ni quantitatives n'ont été trouvées par les auteures. Pour finir, certaines de nos études datent de plus de dix ans.

### **Recommandations dans la pratique**

Plusieurs défis sont présents lors d'une implémentation d'un service de télésanté et pour les relever, il faut faire preuve de conscienciosité et de patience (Simon & Gayraud, 2017). Différentes recommandations, pour viser une bonne mise en œuvre sont mentionnées ci-dessous.

La télésanté est, de nos jours, encore un thème très diversifié. Effectivement, la seule utilisation d'un objet technologique permet de parler de télésanté. Ce terme, selon les auteures, doit donc être mieux défini, avec des sous catégories afin de mieux pouvoir se positionner en présence de celui-ci. Au niveau de la loi, malgré le fait qu'elle soit reconnue comme une pratique à part entière, certains points restent encore à être définis comme par exemple la facturation (LAMal, 2022).

Dans le cas où une implémentation se met en place, il est important de bien prendre en compte le facteur humain qui explique les réticences de certains professionnels de la santé et qui a un impact sur le temps d'adaptation (Collerette et al., 1997). En effet, le début de la mise en place semble chronophage et certaines sources d'erreurs peuvent apparaître. De plus, certains professionnels de la santé manifestent de la réticence aux changements ce qui demande plus d'attention lors de l'explication des différents enjeux pour mener à bien une bonne mise en œuvre.

Comme précisé dans certaines études analysées(Boström et al., 2020; Yliluoma & Palonen, 2020), les rôles doivent être revus pour qu'ils aient la possibilité d'être plus adaptés lors d'une prise en charge utilisant la télésanté.

Cependant, un certain équilibre peut rapidement se mettre en place. La télésanté peut être considérée comme un très bon outil supplémentaire pour garantir une prise en charge complète, de qualité, tout en restant sécuritaire pour le patient ainsi que le professionnel l'utilisant.

Les différents projets en cours doivent être exploités et maintenus pour pouvoir gérer au mieux les changements futurs, lié à la société cyber connectée d'aujourd'hui. De plus, des études actuelles concernant la Suisse, devraient être envisagés. Cela contribuerait à la capacité des infirmiers-ères de se positionner face à la télésanté.

## Conclusion

Cette revue de littérature avait pour but de faire ressortir les positionnements infirmiers face à la qualité de prise en charge via la télésanté et que cela a apporté des pistes de réponses aux auteures.

Le monde médical ainsi que les pratiques infirmières évoluent constamment et de manière rapide vers de nouvelles pratiques, ce qui demande une adaptation et mise à jour particulière. Grâce à la capacité d'adaptation, la flexibilité ainsi que le large champ de compétences des infirmiers-ères, cette avancée est possible à mettre en place dans de bonnes conditions. La télésanté est économiquement intéressante et tout hôpital qui se voit moderne et progressiste doit envisager d'implémenter cette approche car notre société est cyber connectée (Bossert, 2021). De plus, l'utilisation de moyens technologiques est au centre des pratiques médicales et cela démontre que la télésanté y a sa place et doit être développée. Il est absolument primordial, de garantir l'accès à cette dernière, afin de pouvoir assurer une qualité dans la continuité des pratiques infirmières dans ce contexte récent.

A travers ces études, différents positionnements sont ressortis, certains plus positifs que d'autres. Le besoin exprimé par ces dernières, d'acquérir davantage de connaissances et d'accoutumance à cette pratique présente un réel intérêt pour les soignants. Par ailleurs certains obstacles, comme l'aspect de la confidentialité, la cybersécurité, la communication non verbale, la qualité de la relation thérapeutique, le manque de support informatique ainsi que le contexte financier, expliquent certaines réticences de la part des infirmières (Bassel Odeh et al., 2014; Kayyali et al., 2017; Öberg et al., 2018).

A travers les études analysées et d'autres recherches essentielles à l'écriture de ce travail, les auteures ont ressenti l'importance pour les infirmières, d'assurer ces principes dans le contexte de la télésanté, ce qui demande une nouvelle adaptation.

Des projets sont actuellement en cours, comme à l'HFR, et différentes institutions (HEIA, HEdS) aident à contribuer à cette avancée. Cela démontre qu'un intérêt commun est présent et qu'il faut continuer à explorer ce sujet d'actualité et pertinent.

Selon les auteures, les infirmiers-ères ont une carte à jouer, de part de leur champ de compétences, leur capacité d'adaptation ainsi que leur flexibilité qu'ils mettent en action quotidiennement.

Pour conclure, ce sera uniquement quand les questionnements autour de la télésanté, tels que les rôles, des positionnements clairs, les obstacles mentionnés levés, que la prise en charge virtuelle pourra être clairement évaluée.

Les auteures se posent donc, suite à l'écrit de cette revue de littérature, la question suivante : à quel point la télésanté peut être un gain de temps pour les infirmières, ainsi qu'un avantage économique pour la société dans les prochaines années?

## Références

- Astruc, A., Sarfati, S., & Halioua, B. (2020). *TÉLÉMÉDECINE : LES DÉBUTS DE L'HISTOIRE*.
- Bassel Odeh, Reem Kayyali, Shereen Nabhani Gebara, & Nada Philip. (2014). *Implementing a telehealth service: nurses' perceptions and experiences*.
- Baudinière, N., Bégué, N., Bréhaut, K., Chaussat, J. C., Darré-Bérenger, C., Guillet, P., Goglin, J.-F., Hanna, R., Joviado, O., le Fol, V., Leroux, V., Marraud, L., Séroussi, B., & Thierry, J.-P. (2021). *L'IMPACT ENVIRONNEMENTAL DU NUMÉRIQUE EN SANTÉ*.  
[https://esante.gouv.fr/sites/default/files/media\\_entity/documents/rapport\\_gt6\\_210517-2.pdf](https://esante.gouv.fr/sites/default/files/media_entity/documents/rapport_gt6_210517-2.pdf)
- Besson, J., Crespo, L. A., Eggimann, P., de Heller, H. K., Randin, J. P., Rosselet, P. O., Ruchat, P., Saucy, F., & Tempia, A. (2020). *#4 courrier du médecin vaudois Réaction au 2 e volet de mesures fédérales Quel impact sur la relation*

*thérapeutique ?* <https://www.svmed.ch/svm/wp-content/uploads/2020/08/cmv4-2020-telemedecine.pdf>

Bossert, G. (2021). *Rapport d'activité*. [https://www.h-fr.swiss/telemedecine/RAPPORT\\_ACTIVITE\\_HBW\\_2021.pdf](https://www.h-fr.swiss/telemedecine/RAPPORT_ACTIVITE_HBW_2021.pdf)

Boström, E., Ali, L., Fors, A., Ekman, I., & Andersson, A. E. (2020). Registered nurses' experiences of communication with patients when practising person-centred care over the phone: A qualitative interview study. *BMC Nursing*, 19(1). <https://doi.org/10.1186/s12912-020-00448-4>

Bouet, P., & Lucas, J. (2015). *de la e-santé à la santé connectée Le Livre Blanc du Conseil national de l'Ordre des médecins*.

Centre hospitalier universitaire vaudois. (2022). *Téléconsultation - CHUV*. <https://www.chuv.ch/fr/chuv-home/patients-et-familles/informations-sur-le-coronavirus-covid-19/mesures-prises-a-lhopital/teleconsultation>

Code déontologique pour la profession infirmière. (2012). *Code déontologique du CII pour la profession infirmière* (Conseil international des infirmières, Ed.).

Collerette, P., Perron, Richard., & Delisle, G. (1997). *Le changement organisationnel théorie et pratique*. Presses de l'Université du Québec. [http://www.unige.ch/fapse/life/archives/livres/alpha/C/Collerette+alii\\_1997\\_A.html](http://www.unige.ch/fapse/life/archives/livres/alpha/C/Collerette+alii_1997_A.html)

Confédération Suisse. (2006). *RS 235.1 - Loi fédérale du 19 juin 1992 sur la protection des données (LPD)*. [https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/1993/1945\\_1945\\_1945/fr](https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/1993/1945_1945_1945/fr)

conseil international des infirmières. (2021). *CODE DÉONTOLOGIQUE DU CII POUR LA PROFESSION INFIRMIÈRE* Conseil International des Infirmières. [https://www.icn.ch/system/files/2021-10/ICN\\_Code-of-Ethics\\_FR\\_WEB.pdf](https://www.icn.ch/system/files/2021-10/ICN_Code-of-Ethics_FR_WEB.pdf)

Coronavirus Covid-19. (2020). *Les « hotlines » cantonales COVID-19 seront débranchées. Répondant à des milliers d'appels de Fribourgeois-e-s, elles ont joué un rôle déterminant dans la lutte contre la pandémie | État de Fribourg.* <https://www.fr.ch/covid19/actualites/les-hotlines-cantonales-covid-19-seront-debranchees-repondant-a-des-milliers-dappels-de-fribourgeois-e-s-elles-ont-joue-un-role-determinant-dans-la-lutte-contre-la-pandemie>

Frank, J. R., Snell, L., Sherbino, J., & Royal College of Physicians and Surgeons of Canada. (2015). *CanMEDS 2015 physician competency framework* (2015th ed.). [https://canmeds.royalcollege.ca/uploads/en/framework/CanMEDS%202015%20Framework\\_EN\\_Reduced.pdf](https://canmeds.royalcollege.ca/uploads/en/framework/CanMEDS%202015%20Framework_EN_Reduced.pdf)

Gómez Camacho, J. J. (2018). *Suivre le rythme d'un monde en évolution rapide : Mettre l'évolution rapide de la technique à l'ordre du jour des Nations Unies | Nations Unies.* <https://www.un.org/fr/chronicle/article/suivre-le-rythme-dun-monde-en-evolution-rapide-mettre-levolution-rapide-de-la-technique-lordre-du>

Hannah, K. J., Ball, M. J., Kumar, T. S., & Snooks, H. (2011). Health Informatics Series Editors. *Telenursing*.

Hôpitaux universitaires de Genève. (2021). *Enseignement du service de cybersanté et télémédecine à Genève aux HUG | HUG - Hôpitaux Universitaires de Genève.* <https://www.hug.ch/cybersante-et-telemedecine/enseignement>

- HUG hôpitaux universitaires de Genève. (2021). *HUG@home, application de télémédecine des HUG | HUG - Hôpitaux Universitaires de Genève*.  
<https://www.hug.ch/medecine-premier-recours/hughome>
- imad - Aide et soins à domicile du canton de Genève*. (2022). <https://www.imad-ge.ch/>
- Kayyali, R., Hesso, I., Mahdi, A., Hamzat, O., Adu, A., & Nabhani Gebara, S. (2017). Telehealth: misconceptions and experiences of healthcare professionals in England. *International Journal of Pharmacy Practice*, 25(3), 203–209.  
<https://doi.org/10.1111/ijpp.12340>
- LAMal. (2022). *Loi fédérale sur l'assurance-maladie*.  
[https://fedlex.data.admin.ch/filestore/fedlex.data.admin.ch/eli/cc/1995/1328\\_1328\\_1328/20210101/fr/pdf-a/fedlex-data-admin-ch-eli-cc-1995-1328\\_1328\\_1328-20210101-fr-pdf-a.pdf](https://fedlex.data.admin.ch/filestore/fedlex.data.admin.ch/eli/cc/1995/1328_1328_1328/20210101/fr/pdf-a/fedlex-data-admin-ch-eli-cc-1995-1328_1328_1328-20210101-fr-pdf-a.pdf)
- Liard, G. (2020). PAROLE DE PATIENT. *H24 : Le Magazine de l'hôpital Fribourgeois*, 10.  
[https://www.h-fr.ch/sites/default/files/2020-08/rz\\_hfr\\_magazine120\\_f\\_low.pdf](https://www.h-fr.ch/sites/default/files/2020-08/rz_hfr_magazine120_f_low.pdf)
- Nations Unies. (1948). *Déclaration universelle des droits de l'homme*.
- Nilsson, C., Skär, L., & Söderberg, S. (2010). Swedish District Nurses' experiences on the use of information and communication technology for supporting people with serious chronic illness living at home - a case study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24(2), 259–265. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2009.00715.x>
- Öberg, U., Orre, C. J., Isaksson, U., Schimmer, R., Larsson, H., & Hörnsten, Å. (2018). Swedish primary healthcare nurses' perceptions of using digital eHealth

services in support of patient self-management. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 32(2), 961–970. <https://doi.org/10.1111/scs.12534>

Office fédéral de la statistique OFS. (2009). *Vers l'égalité entre femmes et hommes - Situation et évolution | Publikation | Bundesamt für Statistik*. <https://www.bfs.admin.ch/asset/de/346671>

Page, M., McKenzie, J., Bossuyt, P., Boutron, I., Hoffmann, T., & Mulrow, C. (2020). *PRISMA\_2020\_flow\_diagram\_new\_SRs\_v1.docx*. [https://view.officeapps.live.com/op/view.aspx?src=http%3A%2F%2Fwww.prismastatement.org%2Fdocuments%2FPRISMA\\_2020\\_flow\\_diagram\\_new\\_SRs\\_v1.docx&wdOrigin=BROWSELINK](https://view.officeapps.live.com/op/view.aspx?src=http%3A%2F%2Fwww.prismastatement.org%2Fdocuments%2FPRISMA_2020_flow_diagram_new_SRs_v1.docx&wdOrigin=BROWSELINK)

Paton, F. (2020). *Telenursing: What Are Telehealth And Telenursing?* - Nurseslabs. <https://nurseslabs.com/telenursing/>

Percheron, L., Lecygne, C., Jeannot, J. G., Spahni, S., & Mazouri-Karker, S. (2020a). *REVUE MÉDICALE SUISSE*. <https://doi.org/10.2196/jmir.7512>

Percheron, L., Lecygne, C., Jeannot, J.-G., Spahni, S., & Mazouri-Karker, S. (2020b). *REVUE MÉDICALE SUISSE*. <https://doi.org/10.2196/jmir.7512>

Percheron Vendeuvre, L., Avigdor, G., Jeannot, J. G., & Mazouri-Karker, S. (2020). Aspects juridiques de la téléconsultation. *Revue Médicale Suisse*, 16(706), 1703–1705. <https://doi.org/10.53738/REVMED.2020.16.706.1703>

Schönenberger, U., Bestetti, G., & Koch, P. (2003). *Forschungspublikationen – «Beiträge zur Sozialen Sicherheit»*. <https://www.bsv.admin.ch/bsv/de/home/publikationen-und->

service/forschung/forschungspublikationen.exturl.html?lang=de&Inr=02/22#pub  
db

Siefert, V., Welzel, G., Blessing, M., Jahnke, L., Hesser, J., Wenz, F., & Giordano, F. A. (2018). Telemedizinische Erfassung von „patient-reported outcomes“. *Forum*, 33(2), 94–100. <https://doi.org/10.1007/s12312-018-0393-4>

Simon, P., & Gayraud, P. (2017). *adsp n° 101 - Télémedecine : des pratiques innovantes pour l'accès aux soins*. <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/adsp?clef=158>

Stauffacher, W., & Denz, M. (2003). *bulletin de l'Académie Suisse des Sciences Médicales*. [https://www.samw.ch/dam/jcr:cb617b20-e0e9-47f5-87cc-ac2d312c2cd7/bulletin\\_assm\\_03\\_1.pdf](https://www.samw.ch/dam/jcr:cb617b20-e0e9-47f5-87cc-ac2d312c2cd7/bulletin_assm_03_1.pdf)

Syburra, T., & Genoni, M. (2008). Applications de la télémédecine en Suisse. *Revue Médicale Suisse*.

Wagner, L. (2020). *Le coronavirus, un tournant décisif pour la télémédecine en Suisse - SWI swissinfo.ch*. <https://www.swissinfo.ch/fre/le-coronavirus--un-tournant-d%C3%A9cisif-pour-la-t%C3%A9l%C3%A9m%C3%A9decine-en-suisse/45830794>

WHO. (1997). *who group consultation en health telematics*.

World Health Organization. (2010). *Telemedicine : opportunities and developments in member states : report on the second Global survey on eHealth*. World Health Organization.

Yliluoma, P., & Palonen, M. (2020). Telenurses' experiences of interaction with patients and family members: nurse–caller interaction via telephone.

*Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 34(3), 675–683.

<https://doi.org/10.1111/scs.12770>



## **Appendices**

**Appendice A : Déclaration d'authenticité**

Déclaration d'authenticité

Nous déclarons avoir réalisé ce travail de manière personnelle conformément aux normes et directives de la Haute Ecole de Santé de Fribourg. Toutes les références utilisées dans le présent travail sont nommées et clairement identifiées.

Lieu, date et signature

Fribourg, le 14 juillet

Handwritten signature in cursive script, appearing to read "A. Sprehler".

Lieu, date et signature

Fribourg, le 14 juillet

Handwritten signature in cursive script, appearing to read "C. Walcher".

## Appendice B : grilles de résumé d'articles scientifiques

### Grille de résumé d'un article scientifique

#### Approche qualitative

<b>Éléments du rapport</b>	<b>Contenu de l'article</b>
<b>Références complètes</b>	Swedish District Nurses' experiences on the use of information and communication technology for supporting people with serious chronic illness living at home - a case study  Nilsson, C., Skär, L., & Söderberg, S. (2010). Swedish District Nurses' experiences on the use of information and communication technology for supporting people with serious chronic illness living at home - a case study. <i>Scandinavian Journal of Caring Sciences</i> , 24(2), 259–265. <a href="https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2009.00715.x">https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2009.00715.x</a>
<b>Introduction</b> Problème de recherche	<p>Cette étude fait partie d'un projet large dans le secteur des soins primaires. Il était question de tester la communication ainsi que l'information par le biais de l'informatique. Tester cet outil afin de voir si cela peut être une plus value pour le personnel soignant ainsi que de voir le feedback de ce dernier.</p> <p>La communication est point essentiel pour des soins de qualité. Certaines recherches pensent que la communication est toujours autant importante lors de soins à distance, elle sera juste différente. Utiliser cet outil peut aussi donner un soutien au familles. Des études faites antérieurement ont pu démontrés que la télésanté a pu améliorer la prise en charge de la maladie chronique. Il est donc aussi important de décrire les expériences des infirmières au niveau de la communication avec les personnes atteintes de maladies chroniques et vivants à la maison.</p>

Recension des écrits	Pour les interviews, ils ont utilisés un guide déjà utilisé dans une étude antérieure.
Cadre théorique ou conceptuel	Utilisation de guide d'interview crée par rapport à une étude antérieure ainsi que l'utilisation de la ICT dans les soins. Le concept de la télésanté
Question de recherche/buts	De démontrer l'apport d'une application de communication (REXNET, electronic messaging program, ICT) pour des district nurses auprès de patients atteint de maladies chroniques.  Aussi, de décrire les expériences des « two district nurses » au niveau de l'utilisation de ces outils.
<b>Méthodes</b> Devis de recherche	qualitatif
Population, échantillon et contexte	Contexte :  Depuis quelques années, le nombre de patients soignés à domicile a augmenté. Plus de 250000 personnes en Suède bénéficient de soins à domicile au jour d'aujourd'hui. De plus en plus de monde a besoin de soins dû à une maladie chronique.  2 infirmières Interview sur 5 mois 2 patients pour chaque infirmière Critères d'exclusion/d'inclusion Posséder un diplôme de « primary healthcare specialist nursing » Être responsable d'un patient nécessitant de soins à domicile Avoir une relation thérapeutique avec ce patient Avoir des compréhensions au niveau informatique  Puis les infirmières devaient trouver un patient capable de faire partie de l'étude. Que ce patient ait des possibilités de se connecter à internet et l'utiliser.

Méthode de collecte des données	<p>Les infirmières ont été interviewés 3 fois à l'aide d'interview semi-structurés. 1 fois avant l'implémentation de cette plateforme, 1 fois après 2 mois ainsi qu'après la fin du temps d'implémentation.</p> <p>Le premier interview : basé sur un guide avec des questions sur des sujets comme par exemple l'expérience de communication, et les besoins des personnes atteintes de maladies chroniques l'accessibilité aux soins</p> <p>Les interviews duraient 40 minutes ou de 30 minutes. Tous ceux-ci ont été faits au lieu de travail des infirmières, enregistrés et retranscrits.</p>
Déroutement de l'étude	<p>Pour la communication entre le personnel et les patients, l'utilisation d'un programme ordinateur de messagerie nommé Rexnet a été utilisé. Le programme comprenait différents lieux virtuels pour communiquer via messages. Les infirmières utilisaient cette plateforme de communication 2 à 4 fois par semaine entre mars et novembre 2004. Les informations concernant l'utilisation ont été données avant le commencement de l'étude. Les visites à domicile ont été maintenues et de l'aide technique a été à disposition.</p> <p>1<sup>ère</sup> question : racontez moi votre expérience des soins et de la communication avec des personnes atteintes de maladie chronique vivant à domicile et le lien avec leur besoin de soin et communication avec les infirmières ?</p> <p>Cette question était suivie de : pouvez vous nous donner un exemple ?, que c'est il passé après ?, comment vous êtes vous senties ?</p>
Considérations éthiques	<p>« Les infirmières de district ont reçu des informations orales et écrites sur l'étude et ont été informées que leur participation était volontaire et qu'ils pouvaient se retirer à tout moment. Le consentement éclairé a été obtenu et toutes les données ont été confidentielles. Les personnes malades ont été informées de l'objectif de l'étude l'étude et sur la manière de communiquer avec le DN par le biais de l'application TIC. l'application TIC. Elles ont également été informées que l'étude l'accent était mis sur l'amélioration de l'accessibilité aux soins de santé. Cette étude a été approuvée par le comité d'éthique de l'université »</p> <p>l'université »</p>
<p><b>Résultats</b></p> <p>Traitement/ Analyse des données</p>	<p>Les résultats ont été séparés en deux thèmes qui eux sont divisés en 2 catégories</p> <p><b>Before the implementation</b></p> <p><b>Mediating of security through interaction</b></p>

	<p>Il est parfois difficile de faire une prise en charge complète car les infirmières ne sont pas pas H24 chez les patients. Un manque de communication peut arriver et elles peuvent ressentir un sentiment d'impuissance.</p> <p><b>Working for accessibility</b></p> <p>Elles avaient l'impression de ne pas être assez présente pour leur patients. Elles savaient tout ce qui peut arriver lorsqu'elles ne sont pas atteignables.</p> <p><i>After the implementation</i></p> <p><b>A facilitator for nursing care</b></p> <p>L'utilisation de cet nouvel outil a facilité leur travail. Qu'il ne remplace pas leur visite à domicile mais qu'il les aidait.</p> <p><b>Increased accessibility</b></p> <p>Ca leur permettait d'être plus présentes et atteignables. Également, cela augmentaient la relation thérapeutique.</p>
Présentation des résultats	<p>La présentation des résultats est claire, sous divisées en plusieurs parties et il y a aussi des paragraphes de comparaison entre avant la mise en place de l'outil informatique ainsi que après.</p>
<b>Discussion</b> Interprétation des résultats	<p>Le but de cette étude était de décrire les expériences avec ce nouvel outil de travail à distance. Il en est ressorti que l'utilisation d'un programme pour échanger des messages avec leurs patients renforçaient la relation de confiance qu'ils ont entre les infirmières et les personnes atteintes de maladie chronique vivant à domicile. De même, la disponibilité étant augmentée, il était plus simple de gagner du temps ainsi que la connaissance du patient ainsi que du contrôle de sa maladie.</p>
Forces et limites	<p>Forces :</p> <p>Il y est décrit un avant après l'implémentation de cette application. Les 2 infirmières ont pu utiliser l'application en condition réel sur le terrain.</p> <p>Les résultats ont été discutés avec d'autres chercheurs pour confirmer leur fiabilité.</p> <p>Elle donne l'impulsion de continuer de faire des recherches dans cette direction avec les nouvelles technologies.</p>

	<p>Limites :</p> <p>L'objectivité car les interview sont toujours faits par les mêmes personnes.</p> <p>Vu qu'il y a que deux infirmières qui ont participées, on ne peut pas généraliser les résultats.</p> <p>Les limites au niveau de la technique ont également été relevés (ex : connection internet).</p>
Conséquences et recommandations	<p>Cette étude donne du support pour des études ultérieures mais il est clair qu'il est de besoin de faire des études avec un plus grand échantillon pour augmenter la crédibilité.</p>

Références :

Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2<sup>ème</sup> éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3<sup>ème</sup> éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.

<b>Éléments du rapport</b>	<b>Contenu de l'article</b>
<b>Références complètes</b>	Kayyali, R., Hesso, I., Mahdi, A., Hamzat, O., Adu, A., & Nabhani Gebara, S. (2017). Telehealth: misconceptions and experiences of healthcare professionals in England. <i>International Journal of Pharmacy Practice</i> , 25(3), 203–209. <a href="https://doi.org/10.1111/ijpp.12340">https://doi.org/10.1111/ijpp.12340</a>
<b>Introduction</b> Problème de recherche	<p>En Angleterre de plus en plus de monde a besoin de soins sur une longue durée dû à une maladie chronique. Tout cela fait qu'il faut revoir le côté technologique dans les soins. Certaines études déjà faites auparavant montre des attitudes positives face à la télésanté et d'autres ressortent des résultats plutôt négatifs ou alors aucun résultat.</p> <p>L'utilisation des technologies diverses chez les pharmaciens telles que l'email, le téléphone, ou encore consultations via vidéos conférences rendent plus simple les consultations et peuvent en faire plus souvent que en réel. La plupart des recherches se sont focussés sur la perception des patients ou encore de l'équipe infirmières. Cette étude va étudier diverses disciplines en incluant toujours les infirmères.</p>
Recension des écrits	Diverses études ont été lues auparavant ainsi que le concept de la télésanté à été étudié.
Cadre théorique ou conceptuel	Le concept de la télésanté
Question de recherche/buts	Viser à examiner la connaissance et l'expérience de la santé chez les professionnels de la santé, ainsi que les facteurs entravant son adoption dans la prestation des soins.
<b>Méthodes</b> Devis de recherche	Qualitatif

Population, échantillon et contexte	<p><u>Population</u> professionnels de la santé :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- médecins</li> <li>- pharmaciens</li> <li>- infirmières</li> </ul> <p><u>Echantillon</u> 36 en tout</p> <p>17 pharmaciens</p> <p>11 infirmières</p> <p>8 médecins</p> <p>25 en soins primaires</p> <p>10 en hôpital</p> <p>1 clinical commissioning group</p> <p>Échantillon de convenance</p>
Méthode de collecte des données	<p>Sous forme d'interview de 15 à 20 minutes. Ces derniers consistaient en 16 questions ouvertes divisées en 2 sections. Les chercheurs ont créé ce programme pour pouvoir répondre à la question de l'étude. La première section était basée sur la connaissance de la télésanté (question 1 à 3). La deuxième partie sur l'expérience et les perceptions sur la télésanté, les bénéfices ainsi que les barrières. La structure de l'interview dépendait ensuite de l'expérience de la personne. Tout le monde avait les questions de 1-3, les professionnels qui utilisaient la télésanté, les questions de 4-9 et ceux qui n'avaient pas d'expériences les questions de 10-16. Un échantillon de convenance a été utilisé pour cette étude. Les professionnels de différents secteurs ont été choisis, ceux de soins primaires ainsi que ceux de soins secondaires. Différents hôpitaux, pharmacies, et cabinets de chirurgie ont été choisis pour trouver les participants. Ceux-ci ont été contactés par email ou en personne à la cantine, un document avec les informations sur l'étude ont été distribués. Puis les heures de rencontres se sont fixées par email ou par téléphone.</p>

Déroutement de l'étude	<p>Les interviews ont été menés entre janvier et février 2015 par trois chercheurs. 16 questions étaient présentes dans cet interviews et celles-ci étaient divisées en deux sections. Les questions 1-3 représentaient la connaissance du fonctionnement de la télésanté. La deuxième partie, parlait de l'expérience avec cette dernière ainsi que de comment elle était perçue au niveau des barrières et bénéfiques. Tout le monde devait répondre aux questions 1-3, les questions de la deuxième partie était dispatchées entre les personnes qui avaient déjà eu de l'expérience avec la télésanté. Les questions de 4-9 pour celles qui ont déjà eu de l'expérience avec et les questions de 10-16 pour les participantes n'ayant jamais eu de l'expérience avec cette nouvelle méthode.</p> <p>Les interviews ont eu lieu entre janvier et mars 2015.</p>
Considérations éthiques	<p>Cette étude a été approuvée par le comité éthique de recherche se trouvant à l'université de Kingston à Londres.</p>
<p><b>Résultats</b></p> <p>Traitement/ Analyse des données</p>	<p>Il a été compliqué de calculer le taux de réponse dû aux différentes méthodes de recruter les participants. Un total de 36 personnes ont été interviewés. 17 pharmaciens, 11 infirmières, 8 médecins. 25 travaillaient dans des établissements de soins primaires, 10 dans un hôpital et 1 dans un groupe de commission clinique. Les analyses des interviews ont révélés 4 thèmes principaux :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- connaissances et compréhension de la télésanté</li> <li>- expériences et bénéfiques de la télésanté</li> <li>- barrières et facilitateurs de la télésanté</li> <li>- fausses idées autour de la télésanté</li> </ul>
Présentation des résultats	<p>la télésanté a été perçue comme bénéfique dans le sens d'augmenter la gestion de la maladie, l'autogestion. Certaines infirmières percevaient la TS comme un outil d'implémentation et de facilitateur pour une prise en charge globale. Par exemple, de monitorer le patient à distance, permettraient de repérer rapidement une dégradation de la maladie chronique. Cela engendrait moins d'hospitalisations sur le long terme et donc moins de frais de santé également.</p> <p>Il est clair que cela ne remplace aucunement le contact d'humain à humain direct. Aussi, la peur de perdre des informations cruciales en ne les voyant pas régulièrement est ressorti comme résultat.</p>

	<p>Il n'y a pas la possibilité de répondre directement au patient si beaucoup de mails ce qui engendre aussi qu'il faut du temps à disposition pour répondre aux différents mails, temps qui n'est malheureusement pas présent pour l'instant.</p> <p>Des réponses telles que « la télésanté est très chère à mettre en place » sont dites. De même, des participants ont relevés le fait que la communication interdisciplinaire peut être améliorée en utilisant des méthodes de télésanté.</p> <p>Aussi des questionnements de confidentialité sont ressortis.</p>
<p><b>Discussion</b> Interprétation des résultats</p>	<p>L'étude a révélé les perceptions des différents participants face à la télésanté. 4 grands thèmes en sont ressortis. Les résultats ont démontrés la méconnaissance de la télésanté, surtout dans le milieu des soins primaires. Plus de la moitié avait des lacunes concernant la connaissance de la télésanté malgré le fait qu'au Royaume Uni elle soit développée. L'étude montre que le niveau de cette dernière varie dans les différents lieu de santé. Ceux travaillant en soins primaires sont moins au courant de cette méthode de travail que le personnel travaillant en hôpital. Sur les 25 participants des soins primaires uniquement 7 avait des notions de savoir en télésanté. Tout ceci accentue le fait qu'il y a des lacunes de compréhension du rôle de la télésanté dans l'autogestion à domicile ainsi que le besoin d'augmenter ce savoir surtout chez les professionnels dans les soins primaires.</p> <p>Malgré le fait que la télésanté est perçue comme bénéfique par les intervenants, du scepticisme envers les professionnels de santé était apparent. La peur de perdre le contact réel est ressorti comme limitation majeure. Cette crainte était aussi présente chez tous les professionnels, indépendamment de leur expérience ou de le secteur. Des craintes similaires avaient déjà été remarqués dans la littérature chez les infirmières. De même, le thème de la confidentialité a été perçu comme problématique chez les professionnels mais cela n'était pas une préoccupation sruvenue chez les patients. De même, le fait de ne pas avoir un contact face à face ne préoccupait pas les patients.</p> <p>Cette étude a mis en avant l'importance d'intégrer la télésanté dans le secteur du service. Cette dernière ne doit cependant pas remplacer les consultations en personne mais comme un subsitut lorsque cliniquement cela est approprié. Dans cette étude et dans d'autres, le scepticisme sur fiabilité de cette nouvelle méthode a également été mentionné. De même, la peur de perdre des informations d'importance vitales à été évoqué. Les infirmières avaient des inquiétudes quant à perdre des aspects de la gestion des soins qui, selon elles, sont géré de manière plus appropriée par un examen physique. Elles ont mentionnées aussi le fait qu'elle ont des doutes sur la capacité des patients à gérer le gestion technologique car beaucoup de leur clientèle est plus âgées mais selon certaines</p>

	<p>études, les patients ont plus de regards positifs sur la télésanté et ce qu'il en suit, que les professionnels. Quoi qu'il en soit, cette étude là montre que certains patients ont évoqués des barrières potentielles au niveau de la technologie.</p> <p>Cette étude sort 5 ans après l'étude sur le scepticisme des professionnels, mais on voit que ce dernier est toujours mentionné et souligné ce qui montre que cela n'a pas changé.</p> <p>Les soucis de manque de ressources financiers ou de temps, sont d'autres barrières évoquées.</p> <p>La connaissance sur le sujet de la télésanté est un point à améliorer pour le futur.</p>
Forces et limites	<p><b>Forces</b></p> <p>Aucune force n'est mentionnée</p> <p><b>Limites :</b></p> <p>Certains résultats sont à traiter avec précaution car le personnel soignant avait des propres préavis sur cette nouvelle méthode de soins.</p> <p>Pas de généralisation possible.</p> <p>Le manque de représentation égale au niveau des professions.</p> <p>Certains ne savaient pas ce que les établissements de soins primaires étaient réellement</p>

Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2<sup>ème</sup> éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3<sup>ème</sup> éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.

Éléments du rapport	Contenu de l'article
<b>Références complètes</b>	Bassel Odeh, Reem Kayyali, Shereen Nabhani Gebara, & Nada Philip. (2014). Implementing a telehealth service: nurses' perceptions and experiences.
<b>Introduction</b> Problème de recherche	<p>Le vieillissement de la population ainsi que l'augmentation des maladies chroniques ont fait que les prestations de soins sont devenues un challenge considérable dans notre société. Aussi, le besoin de créer de nouveaux modèles de soins et de technologies pour des soins de longue durée est accru.</p> <p>La télésanté est une méthode innovative récente qui a le potentiel de pouvoir permettre aux patients ainsi qu'aux familles d'obtenir des soins sociaux et médicaux sur du long terme tout en restant à domicile. Elle est définie comme la surveillance à distance de la santé du patient pour lui permettre d'avoir un diagnostic rapide et des interventions à temps en conséquence.</p> <p>Un service de soins primaires au sud de Londres a procurer des soins de télésanté depuis 22 mois et c'est avec les données ressorties que les chercheurs ont voulu explorer les perceptions des infirmières à propos de la télésanté.</p>
Recension des écrits	Ils se sont basés sur des études faites antérieurement. The whole system demonstrator (WSD), une étude financée par le département de la santé a comparé les soins standards versus la télésanté au niveau du management sur du long terme. Une autre, de la royale colleg of nursing, a questionné à travers un questionnaire 1313 infirmières sur l'expérience avec la télésanté.
Cadre théorique ou conceptuel	Le concept de la télésanté
Question de recherche/buts	<p>Le but était d'obtenir les perceptions des infirmières sur le service de télésanté fourni par ce PCT ainsi que d'identifier les barrières lors de l'implémentation de cette dernière.</p> <p>PCT □ primary care trust</p>
<b>Méthode</b>	Qualitatif descriptif avec des interviews semi structuré.

Devis de recherche	
Population, échantillon et contexte	<p><b>population</b></p> <p>N : 7 Infirmières avec en moyenne 15.2 mois d'expérience avec la télésanté</p> <p>N : 84 patients, 34 étaient actifs lors du temps de l'étude</p> <p>9 au départ, 1 pour cause de maladie n'a pas pu participer, l'autre car elle est partie du service.</p> <p><b>Echantillon</b></p> <p>7 infirmières interviewés sur 15 mois.</p>
Méthode de collecte des données	<p>Critères d'inclusion : toutes les infirmières inscrites dans la base de données de la télésanté. Avoir donné son consentement et travailler avec au moins un patient avec de la télésanté.</p> <p>Les données récoltées de la PCT ont été transmises vers un centre de monitoring où elles ont été triées. Pour réduire la formation de biais pouvant faire surface de la part des chercheurs, deux de ces derniers ont effectué l'analyse des emails de manière indépendante et ils ont formés un système de catégories chacun. Plus tard, un système de catégorie final a été créé et accepté comme représentatif par tous les chercheurs.</p> <p>Des interviews, sous forme d'emails semi-structurés, consistaient de questions ouvertes par rapport à la compréhension de la télésanté, leurs expériences et leurs regards sur la technologie, les challenges ainsi que l'impact de l'implémentation de la télésanté dans les soins.</p>
Déroulement de l'étude	<p>En tout, 7 infirmières ont participé aux interviews. Ces dernières ont toutes travaillé avec de la télésanté sur 15 mois. Le service contenait 84 patients. 34 de ces patients étaient actifs durant le temps de l'étude. Le but était d'examiner les expériences des infirmières ainsi que de leurs pensées et attentes par rapport au futur du service où elles travaillent.</p>
Considérations éthiques	<p>Ne sont pas décrites à part le fait que les infirmières ont dû donner leur consentement écrit.</p>

<p><b>Résultats</b></p> <p>Traitement/ Analyse des données</p>	<p><b>Le manque de ressources (temps et la dotation des soignants) était une barrière pour bien mettre en place la télésanté</b></p> <p>En soit, les infirmières voient du positif à mettre en place de la télésanté mais elles remarquent que des problèmes de temps ainsi que de dotations entravent un bon fonctionnement du service. En effet, malgré l'impact positif pour les patients de ce service, cela augmente leur déjà considérable charge de travail ainsi que la manière de travailler de manière générale. Le début lors de la mise en place de cet nouvel outil est difficile car il faut s'adapter à une nouvelle méthode de pratiquer.</p> <p><b>Manque d'organisation a mené à de l'appréhension concernant le succès et le futur du service</b></p> <p>Les débuts ont été difficile car les infirmières n'avaient aucune notion de télésanté auparavant. Elles devaient donc tout commencer à zéro ce qui prend du temps et cela demande également une bonne organisation de l'implémentation, ce qui, selon certaines infirmières, n'a pas été le cas.</p> <p><b>Les patients ont une attitude positive</b></p> <p>Les patients voient du bénéfiques à l'utilisation de la télésanté. Les infirmières sentent que cela augmente une bonne relation thérapeutique et elles ont eu des ressentis d'attitudes positives face à la télésanté. Aussi, elles trouvent que ce service devrait être à la portée de patients atteints de diabète ou encore de maladies coronariennes et pas que de patients BPCO ou insuffisants cardiaques.</p> <p><b>Les critères d'inclusion pour les patients de pouvoir promouvoir de services de télésanté font qu'ils sont limités à en bénéficier</b></p> <p>En effet, pas tout le monde peut bénéficier de la télésanté pour cause de manque de support informatique à la maison ou de raison d'âge, qui peut être une barrière à comprendre le fonctionnement de ce service.</p> <p><b>Le support technique est une barrière supplémentaire à la mise en place de ce nouveau service</b></p>
--	---

	<p>Quelques soucis d'ordre technique ont fait surface pour mettre en place chez tout le monde cet nouvel outil</p>
Présentation des résultats	<p>L'utilisation de ce nouvel outil est décrit comme bénéfique pour les patients ainsi que le personnel soignant mais les débuts sont dur. On parle de relation thérapeutique amplifiée.</p> <p>Le positionnement face à la confidentialité à été relevé comme possible barrière mais les infirmiers-ères n'ont au final pas reporté cela comme quelque chose de négatif ni le contact non direct de la consultation</p>
<p><b>Discussion</b></p> <p>Interprétation des résultats</p>	<p>Les ressources manquantes (dotation et temps à disposition) ont été un point clé ressortis comme barrière pour mettre en place le concept de télésanté. La littérature montre que le personnel montre moins de volonté à vouloir investir du temps dans cet outil si la charge de travail est augmentée après l'implémentation. Une étude montre que la télésanté n'a pas forcément réduit ou augmenté la charge de travail après l'implémentation. De plus, si le personnel n'avait jamais travaillé avant avec la télésanté, l'envie de continuer post étude, était moins adepte continuer.</p> <p>Le rôle de soutien du médecin généraliste est primordial pour le succès dans la télésanté. Une étude a relevé le fait que peu de médecins généralistes sont persuadés que la télésanté peut faire baisser les hospitalisations ainsi qu'améliorer les soins. Développer un plan stratégique de communication ainsi que de management est donc primordial pour un bon déroulement d'introduction à ce nouvel outil. Le personnel soignant doit être bien préparé pour que l'implémentation fonctionne (cours de support, entraînements à la collaboration).</p> <p>Dans le cas de cette étude, il n'y a pas assez eu de préparation à l'introduction à la télésanté ce qui a mené a du scepticisme à l'implémentation de ce dernier. Malgré ce scepticisme, les infirmières y voient du positif par rapport à l'attitude des patients ainsi que de leur satisfaction avec le service.</p> <p>L'hypothèse que le côté confidentialité pourrait également être mentionné comme pouvant être une possible problème, est resté hypothèse car ni les infirmières ni les patients n'ont mentionné cette possible barrière.</p>
Forces et limites	<p>Les forces et limites de l'études ne sont pas mentionnées dans l'étude.</p>
Conséquences et recommandations	<p>Les considérations éthiques ne sont pas décrites.</p> <p>Pour recherches des informations spécifique, il est nécessaire de lire l'entièreté de l'étude car elles sont parfois éparpillées dans divers rubriques.</p>

## Références :

Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2<sup>ème</sup> éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3<sup>ème</sup> éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.

<b>Éléments du rapport</b>	<b>Contenu de l'article</b>
<b>Références complètes</b>	Öberg, U., Orre, C. J., Isaksson, U., Schimmer, R., Larsson, H., & Hörnsten, Å. (2018). Swedish primary healthcare nurses' perceptions of using digital eHealth services in support of patient self-management. <i>Scandinavian Journal of Caring Sciences</i> , 32(2), 961–970. <a href="https://doi.org/10.1111/scs.12534">https://doi.org/10.1111/scs.12534</a>
<b>Introduction</b>  Problème de recherche	Les infirmières ont exprimé des réticences face à l'évolution des plateformes informatiques (pour promouvoir l'accès numérique dans le contexte des soins primaires ainsi que pour soutenir l'autogestion des patients) dans le

	domaine médical. Cette étude cherche à décrire leur expérience dans ce contexte et fait partie d'un projet qui implémente un support numérique dans leur quotidien.
Recension des écrits	Fait partie d'un projet d'études plus grand
Cadre théorique ou conceptuel	Théorique
Question de recherche/buts	L'objectif de cette étude est de décrire comment les infirmières suédoises (soins santé primaire) perçoivent l'utilisation de systèmes et services de santé numérique dans leur quotidien de soignantes.
<b>Méthodes</b>  Devis de recherche	Qualitatif, descriptif

Population, échantillon et contexte	<p>20 infirmières travaillant dans les soins de santé primaires en Suède</p> <p>Infirmières issues de 5 établissements de santé différents</p> <p>Toutes diplômées d'une spécialisation en soins de santé primaire</p> <p>Expériences professionnelles variant entre 5 et 28 ans (moyenne=23 ans)</p>
Méthode de collecte des données	<p>Interviews en groupe (2-7 infirmières par groupe/5 groupes) de 40-60 minutes</p> <p>Chacune d'elles avaient l'occasion de s'exprimer sur le sujet. L'interviewer avait pour rôle d'ouvrir la discussion (avec question ouverte) en demandant quel était leur vision sur le sujet et de demander des clarifications si certaines informations de leur part nécessitaient d'être approfondies.</p> <p>Les discussions ont été enregistrées puis transcrites et relues par plusieurs personnes afin de garder une approche neutre sur différentes données. Puis, les éléments clés pour l'étude ont été sélectionnés puis comparés.</p> <p>La collecte des données s'est réalisée entre novembre 2014 et mars 2015.</p>
Dérroulement de l'étude	<p>Cette étude fait partie d'un projet plus large qui cherche à implémenter des services numériques dans le domaine des soins de santé primaires. A l'aide d'interview d'une population cible et l'analyse de ses données, il a été possible d'en apprendre plus sur le sujet.</p>

<p>Considérations éthiques</p>	<p>L'étude a été approuvée par the <i>regional ethical review board at the university of Umea</i>.</p> <p>Les participantes ont été informées des buts de l'étude par oral et écrit et ont donné un consentement écrit.</p> <p>Elles ont été informées que leur participation était volontaire et qu'il était possible de quitter le projet à tout moment. Leur participation reste confidentielle.</p> <p>Les transcriptions se sont faites de manière anonyme.</p>
<p><b>Résultats</b></p> <p>Traitement/ Analyse des données</p>	<p>Les données clés ont été classifiées sous 3 thèmes chacun contenant des sous-thèmes.</p> <p>Les 3 thèmes sont les suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les soins dans le chaos digital</li> <li>- Manque de vue d'ensemble et de contrôle dans son travail quotidien</li> <li>- Des sentiments mitigés face à la numérisation</li> </ul>
<p>Présentation des résultats</p>	<p>Chaque thème représente un aspect de la vision qu'ont ces infirmières sur le l'accès numérique pour soutenir l'autogestion des patients.</p> <p>1. Les soins dans le chaos digital</p>

Dans ce chapitre elles témoignent une élévation de la charge du travail ainsi que du stress face à la digitalisation. D'après elles cela est dû à un manque d'information et de formation dans ce contexte.

De plus, vu leur quotidien déjà bien chargé, elles témoignent d'une frustration face à ces nombreux logins qui changent d'un système à l'autre.

Ensuite, elles expriment que les changements vers la digitalisation se passent si vite qu'elles ont de la peine à suivre et certaines sont dépassées et frustrées à l'idée de perdre \*la paix\* dans leur métier. Pour finir, elles ont exprimé la peur de perdre ce contact face-à-face avec leurs patients.

## 2. Manque de vue d'ensemble et de contrôle dans son travail quotidien

Les participants ont décrit être de plus en plus questionnés par des patients bien informés ou leurs proches qui avaient utilisé google pour chercher des informations en ligne sur les symptômes ou maladies avant de les rencontrer. Cela les mettait parfois mal à l'aise car elles ne savaient pas répondre à toutes les questions et cela leur donnait le sentiment de ne pas être assez compétents dans leur métier.

De plus, encore une fois vu leur quotidien bien chargé, elles disent ne pas avoir assez de temps pour travailler leurs compétences digitales. Etant déjà très occupées, cette activité n'était pas la priorité pour beaucoup.

	<p>3. Des sentiments mitigés face à la numérisation</p> <p>D'après les participants, les solutions de santé en ligne sont peut-être l'avenir, mais elles sont actuellement inefficaces. Seul le transfert du travail sur papier vers des ordinateurs a été fait, mais rien n'a vraiment changé dans le processus de travail, donc pour l'instant, ils ne font pas de gain en termes de temps. Mais ils ne veulent tout de même pas revenir aux notes manuscrites.</p> <p>Ce changement demande beaucoup de temps et de patience.</p>
<p><b>Discussion</b></p> <p>Interprétation des résultats</p>	<p>L'étude a démontré que les participantes témoignaient de différentes expériences avec les outils informatiques. Elles ont toutes affirmés que cette évolution digitale était inévitable dans le contexte médical et qu'elles y voyaient certains avantages. Par ailleurs, elles montraient beaucoup de préoccupations face à ces nouveautés telles que : leurs soins pourraient devenir moins personnels avec la technologie, le contact soignant-soigné perdu, une nouvelle routine de soins devrait être instauré, ... Elles ont également mentionné le fait que certains programmes étaient bien trop complexes et qu'elles perdaient plus de temps qu'elles ont gagnait pour le moment. Elles pensent que l'utilisation de ces outils devrait être mieux expliquée et qu'elles devaient elles-mêmes pouvoir faire partie de la configuration de certains programmes afin que ça soit pertinent dans leur routine.</p>

Forces et limites	<p>Forces : groupes d'interview ciblés qui sont à même de répondre à des questions spécifiques qui ne pourraient pas être répondues par d'autres approches.</p> <p>Les personnes interviewées connaissent ou sont bien informées sur le sujet. Donc source d'information riche et très pertinente.</p> <p>Le fait que les interviews se soient déroulés en petit cercle a permis à tout le monde de s'exprimer et de se sentir "à l'aise".</p> <p>Faiblesses : Un des groupes contenait seulement deux participantes pour cause de maladie.</p> <p>Les participantes étaient toutes des femmes et toute du même point géographique=pas de généralisation possible.</p>
Conséquences et recommandation s	<p>L'évolution dans le domaine digital est inévitable et pertinente mais beaucoup d'adaptations y sont encore nécessaires.</p>

## Références :

Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2<sup>ème</sup> éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3<sup>ème</sup> éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.

Éléments du rapport	Contenu de l'article
<b>Références complètes</b>	Yliluoma, P., & Palonen, M. (2020). Telenurses' experiences of interaction with patients and family members: nurse–caller interaction via telephone. <i>Scandinavian Journal of Caring Sciences</i> , 34(3), 675–683. <a href="https://doi.org/10.1111/scs.12770">https://doi.org/10.1111/scs.12770</a>
<b>Introduction</b>  Problème de recherche	<p>Les soins infirmiers par téléphone se sont développés au cours de la dernière décennie et devrait s'expandre dans le futur mais à l'heure actuelle nous en savons peu sur les interactions des infirmières avec les patients ou la façon dont les infirmières compensent l'absence de contact visuel pendant les consultations.</p> <p>La téléassistance est une forme moderne de soins infirmiers qui offre aux infirmières la possibilité de travailler de manière indépendante et de développer de nouvelles compétences.</p>
Recension des écrits	Fait partie d'un cadre de recherche, pas de spécifications
Cadre théorique ou conceptuel	Théorique

Question de recherche/buts	Connaître les expériences d'interactions des téléinfirmiers avec les patients et les membres de la famille , comprendre les interactions infirmière-appelant par téléphone
<b>Méthodes</b>	Qualitatif
Devis de recherche	
Population, échantillon et contexte	9 infirmières travaillant dans un call center offrant des prestations téléphoniques de soins primaires.  En Finlande  Toutes femme et âgées entre 27 et 57 ans (moyenne 50 ans).  Expérience professionnelle variant entre 2,5 à 33 ans (moyenne 21 ans)  Expérience professionnelle en termes de télé nursing variant entre 8 mois et 10 ans (moyenne 4,5 ans)
Méthode de collecte des données	Interviews de 40-90 minutes, questions ouvertes.  Puis les données transcrites et relues plusieurs fois afin d'être certain que ces dernières ont été proprement interprétées. Puis elles ont été classées dans différentes catégories.

Dérroulement de l'étude	<p>Après avoir reçu le feu vert pour débiter l'études les interviews ont eu lieu et ont été enregistrés. 9 infirmières ont accepté de participer à ce projet. 4 autres qui travaillent aussi au même endroit se sont montrées réticentes et ont décidé de décliner l'offre.</p>
Considérations éthiques	<p>L'organisation elle-même a donné sa permission à la participation de l'étude.</p> <p>La participation des infirmières était volontaire et elles ont toutes donné un consentement écrit après les informations écrites et orales qu'elles ont reçu au sujet de ce projet. Elles étaient également libres de quitter le projet à tout moment.</p> <p>Une ethical review n'était pas nécessaire dans ce contexte vu que l'étude n'incluait pas de patients.</p>
<b>Resultats</b> Présentation des résultats	<p>Les obstacles lors d'un appel apparaissent lorsque l'appelant exprime une attitude négative ou se comporte de manière inappropriée.</p> <p>Les comportements inappropriés des appelants semblent plus faciles à manifester par téléphone que dans le cadre d'une communication en face à face.</p> <p>Le partage d'informations insuffisantes et l'expression d'émotions difficiles, comme la colère, rendent l'interaction difficile.</p>

Les appelants qui conduisent ou fument pendant l'appel ont également rendu l'interaction plus difficile.

Une amélioration liée à l'appel se produit lorsque l'appelant donne immédiatement la raison de son appel et communique sans problème avec l'infirmière.

Les autotests des appelants (fièvre, glycémie) et les évaluations (palpation de l'estomac, la couleur de la peau) ont fourni davantage d'informations et facilite l'interaction. Un bruit de fond minimal amélioré l'interaction

Cependant, certains bruits de fond ont donné aux infirmières plus d'informations sur l'emplacement de l'appelant, sa situation et son entourage.

Les compétences de communication des infirmières ont permises une bonne interaction par téléphone.

Leur capacité à écouter et à faire preuve d'intuition et de sensibilité pour la situation de l'appelant sans le bénéfice du contact visuel, ont amélioré les interactions téléphoniques.

Les infirmières devaient visualiser la situation des appelants. Les infirmières ayant le plus d'expérience professionnelle ont décrit les avantages des expériences cliniques antérieures pour visualiser les symptômes des appelants.

En posant les bonnes questions, les infirmières se sont concentrées sur les points essentiels pour améliorer l'interaction. La gentillesse, l'empathie, la politesse et l'ouverture d'esprit.

Donner à chaque interlocuteur la possibilité d'expliquer la situation au début de l'appel, être authentique, réellement présent et faire preuve d'humour lorsque cela est approprié a promu des interactions positives. Une infirmière a expliqué que créer une bonne atmosphère est important dans la téléassistance, afin de ne pas être un robot, mais une personne authentique qui répond à l'appel.

Dans les situations difficiles, la capacité d'une infirmière à discuter, à concilier et à contrôler son propre comportement a permis et favorisé l'interaction. Rester calme dans toutes les situations est important pour mener à bien chaque appel.

Les infirmières souhaitaient communiquer de manière appropriée avec chaque appelant, ce qui signifie utiliser des mots appropriés en fonction de l'âge ou du niveau d'éducation. Chaque infirmière utilisait sa propre voix comme outil de communication en ajustant son rythme et son ton, pour s'adapter à la situation. Par exemple, pour calmer l'interlocuteur.

Les infirmières se basent uniquement sur la communication verbale pour évaluer l'état et l'urgence de l'appelant afin de déterminer si l'appelant exagère ou minimise ses symptômes. Cette collecte d'informations est primordiale dans l'appel

Le contrôle de l'appel par l'infirmière est nécessaire pour que les interactions restent rationnelles. Lorsque les appelants parlent trop ou se perdent dans des sujets non pertinents., les infirmières devaient les interrompre.

Parfois, elles disent mettre le patient en attente, donnant ainsi aux deux parties le temps de se calmer avant de poursuivre l'interaction.

Les infirmières sont responsables de diriger chaque interaction ce qui augmente d'après elles leur crédibilité.

Aussi, elles ont le devoir d'évaluer la situation globale de chaque appelant et de vérifier si l'appelant a bien compris la situation.

Les infirmières ont exprimé se refléter aux interactions qui avaient échoué afin de comprendre les raisons de chaque échec.

Une bonne ergonomie du lieu de travail, la possibilité de bouger et de s'étirer pendant les interactions téléphoniques, a aidé les infirmières à mieux se concentrer sur leurs interlocuteurs. L'interaction sans contact visuel a donné aux infirmières la liberté d'exprimer leurs émotions par le biais du langage corporel.

Interactions difficiles :

Bruits de fond dérangeants (radio, TV, enfants ou collègues) problèmes de communication, lacunes des systèmes de service.

	<p>L'insonorisation insuffisante sur le lieu de travail des infirmières permettait parfois aux autres infirmières en arrière-plan, d'entendre, ce qui pouvait entraîner une violation de la confidentialité.</p> <p>Interactions réussies :</p> <p>Le fait que les appelants aient des membres de leur famille qui les soutiennent ainsi que des structures organisationnelles sont des caractéristiques des interactions réussies.</p> <p>Les infirmières ont eu le sentiment de réussir lorsque les interactions se déroulaient sans heurts, qu'elles posaient les bonnes questions, qu'elles arrivent à établir un lien, qu'elles parlent sur un ton approprié et écoutent correctement leur interlocuteur et surtout lorsque les deux parties sont satisfaites à la fin de l'appel.</p>
<p><b>Discussion</b></p> <p>Interprétation des résultats</p>	<p>Si cette étude s'appuie sur les connaissances existantes en matière de téléassistance, elle fournit aussi de nouvelles informations du point de vue des télé surveillants sur les interactions entre l'infirmière et l'appelant.</p> <p>Les résultats indiquent que les interactions entre l'infirmière et l'appelant sont affectées par plusieurs facteurs, notamment la personnalité de l'appelant, les compétences professionnelles de l'infirmière, les membres de la famille de l'appelant et l'organisation de la téléassistance en général.</p>

	<p>Les interactions sont sujettes à des perturbations comme les comportements inappropriés des appelants qui compliquent les interactions. Les appelants violents ajoutent une charge émotionnelle aux infirmières et menacent leur propre sécurité. Mais il existe beaucoup d'aspects positifs.</p> <p>Dans cette étude, les compétences professionnelles des infirmières ont un impact positif sur les interactions. Un élément clé est de savoir extraire les détails pertinents des informations non pertinentes.</p> <p>Bien que les interactions téléphoniques se soient révélées difficiles, cette étude démontre également les avantages d'une téléassistance. Le fait d'être invisible pour les personnes qui appellent permet aux infirmières de se reposer entre les appels et d'utiliser le langage corporel pour exprimer leurs émotions.</p> <p>Ce projet indique que les compétences en communication, l'expérience clinique au travail ainsi que le fait d'être engagé pour son prochain facilite le succès des interactions téléphoniques.</p>
Forces et limites	<p>Forces : interviews compréhensifs et livrant des données riches et pertinentes.</p> <p>Pas de conflits d'intérêt.</p> <p>Limites : toutes femmes et travaillant au même call center=non généralisable, mais proche de la réalité car dans les soins la population majoritaire reste féminine.</p>

Références :

Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2<sup>ème</sup> éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3<sup>ème</sup> éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.

<b>Éléments du rapport</b>	Contenu de l'article
<b>Références complètes</b>	Boström, E., Ali, L., Fors, A., Ekman, I., & Andersson, A. E. (2020). Registered nurses' experiences of communication with patients when practising person-centred care over the phone: A qualitative interview study. BMC Nursing, 19(1). <a href="https://doi.org/10.1186/s12912-020-00448-4">https://doi.org/10.1186/s12912-020-00448-4</a>
<b>Introduction</b>  Problème de recherche	<p>Avec l'augmentation de l'espérance de vie, les maladies chroniques non transmissibles, qui accompagnent souvent le vieillissement, des ressources financières et humaines limitées, il existe un besoin mondial pour de nouvelles façons de fournir des soins de santé.</p> <p>Les systèmes de santé informatisés (eHealth), qui comprennent la télésanté (conversations vidéo ou téléphoniques) peuvent fournir des soins suffisants à certaines populations et ont été proposés comme étant une solution prometteuse.</p> <p>Les personnes atteintes de maladies chroniques telles que la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) ou encore l'insuffisance cardiaque chronique (ICC) présentent beaucoup de symptômes et nécessitent par</p>

	<p>conséquents des hospitalisations fréquentes. L'assistance téléphonique s'est avérée efficace pour les patients atteints d'ICC et pertinente pour les personnes souffrant d'une BPCO.</p> <p>Les recherches ont montré que le soutien téléphonique comprend cependant divers dilemmes éthiques dus au fait de parler par l'intermédiaire d'un tiers.</p>
Recension des écrits	Fait partie d'une plus grande étude déjà en cours (C4)
Cadre théorique ou conceptuel	Théorique
Question de recherche/buts	<p>Evaluer les expériences des infirmières dans la pratique des soins centrés sur la personne via téléphone.</p> <p>Uniquement avec des personnes souffrant de BPCO ou ICC.</p>
<b>Méthodes</b>	Qualitatif, interview
Devis de recherche	

<p><b>Population,</b> échantillon contexte</p>	<p>Un total de 4 infirmières, toutes femmes et employées dans un service de recherche de l'hôpital universitaire Sahlgrenska/Östra, à Göteborg, en Suède.</p> <p>Leur expérience professionnelle était de 19-30 ans. De plus elles avaient participé à des ateliers de formation sur les soins centrés sur la personne.</p> <p>L'enquêteur en question avait des connaissances préalables en termes de recherche et d'entretien. Rien ne liait l'enquêteurs aux participantes.</p>
--	--

Méthode de collecte des données	<p>221 patients atteints de BPCO et/ou d'ICC ont participé à cette étude. Parmi elles 103 interventions et 118 des contrôles.</p> <p>Les 4 infirmières qui ont effectuées dernières ont été interrogées individuellement à trois reprises durant l'étude : avant, pendant et à la fin de l'intervention.</p> <p>1 des infirmières a changé d'emploi au cours de l'étude et n'a donc été interrogée qu'une seule fois. Les entretiens ont été enregistrés de façon numérique et mené à bien dans un lieu calme dans l'unité de recherche.</p> <p>Des entretiens semi-structurés, comprenaient des questions sur leurs propres expériences, compréhensions, perceptions et points de vue.</p> <p>Cela a permis à l'enquêteur d'obtenir une impression complète de leurs expériences en matière de soins par téléphone.</p> <p>Chaque entretien débutait donc par une question ouverte qui encourageait les participantes à témoigner de leurs expériences. Les entretiens duraient entre 41 et 72 minutes (moyenne de 55 minutes).</p>
---------------------------------	--

Dérroulement de l'étude	<p>Les entretiens ont par la suite été transcrits mot pour mot et analysés à l'aide de l'analyse du contenu qualitatif.</p> <p>Les données ressorties des entretiens ont été lues et écoutées plusieurs fois par plusieurs auteurs. Puis, le contenu a été divisé en plusieurs catégories répondant à la question de recherche de l'étude. Toutes données sont restées anonymes. Comme l'étude comprenait un petit échantillon, chaque détail a été soigneusement examinés et évalués.</p> <p>Tous les auteurs ont participé à la rédaction de cette étude.</p>
Considérations éthiques	<p>Chaque participante a reçu des informations orales et écrite concernant l'étude et a donné un consentement témoignant l'accord d'y participer.</p>

<p><b>Résultats</b></p> <p>Traitement/ Analyse des données</p>	<p>Dans la première catégorie, les infirmières réalisent la complexité de la communication PCC à distance. Dans la deuxième, il y est décrit la communication PCC et leur approche. Dans la troisième catégorie, il y a le développement de leur rôle professionnel en mettant en pratique la théorie et l'éthique PCC, le rôle professionnel en mettant en pratique la théorie et l'éthique de la communication à distance.</p>
<p><b>Présentation des résultats</b></p>	<p>Les résultats indiquent que les infirmières ont acquis une meilleure compréhension de la méthode PCC et comment cette dernière peut être appliquée par téléphone.</p> <p>Cette compétence dans leur rôle professionnelle a donc été développé. Par ailleurs elles ont réalisé la complexité de la communication à distance. Entre autres car elles ne pouvaient pas uniquement se fier à la voix et aux mots des patients. Les expressions faciales et le contact visuel manquait, mais elles devaient être en capacité d'établir un lien de confiance à distance. Elles ont pris conscience des obstacles l'impact de leurs propres attitudes et perceptions dans cette manière de communiquer.</p>

Les histoires des patients portaient parfois peu sur leur maladie en tant que telle, et les questions sur leurs médicaments les traitements étaient étonnamment rares. Les échanges concernaient principalement la vie des patients et des questions existentielles liées à leur état de santé.

Les infirmières ont tout de même été surprises de constater que la communication à distance avec des patients atteints de maladies chroniques, fonctionnait bien. Une consultation en face-à-face n'était pas nécessaire, vu la confiance que leur témoignait leurs patients.

Les infirmières ont réalisé l'importance d'acquérir de nouvelles compétences en communication, comme l'écoute active. Elles ont constaté qu'il était nécessaire d'encourager le patient à parler de ce qui était significatif pour lui au lieu de structurer la communication en fonction d'un programme déjà prédéfini. Ensuite elles ont pris conscience que la communication à distance présentait plusieurs avantages, comme l'effet positif sur les patients du fait d'être à la maison, où ils se sentent en sécurité.

Les infirmières ont eu l'occasion d'examiner de près certaines de leurs conversations téléphoniques enregistrées et ainsi entrer en réflexion. Travailler selon

Les infirmières ont souligné que la méthode PCC ne se résume pas à avoir une bonne approche ou à rencontrer la personne avec respect. Il s'agit d'après elles plutôt au fait que la PCC consiste à passer de la vision de ce qu'est une personne à la vision de qui elle est vraiment.

Le fait de se concentrer sur le récit des patients leur a permis de mieux les comprendre en tant que personnes ainsi que leur situation individuelle.

Les infirmières ont particulièrement indiqué que le respect du patient comprenait également les éléments suivants: savoir quand prendre le lead afin de diriger la conversation et la maintenir sur la bonne voie en posant des questions ouvertes sur la gestion de leur maladie dans la vie quotidienne. Ce qui au final encourage les patients à travailler leurs propres stratégies.

Les infirmières ont insisté sur le fait que soutenir et d'aider les patients à trouver leurs propres solutions était l'essence même de la communication.

<b>Discussion</b>	Cette étude s'est intéressée aux expériences d'infirmières en matière de communication par téléphone avec le
<b>Interprétation</b>	PCC avec les personnes diagnostiquées de BPCO et ICC.
<b>des résultats</b>	<p>Les infirmières y décrivent leur processus, dans la prise de conscience de la complexité des communications par téléphone par rapport à cette méthode. Tout en démontrant une volonté de développer leur rôle professionnel dans ce domaine.</p> <p>Ce rôle professionnel peut encourager les patients à participer plus activement à leurs propres soins et ainsi construire un partenariat avec leur soignant.</p> <p>Les résultats montrent que les infirmières ont modifié leur façon de penser à leur propre rôle en tant qu'infirmières et que cela a par conséquent affecté leur façon d'interagir avec les patients à distance. Elles sont ainsi dire su remodeler leur rôle dans ce contexte.</p> <p>Le fait de pouvoir observer et discuter de leurs propres expériences téléphoniques, leur a permis une évolution.</p> <p>Cependant, des études supplémentaires sont nécessaires pour déterminer si et comment ces mécanismes de facilitation, peuvent être utilisés et affinés afin de mettre en œuvre les conversations PCC dans différents contextes.</p>

	<p>Les résultats ont clairement démontré que lorsque les infirmières ont acquis de nouvelles connaissances sur l'éthique de la PCC, elles ont automatiquement su changer leurs attitudes et leurs approches envers les patients. Elles étaient toutes des auditeurs attentifs et posaient des questions ouvertes et s'intéressaient au point de vue du patient.</p>
<p><b>Forces et limites</b></p>	<p>Forces : Chaque infirmières a été interrogée 3 fois durant la période de l'étude (avant, pendant et après), ce qui a rendu possible de saisir la réflexion et le processus d'apprentissage des participantes. Les éléments ressortis des entretiens ont été considérés comme riches et répondant à la question de recherche initiale.</p> <p>Pour ainsi dire atteindre la fiabilité et la crédibilité de cette étude, l'analyse des données a été réalisée avec l'aide de tous les auteurs.</p> <p>Limites : Nombre de participantes très restreint. Une approche humble doit être envisagée pour la transférabilité en raison du petit échantillon et du fait qu'il s'agit d'une étude sur un seul site.</p>
<p><b>Conséquences et recommandations</b></p>	<p>Lorsqu'ils pratiquent le PCC par téléphone, il est important que le personnel infirmier remodelent leur rôle, écoutent attentivement et communiquent en tant que partenaires égaux pour permettre de prendre pleinement en compte les différentes connaissances et compétences des parties. La pertinence de cette étude peut être transférée à d'autres contextes où la communication par téléphone peut faciliter la communication des professionnels de la</p>

	santé conformément aux valeurs et à l'éthique de la communication par téléphone, afin de soutenir les patients dans le respect et d'encourager les patients à s'exprimer. L'éthique du PCC afin de soutenir les patients avec respect et d'encourager leur participation active.
--	--

## Références :

Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2<sup>ème</sup> éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3<sup>ème</sup> éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.

### Appendice C Tableau résumé 7 rôles de compétences pour les résultats

Rôle d'expert	Rôle de communicateur	Rôle de manager	Rôle de collaborateur	Rôle de promoteur de la santé	Rôle d'apprenante et apprenant	Rôle de professionnel
Évaluation clinique plus difficile car parfois consultation par appel (Yliluoma & Palonen, 2020)	Expérience positive, certaines consultations suffisent par téléphone (Nilsson et al., 2010)  Facilitateur dû à la disponibilité plus	Parfois difficile à gérer tous les messages en même temps (Kayyali et al., 2017)	S'échangent pour trouver des stratégies lors de difficultés (Boström et al., 2020)  S'échanger pour garantir une sécurité	Pour l'autogestion bonne chose car ils doivent savoir quand appeler ou non, de l'aide (Boström et al., 2020)  Peur que les patients âgés	Réticence aux changements (Öberg et al., 2018)  Peu de connaissances sur cette nouvelle manière de	Peur de perdre une relation face to face (Kayyali et al., 2017)  Aspect de la confidentialité (Kayyali et al., 2017)

<p>Peur de perdre informations importantes</p> <p>Peur de passer à côté de quelque chose</p> <p>(Kayyali et al., 2017), (Yliluoma &amp; Palonen, 2020)</p>	<p>présente (Nilsson et al., 2010)</p> <p>Adhérence meilleure, relation de confiance améliorée (Nilsson et al., 2010)</p> <p>Communication non verbale peu possible → toutes les études</p>	<p>Gain de temps (Nilsson et al., 2010)</p> <p>Meilleur organisation (Nilsson et al., 2010)</p> <p>Manque de temps quand même présent au début de l'implémentation de l'outil</p>	<p>pour le patient (Nilsson et al., 2010)</p>	<p>n'arrivent pas à se mettre à jour à la nouvelle technologie (Kayyali et al., 2017)</p> <p>Moins d'hospitalisations et donc moins de coûts financiers (Kayyali et al., 2017)</p>	<p>travailler (Kayyali et al., 2017), (Öberg et al., 2018)</p> <p>Besoin de s'informer plus pour comprendre le fonctionnement du système informatique → chronophage (Nilsson et al., 2010), (Bassel</p>	<p>Moins de stress et se sentent plus en sécurité (Nilsson et al., 2010)</p> <p>L'implémentation de la télésanté est un acte coûteux (Kayyali et al., 2017)</p>
--	---	---	---	--	---	---

<p>Péjorations plus vite reconnues (Kayyali et al., 2017)</p> <p>Continuité des soins dans le fait de voir régulièrement des messages de la part du patient</p>	<p>L'impression que les conversations ne sont pas profondes vu la distance. moins personnelle</p> <p>Difficulté à comprendre ce que le patient veut décrire quand c'est via téléphone</p>	<p>informatique (Kayyali et al., 2017) (Bassel Odeh et al., 2014)</p> <p>Meilleur accessibilité pour les patients (Nilsson et al., 2010)</p>		<p>Empowerment requis pour que le patient se sente assez en confiance pour gérer sa santé, Meilleure capacité à l'autogestion de la maladie (Kayyali et al., 2017) (Yliluoma &amp; Palonen, 2020)</p>	<p>Odeh et al., 2014)</p> <p>Éducation thérapeutique et formation pour les professionnels sont indispensables (Kayyali et al., 2017)</p>	
---	---	--	--	---	--	--

<p>(Nilsson et al., 2010)</p>	<p>(Kayyali et al., 2017)</p> <p>Toujours possible de mettre une main sur le patient pour montrer du réconfort (Boström et al., 2020)</p> <p>Kayyali : problème lorsque attitude négative du patient. aide lorsque utilisation</p>			<p>Environnement de la consultation quand même importante même si pas face to face (bruits autour,..)</p> <p>(Yliluoma &amp; Palonen, 2020)</p>		
-------------------------------	--	--	--	---	--	--

	de la même guidelines pour les appels					
--	---	--	--	--	--	--

## Références

Astruc, A., Sarfati, S., & Halioua, B. (2020). *TÉLÉMÉDECINE : LES DÉBUTS DE L'HISTOIRE*.

Bassel Odeh, Reem Kayyali, Shereen Nabhani Gebara, & Nada Philip. (2014). *Implementing a telehealth service: nurses' perceptions and experiences*.

Baudinière, N., Bégué, N., Bréhaut, K., Chaussat, J. C., Darré-Bérenger, C., Guillet, P., Goglin, J.-F., Hanna, R., Joviado, O., le Fol, V., Leroux, V., Marraud, L., Séroussi, B., & Thierry, J.-P. (2021). *L'IMPACT ENVIRONNEMENTAL DU NUMÉRIQUE EN SANTÉ*.  
[https://esante.gouv.fr/sites/default/files/media\\_entity/documents/rapport\\_gt6\\_210517-2.pdf](https://esante.gouv.fr/sites/default/files/media_entity/documents/rapport_gt6_210517-2.pdf)

Besson, J., Crespo, L. A., Eggimann, P., de Heller, H. K., Randin, J. P., Rosselet, P. O., Ruchat, P., Saucy, F., & Tempia, A. (2020). *#4 courrier du médecin vaudois Réaction au 2 e volet de mesures fédérales Quel impact sur la relation thérapeutique ?*  
<https://www.svmed.ch/svm/wp-content/uploads/2020/08/cmv4-2020-telemedecine.pdf>

Bossert, G. (2021). *Rapport d'activité*. [https://www.h-fr.swiss/telemedecine/RAPPORT\\_ACTIVITE\\_HBW\\_2021.pdf](https://www.h-fr.swiss/telemedecine/RAPPORT_ACTIVITE_HBW_2021.pdf)

Boström, E., Ali, L., Fors, A., Ekman, I., & Andersson, A. E. (2020). Registered nurses' experiences of communication with patients when practising person-centred care over the phone: A qualitative interview study. *BMC Nursing*, 19(1). <https://doi.org/10.1186/s12912-020-00448-4>

Bouet, P., & Lucas, J. (2015). *de la e-santé à la santé connectée Le Livre Blanc du Conseil national de l'Ordre des médecins*.

Centre hospitalier universitaire vaudois. (2022). *Téléconsultation - CHUV*. <https://www.chuv.ch/fr/chuv-home/patients-et-familles/informations-sur-le-coronavirus-covid-19/mesures-prises-a-lhopital/teleconsultation>

Code déontologique pour la profession infirmière. (2012). *Code déontologique du CII pour la profession infirmière* (Conseil international des infirmières, Ed.).

Collerette, P., Perron, Richard., & Delisle, G. (1997). *Le changement organisationnel théorie et pratique*. Presses de l'Université du Québec. [http://www.unige.ch/fapse/life/archives/livres/alpha/C/Collerette+alii\\_1997\\_A.html](http://www.unige.ch/fapse/life/archives/livres/alpha/C/Collerette+alii_1997_A.html)

Confédération Suisse. (2006). *RS 235.1 - Loi fédérale du 19 juin 1992 sur la protection des données (LPD)*. [https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/1993/1945\\_1945\\_1945/fr](https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/1993/1945_1945_1945/fr)

conseil international des infirmières. (2021). *CODE DÉONTOLOGIQUE DU CII POUR LA PROFESSION INFIRMIÈRE Conseil International des Infirmières*. [https://www.icn.ch/system/files/2021-10/ICN\\_Code-of-Ethics\\_FR\\_WEB.pdf](https://www.icn.ch/system/files/2021-10/ICN_Code-of-Ethics_FR_WEB.pdf)

- Coronavirus Covid-19. (2020). *Les « hotlines » cantonales COVID-19 seront débranchées. Répondant à des milliers d'appels de Fribourgeois-e-s, elles ont joué un rôle déterminant dans la lutte contre la pandémie | État de Fribourg.* <https://www.fr.ch/covid19/actualites/les-hotlines-cantonales-covid-19-seront-debranchees-repondant-a-des-milliers-dappels-de-fribourgeois-e-s-elles-ont-joue-un-role-determinant-dans-la-lutte-contre-la-pandemie>
- Frank, J. R., Snell, L., Sherbino, J., & Royal College of Physicians and Surgeons of Canada. (2015). *CanMEDS 2015 physician competency framework* (2015th ed.). [https://canmeds.royalcollege.ca/uploads/en/framework/CanMEDS%202015%20Framework\\_EN\\_Reduced.pdf](https://canmeds.royalcollege.ca/uploads/en/framework/CanMEDS%202015%20Framework_EN_Reduced.pdf)
- Gómez Camacho, J. J. (2018). *Suivre le rythme d'un monde en évolution rapide : Mettre l'évolution rapide de la technique à l'ordre du jour des Nations Unies | Nations Unies.* <https://www.un.org/fr/chronicle/article/suivre-le-rythme-dun-monde-en-evolution-rapide-mettre-levolution-rapide-de-la-technique-lordre-du>
- Hannah, K. J., Ball, M. J., Kumar, T. S., & Snooks, H. (2011). Health Informatics Series Editors. *Telenursing*.
- Hôpitaux universitaires de Genève. (2021). *Enseignement du service de cybersanté et télémédecine à Genève aux HUG | HUG - Hôpitaux Universitaires de Genève.* <https://www.hug.ch/cybersante-et-telemedecine/enseignement>
- HUG hôpitaux universitaires de Genève. (2021). *HUG@home, application de télémédecine des HUG | HUG - Hôpitaux Universitaires de Genève.* <https://www.hug.ch/medecine-premier-recours/hughome>

*imad - Aide et soins à domicile du canton de Genève.* (2022). <https://www.imad-ge.ch/>

Kayyali, R., Hesso, I., Mahdi, A., Hamzat, O., Adu, A., & Nabhani Gebara, S. (2017). Telehealth: misconceptions and experiences of healthcare professionals in England. *International Journal of Pharmacy Practice*, 25(3), 203–209. <https://doi.org/10.1111/ijpp.12340>

LAMal. (2022). *Loi fédérale sur l'assurance-maladie.*  
[https://fedlex.data.admin.ch/filestore/fedlex.data.admin.ch/eli/cc/1995/1328\\_1328\\_1328/20210101/fr/pdf-a/fedlex-data-admin-ch-eli-cc-1995-1328\\_1328\\_1328-20210101-fr-pdf-a.pdf](https://fedlex.data.admin.ch/filestore/fedlex.data.admin.ch/eli/cc/1995/1328_1328_1328/20210101/fr/pdf-a/fedlex-data-admin-ch-eli-cc-1995-1328_1328_1328-20210101-fr-pdf-a.pdf)

Liard, G. (2020). PAROLE DE PATIENT. *H24 : Le Magazine de l'hôpital Fribourgeois*, 10. [https://www.h-fr.ch/sites/default/files/2020-08/rz\\_hfr\\_magazine120\\_f\\_low.pdf](https://www.h-fr.ch/sites/default/files/2020-08/rz_hfr_magazine120_f_low.pdf)

Nations Unies. (1948). *Déclaration universelle des droits de l'homme.*

Nilsson, C., Skär, L., & Söderberg, S. (2010). Swedish District Nurses' experiences on the use of information and communication technology for supporting people with serious chronic illness living at home - a case study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24(2), 259–265. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2009.00715.x>

Öberg, U., Orre, C. J., Isaksson, U., Schimmer, R., Larsson, H., & Hörnsten, Å. (2018). Swedish primary healthcare nurses' perceptions of using digital eHealth services in support of patient self-management. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 32(2), 961–970. <https://doi.org/10.1111/scs.12534>

- Office fédéral de la statistique OFS. (2009). *Vers l'égalité entre femmes et hommes - Situation et évolution | Publikation | Bundesamt für Statistik*. <https://www.bfs.admin.ch/asset/de/346671>
- Page, M., McKenzie, J., Bossuyt, P., Boutron, I., Hoffmann, T., & Mulrow, C. (2020). *PRISMA\_2020\_flow\_diagram\_new\_SRs\_v1.docx*. [https://view.officeapps.live.com/op/view.aspx?src=http%3A%2F%2Fwww.prisma-statement.org%2Fdocuments%2FPRISMA\\_2020\\_flow\\_diagram\\_new\\_SRs\\_v1.docx&wdOrigin=BROWSELINK](https://view.officeapps.live.com/op/view.aspx?src=http%3A%2F%2Fwww.prisma-statement.org%2Fdocuments%2FPRISMA_2020_flow_diagram_new_SRs_v1.docx&wdOrigin=BROWSELINK)
- Paton, F. (2020). *Telenursing: What Are Telehealth And Telenursing?* - Nurseslabs. <https://nurseslabs.com/telenursing/>
- Percheron, L., Lecygne, C., Jeannot, J. G., Spahni, S., & Mazouri-Karker, S. (2020a). *REVUE MÉDICALE SUISSE*. <https://doi.org/10.2196/jmir.7512>
- Percheron, L., Lecygne, C., Jeannot, J.-G., Spahni, S., & Mazouri-Karker, S. (2020b). *REVUE MÉDICALE SUISSE*. <https://doi.org/10.2196/jmir.7512>
- Percheron Vendeuvre, L., Avigdor, G., Jeannot, J. G., & Mazouri-Karker, S. (2020). Aspects juridiques de la téléconsultation. *Revue Médicale Suisse*, 16(706), 1703–1705. <https://doi.org/10.53738/REVMED.2020.16.706.1703>
- Schönenberger, U., Bestetti, G., & Koch, P. (2003). *Forschungspublikationen – «Beiträge zur Sozialen Sicherheit»*. <https://www.bsv.admin.ch/bsv/de/home/publikationen-und-service/forschung/forschungspublikationen.exturl.html?lang=de&Inr=02/22#pubdb>

- Siefert, V., Welzel, G., Blessing, M., Jahnke, L., Hesser, J., Wenz, F., & Giordano, F. A. (2018). Telemedizinische Erfassung von „patient-reported outcomes“. *Forum*, 33(2), 94–100. <https://doi.org/10.1007/s12312-018-0393-4>
- Simon, P., & Gayraud, P. (2017). *adsp n° 101 - Télémedecine: des pratiques innovantes pour l'accès aux soins*. <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/adsp?clef=158>
- Stauffacher, W., & Denz, M. (2003). *bulletin de l'Académie Suisse des Sciences Médicales*. [https://www.samw.ch/dam/jcr:cb617b20-e0e9-47f5-87cc-ac2d312c2cd7/bulletin\\_assm\\_03\\_1.pdf](https://www.samw.ch/dam/jcr:cb617b20-e0e9-47f5-87cc-ac2d312c2cd7/bulletin_assm_03_1.pdf)
- Syburra, T., & Genoni, M. (2008). Applications de la télémédecine en Suisse. *Revue Médicale Suisse*.
- Wagner, L. (2020). *Le coronavirus, un tournant décisif pour la télémédecine en Suisse - SWI swissinfo.ch*. <https://www.swissinfo.ch/fre/le-coronavirus--un-tournant-d%C3%A9cisif-pour-la-t%C3%A9l%C3%A9m%C3%A9decine-en-suisse/45830794>
- WHO. (1997). *who group consultation en health telematics*.
- World Health Organization. (2010). *Telemedicine : opportunities and developments in member states : report on the second Global survey on eHealth*. World Health Organization.
- Yliluoma, P., & Palonen, M. (2020). Telenurses' experiences of interaction with patients and family members: nurse–caller interaction via telephone. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 34(3), 675–683. <https://doi.org/10.1111/scs.12770>