

# GUIDE TÉLÉMÉDECINE

UN ENJEU MAJEUR POUR L'HOSPITALISATION PRIVÉE

Pourquoi,  
comment et pour  
quelle efficacité ?



# ÉDITO

La relation avec le corps médical est au cœur des engagements de la FHP. C'est dans un partenariat renforcé avec les médecins que le secteur trouve les leviers de son efficacité et perpétue son excellence médicale au service des patients.

L'un des principaux leviers grâce auquel nous pouvons conforter la place des médecins et garantir notre attractivité est d'investir le champ des innovations de la pratique médicale. Mais comment encourager l'essor de ces innovations, et notamment celui de la télémédecine ?

C'est l'un des enjeux stratégiques majeurs auquel le Plan Triennal Stratégique (PTS) dont s'est doté la Fédération doit répondre de manière concrète.

Le groupe de travail dédié à la promotion des parcours de soins a identifié la nécessité de réaliser une étude d'opportunité sur le déploiement de la télémédecine. Elle est encore trop peu développée, notamment dans l'hospitalisation privée. Pourtant, il s'agit là d'une opportunité à ne pas laisser passer, car la télémédecine constitue un véritable enjeu d'efficacité et de différenciation pour nos établissements.

Le guide que nous vous proposons a donc pour objectif de répondre de façon très concrète à vos interrogations sur les aspects organisationnels, les financements mobilisables et les données juridiques et techniques à prendre en compte. Des fiches synthétiques transversales et par domaines vous permettront d'accéder facilement aux informations utiles. Elles détaillent des pistes de réalisation déjà effectives dans des cliniques et hôpitaux privés, qui ont valeur d'exemple.

Je remercie chaleureusement les adhérents qui ont accepté de s'impliquer dans ces travaux, avec l'appui du CATEL, et qui par leur expérience ont su veiller à ce que cet outil soit pleinement opérationnel pour nos établissements.

Je forme le souhait que ce travail contribue à vous donner tant l'envie que la méthode pour mettre en œuvre des activités de télémédecine demain. Nos équipes se tiennent bien sûr à votre disposition pour vous orienter dans son utilisation et vous conseiller dans vos démarches.

Je vous en souhaite une très bonne lecture.

**Lamine Gharbi,**  
Président de la FHP

# SOMMAIRE

<b>CONTEXTE</b> .....	<b>4</b>
• Les enjeux de la télémédecine .....	5
• Le périmètre de la télémédecine .....	5
• La télémédecine au service de l'efficience .....	6
<b>ANALYSE TRANSVERSALE</b> .....	<b>8</b>
• Les aspects organisationnels .....	9
• Les financements mobilisables .....	13
• Les aspects juridiques .....	17
• Les aspects techniques .....	20
<b>ANALYSE DÉTAILLÉE PAR DOMAINE</b> .....	<b>23</b>
• Cardiologie .....	24
• Cancérologie .....	27
• Dialyse .....	29
• Psychiatrie .....	32
• Plaies chroniques et/ou complexes .....	34
• Hospitalisation à domicile .....	37
• Obésité .....	39
• AVC .....	41
• Gériatrie .....	43
<b>GLOSSAIRE</b> .....	<b>46</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....	<b>50</b>
<b>REMERCIEMENTS</b> .....	<b>53</b>

# CONTEXTE

LES ENJEUX DE LA TÉLÉMÉDECINE

LE PÉRIMÈTRE DE LA TÉLÉMÉDECINE

LA TÉLÉMÉDECINE AU SERVICE DE L'EFFICIENCE

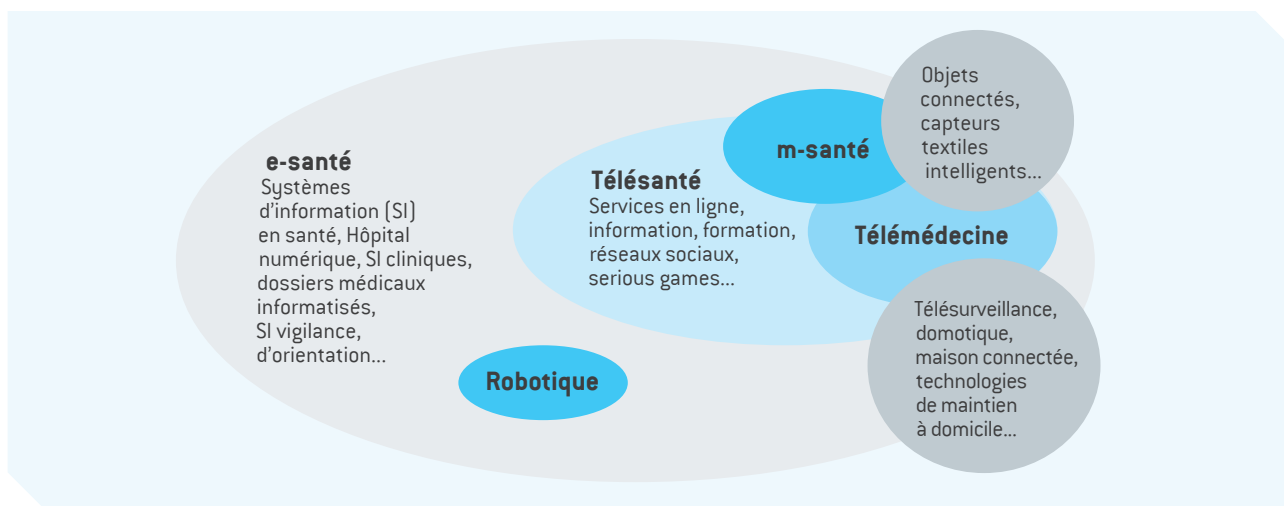
## ⊕ LES ENJEUX DE LA TÉLÉMÉDECINE

Aujourd'hui, il n'y a plus d'obstacle technique dans le domaine de la télémédecine : les pouvoirs publics visent donc un déploiement intensif sur l'ensemble du territoire dans le cadre de la stratégie nationale de santé et du "virage ambulatoire". Les enjeux sont clairs :

- Réduire au maximum certaines inégalités d'accès aux soins, notamment pour les patients en situation d'isolement.
- Donner une réponse organisationnelle et technique aux nombreux défis épidémiologiques (augmentation du nombre de patients souffrant de maladies chroniques et/ou de poly-pathologies), de démographie des professionnels de santé (inégaie répartition des professionnels de santé sur le territoire national) et économiques (contrainte budgétaire) auxquels fait face le système de santé aujourd'hui.
- Améliorer la qualité et l'efficacité de la prise en charge dans un environnement où la ressource médicale est de plus en plus rare et où la technicité impose de concentrer de plus en plus les moyens et l'expertise en un nombre limité de lieux.

## ⊕ LE PÉRIMÈTRE DE LA TÉLÉMÉDECINE

La télémédecine est l'une des composantes de la "télésanté" et de "l'e-santé".



Source : CNOM, "Livre blanc : de la e-santé à la santé connectée", janvier 2015, p.9

La télémédecine est une pratique médicale qui met en rapport entre eux par la voie des nouvelles technologies :

- Soit le patient et un ou plusieurs professionnel(s) de santé, parmi lesquels un professionnel médical,
- Soit plusieurs professionnels de santé, parmi lesquels au moins un professionnel médical.

Elle permet :

- D'établir un diagnostic,
- D'assurer, pour un patient à risque, un suivi dans le cadre de la prévention ou un suivi post thérapeutique,
- De requérir un avis spécialisé,
- De préparer une décision thérapeutique,
- De prescrire des produits, de prescrire ou de réaliser des prestations ou des actes,
- D'effectuer une surveillance de l'état des patients.

Le décret d'application de la loi HPST, publié en octobre 2010, est venu renforcer l'assise juridique de la télémédecine, en précisant les conditions de sa mise en œuvre et son organisation. Celles-ci sont inscrites au code de la santé publique et dans le droit commun des activités médicales, y-compris pour les droits des patients.

Les 5 actes de télémédecine réalisables sont les suivants :

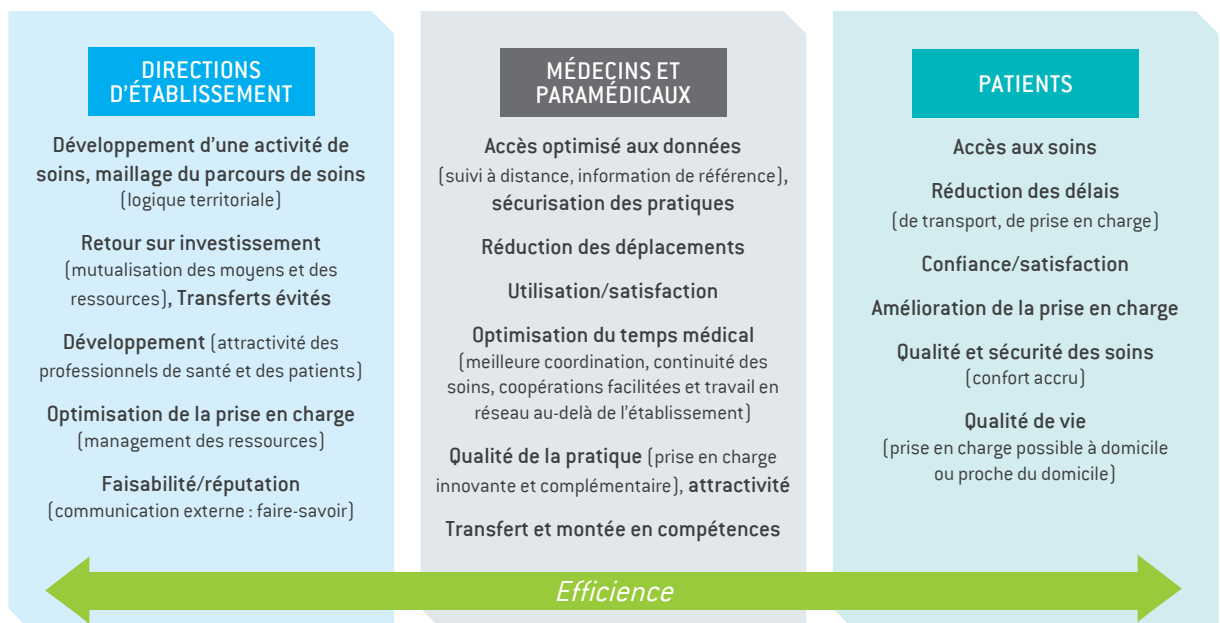
- **La téléconsultation** : un médecin donne une consultation à distance à un patient, lequel peut être assisté d'un professionnel de santé. Le patient et/ou le professionnel à ses côtés fournissent les informations, le médecin à distance pose le diagnostic.
- **La téléexpertise** : un médecin sollicite à distance l'avis d'un ou de plusieurs confrères sur la base d'informations médicales liées à la prise en charge d'un patient.
- **La télésurveillance médicale** : un médecin surveille et interprète à distance les paramètres médicaux d'un patient. L'enregistrement et la transmission des données peuvent être automatisés ou réalisés par le patient lui-même ou par un professionnel de santé.
- **La téléassistance médicale** : un médecin assiste à distance un autre professionnel de santé au cours de la réalisation d'un acte.
- **La régulation médicale** : les médecins des centres 15 établissent par téléphone un premier diagnostic afin de déterminer et de déclencher la réponse la mieux adaptée à la nature de l'appel.


## ⊕ LA TÉLÉMÉDECINE AU SERVICE DE L'EFFICIENCE

La télémédecine ne permet pas toujours à l'établissement de dégager un retour sur investissement satisfaisant sur le plan financier mais elle apporte de nombreux bénéfices aux directions, aux soignants et aux patients. D'autant plus si elle s'inscrit dans une démarche globale de l'établissement.

La télémédecine induit de **nombreux changements en tant que vecteur d'une nouvelle organisation des soins**. L'existence de la télémédecine est déjà **réelle et son développement inéluctable**.

Ce guide pratique a été pensé pour les cliniques et hôpitaux privés et offre de nombreux points d'entrée dans la télémédecine. Il en détaille ses nombreux apports pour chacun des acteurs, afin d'aborder la croissance de vos établissements avec ambition et d'en améliorer l'efficacité. Ils sont synthétisés dans le schéma ci-dessous :





Sur le terrain, les professionnels sont parfois hésitants vis-à-vis de ces nouvelles pratiques et, dans un domaine où la quantité d'informations diffusées est parfois déstabilisante, peinent souvent à trouver des éléments précis, adaptés à leurs préoccupations et à leurs métiers spécifiques. C'est notamment le cas des établissements de santé privés qui accusent un certain retard dans le déploiement de la télémédecine par rapport aux établissements de santé publics.

**Pourquoi et comment avoir recours à la télémédecine dans le privé ? Selon quels financements ? Quels sont les freins et les leviers en fonction du domaine abordé ?**

Ce guide a donc été construit sous forme de fiches par domaines d'application possibles de la télémédecine (cardiologie, cancérologie, dialyse, plaies...).

Afin de mettre en évidence les bonnes pratiques, des zooms ont été effectués à partir d'entretiens auprès du panel composé d'une dizaine d'établissements de santé privés porteurs d'une démarche de déploiement de la télémédecine. **Nous espérons que ces retours d'expériences réussies vous inciteront à investir dès à présent le champ de la télémédecine car tout se joue maintenant !**

# **ANALYSE TRANSVERSALE**

**LES ASPECTS ORGANISATIONNELS**

**LES FINANCEMENTS MOBILISABLES**

**LES ASPECTS JURIDIQUES**

**LES ASPECTS TECHNIQUES**



## ⊕ LES ASPECTS ORGANISATIONNELS

Cible(s)	Professionnel(s) de santé requérant(s) et requis, autour d'un référent
Démarches à respecter	<ul style="list-style-type: none"><li>• Identifier les besoins (analyse des besoins sanitaires/métiers, apport de la télémédecine, types d'actes mis en œuvre, profils des patients concernés et estimation de la volumétrie).</li><li>• Préciser la méthodologie (acteurs concernés, changements induits pour le patient et pour les professionnels, modèle médico-économique), le portage du projet et détailler le protocole de télémédecine et les conditions matérielles.</li><li>• Définir la gouvernance (Comité de pilotage, opérationnel, éthique, d'évaluation, etc.).</li><li>• Mettre en œuvre la gouvernance et l'organisation. Les adapter aux besoins.</li></ul>
Les points d'attention	<ul style="list-style-type: none"><li>• Concevoir le projet de télémédecine en réponse à un besoin identifié et comme appartenant à un projet médical.</li><li>• Identifier un porteur médical fort, soutenu par un référent.</li><li>• Evaluer en amont les compétences nécessaires, informer/sensibiliser/accompagner au changement et former l'ensemble des acteurs concernés.</li><li>• Protocoliser les différentes étapes de prise en charge par télémédecine, et tester/expérimenter.</li></ul>
Délais	<ul style="list-style-type: none"><li>• 3 à 6 mois (projet médical et protocoles).</li></ul>

## ⊕ LES DEMARCHES A SUIVRE

### BESOINS :

Les acteurs de l'hospitalisation privée signalent une augmentation des besoins de soins. La télémédecine se présente comme un outil complémentaire d'aide à la prise en charge et au suivi des patients au sein de l'établissement.

Qu'il s'agisse de soins à domicile (hospitalisation à domicile, plaies complexes et chroniques, etc.) ou de soins dans des centres éloignés géographiquement des établissements de référence (unité de dialyse médicalisée par exemple), la télémédecine permet de maintenir la qualité des soins et de prendre en charge des patients au-delà des limites géographiques des établissements.

Elle constitue également un outil de coordination de la prise en charge en amont et en aval de l'hospitalisation et apporte des solutions pour accélérer dans ce cadre la mise en œuvre du virage ambulatoire souhaité par les pouvoirs publics.



Elle répond enfin aux besoins d'accès aux soins dans les zones isolées ou en tension en termes de démographie médicale ainsi qu'aux demandes des patients qui souhaitent maintenir le suivi de leur prise en charge, y-compris en mobilité.

### GOVERNANCE :



La gouvernance mise en place dans un projet de télémédecine intègre chaque partie prenante et contribue aux prises de décision. Au sein de l'établissement, les représentants de la direction, de la direction des systèmes d'information, des professionnels médicaux et paramédicaux concernés doivent être informés et fortement associés.

Elle se structure en général en plusieurs instances qui sont mobilisées différemment en fonction du sujet et de la portée des points à traiter :

- **Comité stratégique** (ou Comité de direction) :
  - Participants : Direction de l'établissement
  - Rôle :
    - Discuter, valider et porter le projet au sein de l'établissement
    - L'intégrer dans la stratégie globale de l'établissement (au sein d'un portefeuille de projets)
    - Avoir une vision globale, envisager des mutualisations
  - Fréquence : Trimestrielle

- **Comité de pilotage :**

- **Participants :**

- Coordonnateur de l'activité de télémédecine et ses partenaires éventuels  
(le directeur de l'établissement, le référent SI et/ou le chef de projet, représentant des médecins : le président de CME et/ou référent)
- ARS et/ou autres financeurs éventuels
- GCS éventuel
- AMOA éventuelle

- **Rôle :**

- Elaborer et mettre en œuvre la stratégie du projet
- Organiser et coordonner le déploiement
- Elaborer et valider la politique de communication du projet

- **Fréquence :** Mensuelle à semestrielle

- **Comité d'évaluation (parfois fusionné avec le Comité de pilotage)**

- **Participants :**

- Membres du Comité de pilotage
- Evalueurs

- **Rôle :**

- Analyser l'évaluation produite
- Faire évoluer les indicateurs
- Prendre des décisions pour mener à bien l'évaluation

- **Fréquence :** Trimestrielle à semestrielle

- **Comité opérationnel (ou Comité de suivi ou Equipe projet) :**

- **Participants :**

- Coordonnateur de l'activité de télémédecine et ses partenaires éventuels  
(le référent SI et/ou le chef de projet et/ou représentant des professionnels de santé)
- AMOA éventuelle
- MOE (si possible dans le cadre d'un comité à part, dédié au suivi opérationnel de l'avancement des travaux MOE sur la mise en place du système d'information, de l'infrastructure, l'organisation des formations, la préparation du déploiement, le suivi de la maintenance corrective et évolutive)

- **Rôle :**

- Conduire la mise en œuvre opérationnelle du projet sur le territoire considéré.
- Suivre l'avancée des résultats et livrables des différentes phases.

- **Fréquence :** Bimensuelle à mensuelle.

## **ORGANISATION ET MISE EN ŒUVRE DE PROJETS DE TÉLÉMÉDECINE :**

Développer un projet de télémédecine nécessite de mettre en œuvre une organisation qui facilite le recours à l'usage de cette modalité de prise en charge.

**!** Une des clés de la réussite réside dans l'accompagnement à la conduite du changement, ce qui implique de mettre en place des sessions de formation à destination de l'ensemble des acteurs : médecins, paramédicaux, patients, etc.

Cette formation de courte durée (1h à 2h) passe dans un premier temps par une information suffisante sur le dispositif et ses apports afin de gagner l'adhésion des soignants et patients pour faciliter son déploiement.

La définition du protocole organisationnel et sa diffusion auprès des parties concernées sont indispensables pour le bon fonctionnement et l'appropriation du dispositif.

Est détaillé ci-après, à titre d'exemple, le process de mise en œuvre minimal d'un projet de télémédecine :

1

### Demande d'acte de télémedecine

- Besoin d'un avis de spécialiste (sur une conduite à tenir, une thérapeutique à adapter) : +/- diagnostic à poser, +/- suivi d'une pathologie chronique, +/- déplacements à l'extérieur difficiles ou impossibles
- Préparation du dossier de télémedecine "tronc commun" (formulaire)
- Demande d'acte de télémedecine auprès de l'expert métier (médecin expert à distance)
- Validation de la demande (réservation d'une plage de consultation)
- Information du médecin traitant

2

### Préparation session télémedecine

- Information du patient
- Recueil du consentement du patient (ou de son représentant légal quand impossibilité, cf. troubles cognitifs, communication impossible, patient sous protection...)
- Préparation du dossier médical
- Information de la famille
- Information du personnel

3

### Séance de télémedecine (ici pour une téléconsultation)

- Préparation de la salle du site requérant
- Mise à disposition du dossier médical du patient
- Vérification des connexions Internet
- Mise en route du logiciel de télémedecine
- Rassemblement en salle de téléconsultation
- Arrivée du patient
- Installation des personnes
- Ordinateur allumé, vérification du bon cadrage
- Démarrage de la session de téléconsultation

## Session de téléconsultation

Présentation de chaque personne présente (de part et d'autre)

1. Le médecin spécialiste sollicité s'adresse directement au patient (interrogatoire).
2. Le médecin spécialiste sollicité peut demander des compléments d'examen (réalisés, selon responsabilités, compétences et type de téléconsultation, par le professionnel de santé présent).
3. La discussion s'ouvre entre l'équipe soignante du site requérant et le médecin sollicité (+/- patient +/- famille). Lorsque le patient (et/ou sa famille) ne participe pas à la discussion thérapeutique, ce dernier est raccompagné à l'extérieur de la salle (par l'infirmier référent ou un soignant du site requérant).
4. Le médecin sollicité termine la consultation, et clôture la session de télémedecine.

4

### Après la séance de télémedecine

- Débriefing éventuel
- Compte rendu de la consultation
- Compte rendu de la session de télémedecine
- Evaluation qualité

## + RECOMMANDATIONS

Un projet de télémédecine est avant tout une nouvelle organisation des soins qui se décline dans un projet médical partagé, répondant à un besoin identifié. Le service médical rendu aux patients ne doit pas être inférieur au service médical rendu par l'organisation usuelle sans télémédecine.

! Un projet de télémédecine repose sur une nouvelle organisation des soins et des pratiques professionnelles qui doivent être protocolisées selon le process minimal détaillé ci-dessus. La mise en place d'un projet de télémédecine doit se faire "pas à pas", en cohérence avec la stratégie globale de l'établissement.

Il s'avère nécessaire de préciser qui intervient, à quel moment et sous quelle forme, au cours des 3 grandes étapes de mise en œuvre d'un dispositif de télémédecine :

- **Étape 1** : Cadrage stratégique (définition du programme de développement de la télémédecine).
- **Étape 2** : Cadrage opérationnel (élaboration / conception du dispositif).
- **Étape 3** : Expérimentation puis généralisation.

## + SELON QUELLES ÉTAPES ?

1	Identifier les besoins (analyse des besoins sanitaires/métiers, apport de la télémédecine, types d'acte mis en œuvre, profils des patients concernés et estimation de la volumétrie)
2	Définir la gouvernance (Comité de pilotage, opérationnel, éthique, d'évaluation,... )
3	Préciser la méthodologie (acteurs concernés, changements induits pour le patient et pour les professionnels, modèle médico-économique)
4	Préciser le portage du projet
5	Détailler le protocole de télémédecine et les conditions matérielles
6	Mettre en œuvre la gouvernance et l'organisation
7	Adapter la gouvernance et l'organisation au besoin

### Sources

- [www.sante.gouv.fr/telemedecine,16580.html](http://www.sante.gouv.fr/telemedecine,16580.html)
- [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1622477/fr/efficience-de-la-telemedecine-etat-des-lieux-de-la-litterature-internationale-et-cadre-devaluation](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1622477/fr/efficience-de-la-telemedecine-etat-des-lieux-de-la-litterature-internationale-et-cadre-devaluation)
- [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1622423/fr/grille-de-pilotage-et-de-securite-dun-projet-de-telemedecine](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1622423/fr/grille-de-pilotage-et-de-securite-dun-projet-de-telemedecine)
- [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1240280/fr/protocole-de-cooperation-entre-professionnels-de-sante](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1240280/fr/protocole-de-cooperation-entre-professionnels-de-sante)
- <http://esante.gouv.fr/actus/telemedecine/l-asip-sante-publie-cinq-fiches-pedagogiques-dans-le-cadre-de-ses-travaux-au-sein>

## ⊕ LES FINANCEMENTS MOBILISABLES

Cible(s)	Directeurs d'établissements de santé, directeurs financiers, professionnels de santé libéraux et/ou salariés requérants et requis participant à l'acte de télémedecine.
Moment pour effectuer la demande	En règle générale, plutôt pendant la phase de conception mais possible aussi une fois l'activité en expérimentation voire opérationnelle.
Sources de financement mobilisables	<ul style="list-style-type: none"><li>• Fonds européens FEDER.</li><li>• Ministères de la Santé, de l'Industrie, de la Recherche,...</li><li>• Assurance maladie par la rémunération des actes (C, CS, etc.).</li><li>• ARS (FIR, DAF, FIR/ENMR, OGDPC, etc.).</li><li>• Conseil régional, Préfecture de région, DATAR,...</li><li>• Conseil départemental.</li><li>• Acteurs privés (industriels, complémentaires, etc.).</li></ul>
Les points d'attention	<ul style="list-style-type: none"><li>• Prévoir la durée du projet.</li><li>• Estimer l'ensemble des coûts annuels d'investissement et de fonctionnement.</li><li>• Identifier les interlocuteurs en capacité de soutenir le projet.</li><li>• S'assurer de la soutenabilité financière du projet.</li><li>• Evaluer l'ensemble des retours sur investissement.</li></ul>
Délais	<ul style="list-style-type: none"><li>• 1 à 3 mois (Plan de financements).</li><li>• 3 mois à 1 an (Recherche de financements).</li></ul>

## ⊕ LES DEMARCHES A RESPECTER

### LA CONSTRUCTION D'UN PROJET DE TÉLÉMÉDECINE

#### L'investissement initial

L'investissement initial porte sur les prestations d'études préalables, la fourniture et la mise en œuvre de la solution (infrastructure, matériel(s), logiciel(s), prestations associées notamment installation(s), formation(s), etc.) ainsi que le pilotage du projet.

Un facteur clé de succès d'un projet de télémedecine réside dans le partage fluide des informations. Ceci nécessite par conséquent une bonne couverture réseau en établissement et au domicile des patients; elle constitue un investissement à considérer s'il n'a pas déjà été effectué.

L'investissement initial peut ne pas être très onéreux (ex : acquisition de tablettes pour le personnel), mais doit être associé à une stratégie globale à l'échelle de l'établissement. Une mutualisation avec d'autres acteurs à l'échelle d'un territoire, d'une région, est également à envisager.

**!** Dans la plupart des cas, les projets de télémedecine font tout ou partie l'objet d'un autofinancement par l'établissement.

Le poids de la contribution varie en fonction de la stratégie de l'établissement et de la capacité à mobiliser d'autres sources de financements.

On note ainsi comme autres sources de financements possibles pour l'investissement initial et/ou le fonctionnement, les acteurs suivants :

- **Au niveau européen** : Fonds européens FEDER
- **Au niveau national** :
  - Ministères de la Santé, de l'Industrie, de la Recherche
  - Assurance maladie par la rémunération des actes (C, CS, V, AMI, etc.)
- **Au niveau régional** :
  - ARS : FIR, DAF, FIR/ENMR, OGDPC
  - Conseil régional, Préfecture de région, DATAR
- **Au niveau local** : Conseil départemental

- Acteurs privés :
  - Industriels dans une logique de partenariat
  - GCS
  - Complémentaires santé

## FONCTIONNEMENT

**L'équilibre financier du dispositif de télémedecine dépend des coûts de fonctionnement et du financement de l'activité.**

Les coûts de fonctionnement du dispositif, généralement mensuels ou annuels, doivent intégrer les coûts d'abonnement, de maintenance, d'évolutions. Les coûts de fonctionnement sont à prévoir dans le budget initial d'un projet de télémedecine, dans une optique de pérennisation. S'agissant des ressources humaines (professionnels de santé et soignants notamment, mais aussi informaticiens et/ou techniciens), leur coût est à valoriser ou à intégrer dans les coûts de fonctionnement.

Le tableau suivant propose une estimation des coûts moyens d'investissement et de fonctionnement pour un établissement privé moyen (130 lits et places). Ces éléments étant bien évidemment variables selon l'existant, la nature du projet, la volumétrie et les choix technologiques réalisés. A titre d'illustration, pour un projet nécessitant un écran :

- **Côté expert**, intégrant une station de téléconsultation fixe Expert (un ordinateur, deux écrans, un lecteur de carte, un casque micro, une caméra fixe), une console audio de table, une licence (annuelle, incluant la maintenance) ; l'abonnement réseau et les prestations associées (pouvant être assurées par le service informatique) étant généralement intégrées aux charges de l'établissement :

Investissement	Matériels	3 800 euros HT
Fonctionnement	Licences (annuelle, incluant la maintenance)	1 500 euros HT
<b>TOTAL</b>		<b>5 300 euros HT la première année</b> <b>(+ 1 500 € HT / an)</b>

- **Côté requérant**, intégrant une station de télémedecine fixe Requéant (un ordinateur de bureau, un lecteur de carte, un casque micro, une caméra PTZ avec fixation zoom\* 18), une console audio grande salle et enceintes, un téléviseur 40" et support mural, une licence (avec maintenance annuelle associée au bout d'un an), un abonnement ADSL 2Mo et les prestations d'étude de salle avec installation sur site et paramétrage (voire formation) associées :

Investissement	Matériels	7 000 euros HT
	Prestations associées	2 500 euros HT
Fonctionnement	Licences	3 000 euros HT
	Abonnement réseau (annuel)	3 400 euros HT
	Maintenance (au bout d'un an)	1 600 euros HT
<b>TOTAL</b>		<b>15 900 euros HT la première année</b> <b>(+ 5 000 € HT / an au bout d'un an)</b>

## RÉMUNÉRATION DE L'ACTIVITÉ DE TÉLÉMEDICINE

Il n'existe pas encore de modèle(s) de financement généralisé(s) de l'activité de télémedecine. Néanmoins, l'article 36 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 prévoit des expérimentations relatives au financement des actes, sur un nombre limité de spécialités / pathologies : plaies chroniques et/ou complexes, gérontologie, psychiatrie, insuffisance cardiaque, insuffisance rénale.

Ce dispositif est expérimenté dans neuf régions pilotes (arrêté du 11 juin 2014) : Alsace, Picardie, Pays de la Loire, Languedoc-Roussillon, Martinique, Bourgogne, Centre, Basse-Normandie, Haute-Normandie.

! L'enjeu est d'aller vers un financement à l'activité, au fil de l'eau, après négociation tarifaire à conduire par la CNAMTS. Le vecteur de financement pourra être à l'acte (acte existant/nouvel acte, partage d'acte, majoration, etc.), au forfait ou autre.

L'arrêté du 17 avril 2015 portant cahier des charges des expérimentations relatives à la prise en charge par télé-médecine des plaies chroniques et/ou complexes (escarres, ulcères de la jambe, plaie du pied diabétique etc.). Il détaille les conditions et modalités de prise en charge, à savoir :

- Dans le cadre d'une téléconsultation, le médecin requis ou l'IDE requise agissant en application d'un protocole de coopération pris sur le fondement de l'article 51 de la loi HPST du 21 juillet 2009 est rémunéré 28 euros par acte.
- Dans le cadre d'une télé-expertise, le médecin requis ou l'IDE requise agissant en application d'un protocole de coopération pris sur le fondement de l'article 51 de la loi HPST du 21 juillet 2009 est rémunéré 14 euros par acte.

Ces tarifs préfigurateurs ne bénéficient qu'aux professionnels de santé conventionnés. Les médecins non conventionnés (dits "secteur 3") ne sont dès lors pas autorisés à facturer leurs actes de télé-médecine sur la base du cahier des charges.

! Par ailleurs, il précise que "des financements complémentaires peuvent être mobilisés au titre des activités de télé-médecine comme rappelé en annexe 2" :

Action	Sources de financement
Télé-médecine (financement de l'activité du professionnel requis)	Acte/forfait créé pour les besoins de l'expérimentation
Télé-médecine : financement de l'activité du professionnel de santé requérant, prescripteur ou se situant à côté du patient durant la réalisation de l'acte	Mobilisation de la nomenclature existante (C, CS, V, AMI, etc.) à l'occasion de la prise en charge
Télé-médecine autres Participation des professionnels de santé au recueil de l'activité en vue de l'évaluation	FIR
Formation des professionnels	OGDPC

## + RECOMMANDATIONS

La question du financement des projets et de l'activité de télé-médecine est souvent présentée comme une des difficultés majeures, véritable frein au déploiement de la télé-médecine et à la pérennité des projets. Il est important d'élaborer un plan de financement prévisionnel intégrant l'ensemble des dépenses et recettes nécessaires en investissement et en fonctionnement, et de solliciter les sources de financement mobilisables.

! **L'accompagnement des 26 régions avec le recours au fonds d'intervention régional (FIR) des ARS représente une enveloppe de 40 M€ chaque année pour la mise en œuvre des projets identifiés dans les territoires.** Des financements adaptés sont disponibles mais pas nécessairement dépensés. Il est recommandé aux établissements de santé souhaitant développer des activités de télé-médecine de solliciter à dessein leur ARS et de faire remonter à leur délégation régionale FHP toute problématique éventuelle.

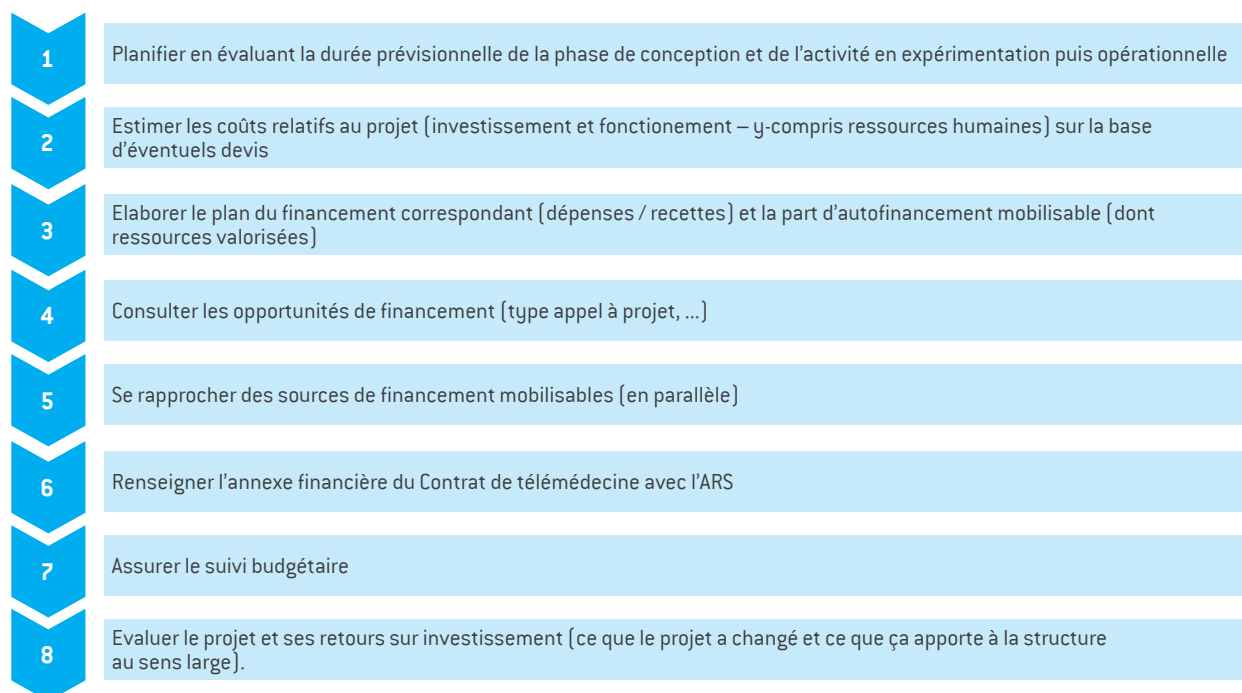
Il y a notamment de fortes attentes des acteurs pour un paiement des actes de télé-médecine ainsi qu'un éclaircissement des conditions et modalités de versement associées, pour les professionnels de santé ou les établissements structures les employant, qu'ils soient requérants ou requis. Le cahier des charges des "expérimentations article 36" relatives à la prise en charge par télé-médecine des plaies chroniques et/ou complexes, et ceux à venir, donne des premiers éléments de réponse.

! **Les prototypes tarifaires pour rémunérer, à l'activité, les professionnels ou les établissements représentent un financement de 6,6 M€ en 2015 dans les 9 régions pilotes.** Il est recommandé aux établissements de santé présents dans les neuf régions sélectionnées de s'informer et d'identifier avec l'ARS l'opportunité de s'inscrire dans le cadre de l'expérimentation. Pour les autres, il est recommandé de s'informer et de s'organiser pour répondre aux missions et engagements du (des) cahier(s) des charges en vue d'une éventuelle généralisation.

Tout projet de télémédecine s'inscrit généralement dans un portefeuille de projets à l'échelle d'un établissement, d'un territoire voire d'une région.

! **Les mutualisations possibles des ressources et des moyens, et donc des financements mobilisables sont par conséquent à envisager.**

## + SELON QUELLES ETAPES ?



### Sources

- <http://www.sante.gouv.fr/telemedecine,16580.html>
- [http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do;jsessionid=22E0F32454111C53744580688F340829.tpdila17v\\_3?cidTexte=JORFTEXT000025411455&idArticle=LEGIARTI000025412367&dateTexte=20120229](http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do;jsessionid=22E0F32454111C53744580688F340829.tpdila17v_3?cidTexte=JORFTEXT000025411455&idArticle=LEGIARTI000025412367&dateTexte=20120229)
- <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000030513479&categorieLien=id>
- <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do?cidTexte=JORFTEXT000028372809&idArticle=JORFARTI000028373200&categorieLien=cid>
- [http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Telemedecine - cahier des charges - Plaies chroniques et complexes V1-5-12.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Telemedecine_-_cahier_des_charges_-_Plaies_chroniques_et_complexes_V1-5-12.pdf)
- <http://www.datar.gouv.fr/vient-de-paraitre-guide-methodologique-pour-l-expression-des-besoins-en-infrastructures-haut-et-tres>
- <http://www.europe-en-france.gouv.fr/Configuration-Generale-Pages-secondaires/FEDER>



## + LES ASPECTS JURIDIQUES

Cible(s)	Professionnels de santé participant à l'acte de télémedecine, directeurs d'établissements de santé concourant à une activité de télémedecine.
Moment pour effectuer la demande	A l'achèvement de la phase de conception et avant que les patients ne soient pris en charge.
Démarches à respecter et documents à produire	<ul style="list-style-type: none"><li>• Contrat avec l'ARS et éventuelle(s) Convention(s) de télémedecine entre les partenaires (voire Charte de bonne pratique de la télémedecine).</li><li>• Contrat(s) de prestation(s) avec le(s) prestataire(s) technique(s).</li><li>• Demande d'autorisation CNIL (simplifiée, normale et/ou chapitre X).</li><li>• Note d'information et de consentement patient.</li><li>• Avenant éventuel au Contrat d'assurance.</li></ul>
Les points d'attention	<ul style="list-style-type: none"><li>• Qualification juridique du projet (activité de télémedecine ou service de quantified self ?) et des responsabilités des utilisateurs.</li><li>• Nécessité d'une autorisation préalable de l'ARS pour toute activité de télémedecine.</li><li>• Nécessité d'une autorisation de la CNIL (et anticipation des délais correspondants) ?</li><li>• La procédure d'agrément hébergement de données de santé à caractère personnel s'applique-t-elle ?</li><li>• Labellisation CE Médical des éventuels dispositifs médicaux utilisés.</li><li>• Nécessité d'un protocole de coopération (au sens de l'article 51 de la loi HPST) entre professionnels de santé ?</li><li>• Information de l'assureur (RCP).</li></ul>
Délais	<ul style="list-style-type: none"><li>• 1 à 6 mois (ARS).</li><li>• 2 à 6 mois (CNIL, sous réserve que le dossier soit complet).</li></ul>

## + LES OBLIGATIONS A RESPECTER

### 1. LA MISE EN CONFORMITÉ AVEC LE DÉCRET DU 19 OCTOBRE 2010 RELATIF À LA TÉLÉMÉDECINE :

Le décret du 19 octobre 2010 définit les actes de télémedecine et précise les conditions de leur mise en œuvre ainsi que leur organisation. Il prévoit notamment que toute activité de télémedecine doit donner lieu à la formalisation des engagements des acteurs à deux niveaux (ces deux dispositifs, qui doivent être conçus de manière complémentaire, poursuivent cependant des objectifs différents) :

- Un contrat entre l'ARS et les acteurs concourant à une activité
- Une convention organisant les relations entre les acteurs de télémedecine et les conditions dans lesquelles ceux-ci mettent en œuvre les exigences réglementaires.

La DGOS a publié un guide méthodologique pour l'élaboration des contrats et des conventions en télémedecine, afin de faciliter la démarche, avec des modèles repris et parfois adaptés sur leur site Internet par les ARS.

**!** Responsabilité du professionnel de santé ou de l'établissement en cas de faute (Art. L. 1142-1 CSP) dont la preuve doit être rapportée par le patient.

### 2. LE CONTRAT AVEC LES TIERS TECHNOLOGIQUES :

Plusieurs tiers technologiques peuvent intervenir en télémedecine : Hébergeur de Données de Santé (HDS), Fournisseur d'Accès Internet (FAI), Fournisseur de dispositif(s) matériel(s) et logiciel(s), etc.

Un contrat est signé entre le porteur du projet et le(s) prestataire(s) technique(s) dans lequel il convient d'aborder notamment les questions de responsabilité.

! Responsabilité sans faute du professionnel de santé ou de l'établissement tenu à une obligation de sécurité-résultat pour le matériel de télémédecine assimilé à un dispositif médical (Art. L. 1142-1 CSP).

### 3. LE RESPECT DE LA LOI N°78-17 DU 6 JANVIER 1978 MODIFIÉE ("Loi Informatique et Libertés") :

Comme le définit le guide de la CNIL à destination des professionnels de santé, le traitement informatique de données de santé doit faire l'objet :

- D'une autorisation préalable de la CNIL (art. 25-I-1 de la loi Informatique et Libertés)
- Et également, en cas d'évaluation du projet, d'une demande d'autorisation de type "Evaluation" (Chapitre X).

! Responsabilité sans faute du professionnel de santé ou de l'établissement tenu à une obligation de sécurité-résultat pour le matériel de télémédecine assimilé à un dispositif médical (Art. L. 1142-1 CSP).

### 4. L'INFORMATION ET LE CONSENTEMENT LIBRE ET ÉCLAIRÉ DU PATIENT :

Au titre du consentement aux soins (art. L 1111-2 et L 1111-4 du Code de la santé publique), il est de la responsabilité du professionnel de santé de veiller à la bonne information du patient, et à son consentement au recours à la télémédecine. Le patient informé dispose d'un droit d'opposition sauf dans les cas particuliers prévus par la loi sur le consentement. Le décret prévoit que ce consentement puisse être dématérialisé et conservé dans le dossier patient.

### 5. LA TRAÇABILITÉ DES ACTES ET ÉCHANGES ENTRE ACTEURS DE TÉLÉMÉDECINE :

Les acteurs de l'acte de télémédecine doivent être authentifiés en ayant recours à la carte CPS ou un dispositif équivalent agréé par l'ASIP-Santé. Ces accès sont tracés. L'acte de télémédecine est reporté dans le dossier médical, notamment le compte rendu de réalisation de l'acte, les actes et les prescriptions médicamenteuses effectués, l'identité des professionnels de santé, la date et l'heure de l'acte, le cas échéant, les incidents.

La contribution du DMP doit être déterminée dans le cadre de la coordination des soins : consultation en amont ou en préparation à l'acte, alimentation par le compte rendu selon sa pertinence pour la coordination des soins.

### 6. L'HÉBERGEMENT DE DONNÉES DE SANTÉ À CARACTÈRE PERSONNEL :

Si le projet de télémédecine implique d'externaliser l'hébergement et l'archivage des données de santé du patient, il est nécessaire que l'hébergeur soit agréé hébergeur de données de santé selon le décret du 4 janvier 2006. Le site de l'ASIP-Santé recense l'ensemble des hébergeurs de données de santé agréés.

Si l'établissement de santé est en charge de l'hébergement de données de santé ne provenant pas de patients pris en charge au sein de sa structure, c'est l'établissement qui doit être titulaire de l'agrément hébergeur de données de santé. Le site de l'ASIP-Santé a publié un guide pour la constitution des dossiers de demande d'agrément.

### 7. OBLIGATION D'ASSURANCE DE L'ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ ET DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

! Comme pour toute nouvelle activité, il est vivement conseillé d'en informer l'assureur de votre établissement, pour protéger convenablement cet exercice.

Les professionnels de santé qui participent à un acte de télémédecine doivent être en situation d'exercice légal de leur profession et couverts par une assurance en responsabilité civile professionnelle.

! Informer l'assureur qui pourra, le cas échéant, rédiger un avenant au contrat d'assurance précisant la pratique de la télémédecine.

## + SELON QUELLES ÉTAPES ?

- 1 Etudier les responsabilités engagées par les acteurs et les en informer, contractualiser avec l'ARS et au besoin conventionner entre acteurs participant à l'activité
- 2 Conclure un contrat de prestation avec le(s) tiers technologique(s)
- 3 S'interroger sur la nécessité d'une demande d'autorisation CNIL et effectuer les démarches nécessaires
- 4 Définir la procédure d'information du patient et de recueil de son consentement et la mettre en oeuvre
- 5 Permettre un accès aux données et des mises à jour en temps réel du dossier médical
- 6 Vérifier l'agrément hébergeur de données de santé à caractère personnel
- 7 Adapter l'assurance professionnelle des acteurs

### Sources

- <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000886460>
- <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022932449&categorieLien=id>
- [http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Telemedecine\\_et\\_responsabilites\\_juridiques\\_engagees.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Telemedecine_et_responsabilites_juridiques_engagees.pdf)
- [http://www.cnil.fr/fileadmin/documents/Guides\\_pratiques/CNIL-Guide\\_professionnels\\_de\\_sante.pdf](http://www.cnil.fr/fileadmin/documents/Guides_pratiques/CNIL-Guide_professionnels_de_sante.pdf)
- <http://esante.gouv.fr/services/referentiels/securete/hebergeurs-agrees>
- <http://esante.gouv.fr/services/referentiels/securete/formulaires-du-referentiel-de-constitution-des-dossiers-de-demande-d>

## ⊕ LES ASPECTS TECHNIQUES

Cible(s)	Directeurs des systèmes d'information des établissements de santé concourant à une activité de télé-médecine.
Moment pour effectuer la demande	Pendant la phase de conception.
Démarches à respecter et documents à produire	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Plan d'assurance qualité.</li> <li>• Plan de prévision des risques, analyse et suivi des risques projets sur le volet système d'information.</li> <li>• Procédures métiers.</li> <li>• Politique de traitement des données.</li> <li>• Plan de tests.</li> <li>• Plan et suivi du déploiement et de la formation.</li> <li>• Plan de recettage et suivi de la recette.</li> <li>• Évaluation des formations et du support au fonctionnement pour ajustements éventuels.</li> <li>• Formalisation de la cartographie fonctionnelle mise en œuvre, voire de la cartographie des référentiels nationaux mis en œuvre.</li> <li>• Tableau de suivi des corrections et des anomalies.</li> </ul>
Les points d'attention	<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'état des lieux des infrastructures (nature des connexions internet des principaux acteurs notamment) et systèmes d'information de santé au niveau du territoire et des établissements de santé concernés.</li> <li>• Le périmètre de responsabilité de chacun des acteurs.</li> <li>• La nature des services mis en œuvre (logistique, support technique, administration et condition de maintien en opération du système d'information, accompagnement des professionnels de santé voire des patients).</li> <li>• Le niveau de service attendu (plages de fonctionnement, gestion des incidents).</li> </ul>
Délais	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 à 3 mois (cahier des charges).</li> <li>• 3 à 6 mois (schéma directeur).</li> </ul>

## ⊕ LES DÉMARCHES A SUIVRE

### BESOINS :

La mise en œuvre des dispositifs de télé-médecine doit :

- Être en adéquation avec les besoins fonctionnels des utilisateurs (patients, professionnels de santé,...), qui sont de cinq ordres :
  - Organisation générale de l'acte de télé-médecine.
  - Interaction et échange (audio / vidéo) à distance.
  - Partage temporaire des données utiles à la réalisation de l'acte.
  - Transmission des données médicales requises pour la réalisation de l'acte.
  - Partage / échange de documents utiles à la coordination des soins.
- S'inscrire dans une urbanisation cohérente, dans le respect des normes et référentiels en vigueur, notamment le cadre d'urbanisation du Système d'Information de Santé national et des référentiels associés :
  - Respect des référentiels nationaux d'identification :
    1. Identification des acteurs et connexion à terme au Répertoire des Acteurs Santé Social (RASS).
    2. Authentification des professionnels de santé à partir des services CPS.
    3. Identification des patients s'appuyant sur l'INS.
  - Intégration des services de partage / d'échange de données (DMP, Messagerie sécurisée de santé) en conformité avec le Cadre d'Interopérabilité du Système d'Information de Santé (CI-SIS), selon les processus d'homologation en vigueur (DMP Comptabilité, Homologation MS-Santé).
  - Respect des référentiels de sécurité (hébergement des données de santé à caractère personnel selon la nature du dispositif, prise en compte de la politique générale de sécurité des systèmes d'information de santé – PGSSI-S).
- Analyser les contributions des logiciels et systèmes d'information métiers mobilisés afin de les intégrer dans le dispositif de télé-médecine selon leurs caractéristiques et leurs fonctionnalités.

- S'appuyer sur des composants et infrastructures "standards" afin d'éviter les duplications onéreuses et potentiellement non interopérables.
- Privilégier les évolutions fonctionnelles des outils disponibles sur le marché (éditeurs) aux développements spécifiques à l'échelle d'un seul territoire voire d'un seul établissement.

**!** Un cahier des charges détaillant les différents points susmentionnés permet ainsi de formaliser les besoins et critères de sélection pour le choix de la (des) solution(s).

## CHOIX DU (DES) DISPOSITIF(S) MATÉRIEL(S) ET LOGICIEL(S) À MOBILISER

**On distingue plusieurs composants génériques :**

- Moteur de workflow et de planification.
- Suivi technique de l'acte, afin de vérifier l'opérationnalité du dispositif puis la traçabilité technique (au regard de la criticité du dispositif technique dans la réalisation de l'acte).
- Dispositifs de visio/web/audioconférence.
- Zone de travail dédiée à l'acte et partagée (espace collaboratif).
- Dispositifs médicaux communicants.
- PACS.
- Messagerie.

**!** Ces composants recouvrent eux-mêmes différentes solutions, qui sont à sélectionner en toute ou partie selon les besoins et l'état d'avancement du projet.

## LE RESPECT DES RÈGLES D'INTEROPÉRABILITÉ

Dans le respect du décret n°2010-1229 du 19 octobre 2010 et conformément au cadre national d'interopérabilité des SISI, les projets de télémédecine mis en œuvre doivent autant que possible respecter les exigences suivantes :

- Utilisation de l'INS comme numéro d'identifiant patient unique commun aux différentes parties (lors du partage / échange de données médicales) ;
- Profils d'intégration IHE-XDS et IHE-XDM pour le partage et l'échange de documents médicaux ;
- Format CDA niveau 1 à minima pour l'ensemble des documents partagés ;
- Format DICOM pour les images fixes et dynamiques hors temps réel et images illustratives.

**!** Les autres normes et standards applicables seront à spécifier au cas par cas, selon les actes et cas d'usages concernés.

## LE RESPECT DES RÈGLES DE SÉCURITÉ

**En termes de sécurité, les projets mis en œuvre doivent garantir :**

- L'authentification des acteurs participants à l'acte de télémédecine.
- L'information du patient et le recueil de son consentement selon les modalités tenant compte de la présence ou non du patient lors de l'acte.
- La confidentialité et l'intégrité des données échangées et le cas échéant hébergées dans le cadre de l'acte de télémédecine (sécurisation du transport, sécurisation de l'hébergement).
- La traçabilité des actions réalisées et des acteurs mobilisés au titre de l'acte.

## INFRASTRUCTURES ET DÉBITS RÉSEAUX

Les porteurs de projets de télémédecine doivent intégrer des modes opératoires adaptés à la qualité de service dont ils ont besoin :

- Garantie de Temps d'Intervention (GTI) et Garantie de Temps de Rétablissement (GTR) ;
- Gestion de la Qualité de Service (QoS) ;
- Sécurisation des liens qui, suivant la nature de l'activité, doivent être doublés :
  - Avec un autre opérateur ;
  - Via un protocole IPSEC et des mécanismes de bascule automatique d'un support vers l'autre.

## Les prérequis en matière de débits réseaux sont les suivants :

- Activités de télémédecine mettant en jeu des images médicales numériques :
  - Transfert d'images : débit conseillé 2 à 4 Mb/s (minimum 2 Mb/s)
  - Téléradiologie : débit conseillé 2 à 4 Mb/s (minimum 1 Mb/s)
- Activités de télémédecine mettant en jeu des dispositifs de "mise en relation visuelle" d'acteurs distants :
  - Webconférence : débit conseillé en fonction des usages (minimum 384 Kb/s)
  - Visioconférence : débit conseillé 512 Kb/s (minimum 256 Kb/s)
- Activités de télémédecine mettant en jeu un suivi du patient à son domicile : débit conseillé en fonction des données à suivre (minimum 128 Kb/s).
- Activités de télémédecine mettant en jeu des applications médicales et entrepôts médicaux partagés de type SaaS : débit conseillé 800 Kb/s (minimum 400 Kb/s).

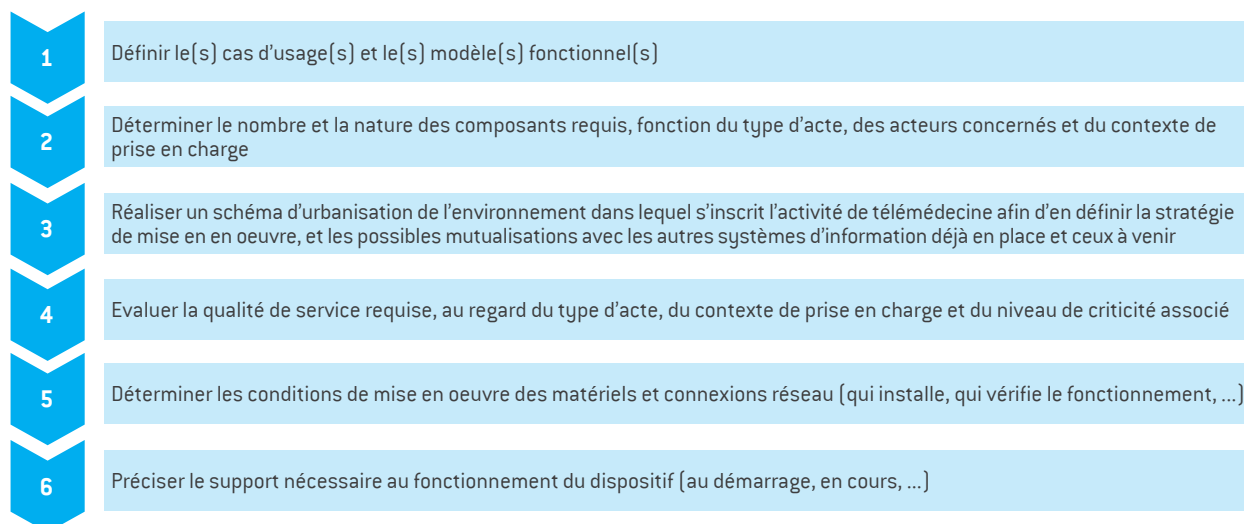
## + RECOMMANDATIONS

5 recommandations clés pour réussir le déploiement du volet "technique" d'un projet de télémédecine :

- Favoriser la mise en œuvre d'une infrastructure globale et cohérente.
- Procéder à une analyse des risques susceptibles d'impacter le déroulement de l'acte.
- Mettre en place un pilotage global du dispositif technique.
- Assurer une formation, un support et un accompagnement adaptés.
- Mettre en place un cadre conventionnel en correspondance avec les contrats de prestation des tiers technologiques.

## + SELON QUELLES ÉTAPES ?

Le choix des solutions applicatives pour la mise en œuvre d'un projet de télémédecine doit tenir compte des étapes suivantes :



### Sources

- [www.sante.gouv.fr/telemedecine,16580.html](http://www.sante.gouv.fr/telemedecine,16580.html)
- [http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Recommandations\\_mise\\_en\\_oeuvre\\_projet\\_telemedecine.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Recommandations_mise_en_oeuvre_projet_telemedecine.pdf)
- <http://esante.gouv.fr/referentiels/rnr/presentation-du-repertoire-national-des-referentiels-rnr>
- [www.datar.gouv.fr/vient-de-paraitre-guide-methodologique-pour-l-expression-des-besoins-en-infrastructures-haut-et-tres](http://www.datar.gouv.fr/vient-de-paraitre-guide-methodologique-pour-l-expression-des-besoins-en-infrastructures-haut-et-tres)

# ANALYSE DÉTAILLÉE PAR DOMAINE

CARDIOLOGIE

CANCÉROLOGIE

DIALYSE

PSYCHIATRIE

PLAIES CHRONIQUES ET/OU COMPLEXES

HOSPITALISATION À DOMICILE

OBÉSITÉ

AVC

GÉRIATRIE

## + CARDIOLOGIE

Cibles/Utilisateurs finaux	Patients atteints d'insuffisance cardiaque chronique, équipe soignante et médecins cardiologues.
Spécialité sanitaire concernée	MCO, SSR
Type d'acte	Télesurveillance médicale, voire Téléconsultation, téléassistance médicale et téléexpertise.
Enjeux	Améliorer la prise en charge des patients atteints d'arythmie ou d'insuffisance cardiaque chronique par un suivi et une détection précoce des décompensations et une amélioration de leur survie globale et de leur qualité de vie.
Principaux apports	<ul style="list-style-type: none"><li>• Améliorer le suivi de la qualité du traitement en interagissant avec le patient.</li><li>• Améliorer la qualité de vie du patient.</li><li>• Contribuer à l'éducation thérapeutique du patient.</li><li>• Réduire le nombre de réhospitalisations (prévenir les décompensations).</li><li>• Réduire le nombre de transports de patients vers le centre de réadaptation, le cas échéant améliorer leur prise en charge en centre.</li><li>• Plus spécifiquement, en cas de télesurveillance via des défibrillateurs cardiaques implantables ou de l'arythmie en SSR, assurer un suivi continu des dispositifs, afin d'intervenir rapidement en cas d'alerte ou d'incident.</li></ul>
Les clés du succès	<ul style="list-style-type: none"><li>• Définir un projet médical répondant à un besoin.</li><li>• Obtenir l'adhésion des professionnels de santé au dispositif.</li><li>• Définir un modèle d'organisation adapté pour gérer les données issues du dispositif et vérifier la pertinence de l'organisation retenue.</li><li>• Informer et former les patients à l'utilisation du dispositif, pouvant être couplé à de l'éducation thérapeutique.</li><li>• Respecter les règles de sécurité, de confidentialité, les normes et réglementations en vigueur (cf. ordonnance du 11 mars 2010 relative aux dispositifs médicaux).</li><li>• Développer un partenariat avec les fournisseurs.</li><li>• Développer des collaborations entre des établissements privés et publics permettant d'envisager un déploiement à grande échelle.</li></ul>

### + POURQUOI ?

L'amélioration de la prise en charge des patients atteints d'insuffisance cardiaque (que ce soit ou non en urgence) constitue l'une des priorités nationales de santé publique en raison d'un nombre croissant de personnes atteintes et des conséquences lourdes en termes de mortalité et de séquelles, mais aussi du nombre insuffisant de médecins cardiologues.

La télémédecine permet d'anticiper les décompensations par suivi précoce à distance et la mise en œuvre d'un traitement adapté dans les délais requis. Cette organisation permet ainsi d'améliorer les chances de survie des patients, qu'ils soient suivis à domicile, ou en établissement (SSR et EHPAD notamment).

### + COMMENT ?

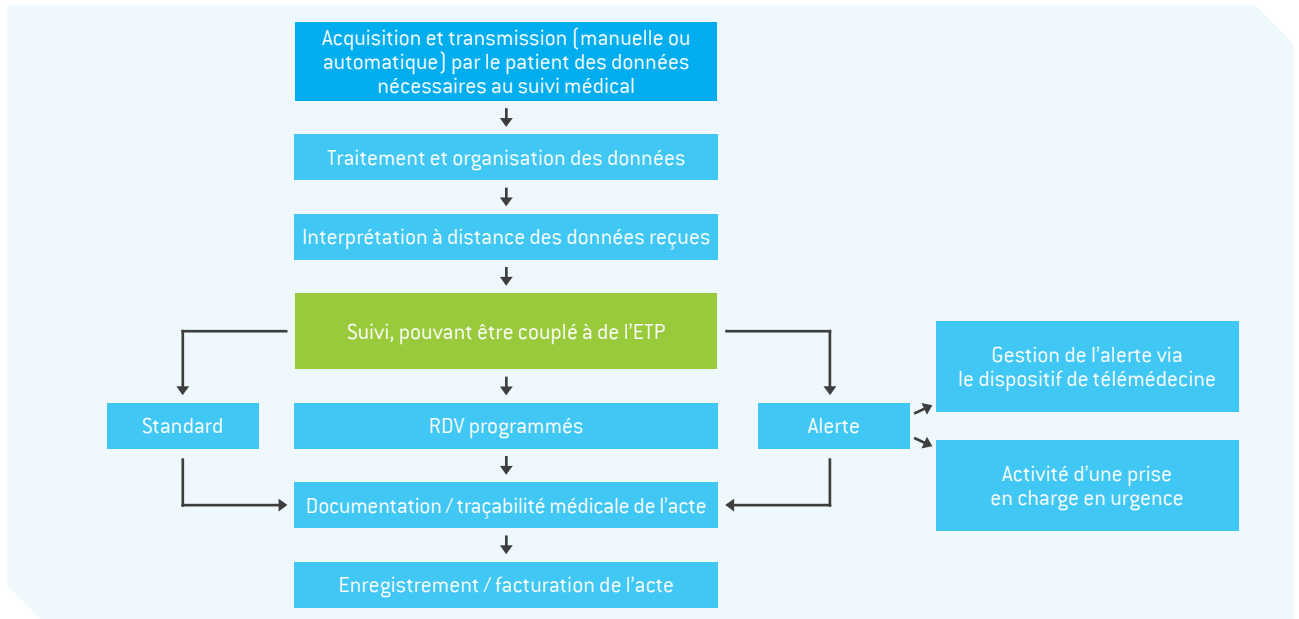
En termes d'infrastructure, la télesurveillance de l'insuffisance cardiaque met en jeu des composants spécifiques :

- Des dispositifs d'acquisition et d'envoi des données cardiologiques :
  - Défibrillateurs cardiaques implantables (DCI).
  - Ou dispositif (non implanté) mis en place au domicile du patient, du type terminal à écran tactile ou accès par interface web (PC, tablette, smartphone,...).
- Le système expert dédié au(x) gestionnaire(s) du suivi (infirmier d'un établissement de santé ou de réadaptation cardiaque en premier niveau), qui assure la réception, le tri, le traitement, la mise en forme et l'affichage des données.



- Le dossier de spécialité “cardiologie” pour le renseignement des comptes rendus par le professionnel médical distant en charge de la télésurveillance (médecin traitant et/ou cardiologue) ou de la télé-expertise (second avis).
- Si la télésurveillance est complétée d’une téléconsultation et/ou d’une téléassistance médicale, un dispositif de visioconférence est également nécessaire.

## ⊕ SELON QUELLES ÉTAPES ?



## ⊕ ZOOM SUR LE PROJET DE LA CLINIQUE DE LA MITTERRIE, DE PRISE EN CHARGE DES PATIENTS ARYTHMIQUES PAR TELEMEDECINE EN REEDUCATION CARDIOVASCULAIRE

- **Contexte et historique :**
  - Rencontre en 2010 avec la société WELCH ALLYN (Directeur commercial France) lors de l'évènement Salons Santé Autonomie (HIT Paris) : Présentation d'un système en cours de développement, qui répondait aux besoins.
  - Développement et présentation du prototype proposé par WELCH ALLYN, validé par les professionnels de santé.
  - Organisation de réunions régulières de co-conception avec WELCH ALLYN pour finaliser le développement de l'outil.
- **Aspects organisationnels :**
  - Possibilité pour les patients de se déplacer avec le dispositif (dispositif de géolocalisation pour faciliter les interventions en cas d'alerte).
  - Volumétrie de 18 patients par jour (20 dispositifs sont disponibles, dont 2 toujours en stock en cas de panne).
- **Aspects techniques :** les besoins étaient connus à l'avance car la télé-métrie était déjà en place au sein de l'établissement.
- **Financements mobilisables :** obtention d'une subvention du FEDER de 50 % en 2012.
- **Aspects juridiques :** il n'a pas été envisagé de signer de contrat de télémédecine, mais l'ARS Nord-Pas-de-Calais soutient le projet (sécurisation de la prise en charge des patients).
- **Eléments d'efficience :**
  - **Mutualisation des moyens et des ressources.**
  - **Amélioration et optimisation de la prise en charge au sein de l'établissement par :**
    - Des alertes couplées à une géolocalisation des patients pour une intervention facilitée.
    - Une satisfaction des professionnels de santé à l'utilisation.

## ⊕ ZOOM SUR LE PROJET DE TELECARDIOLOGIE DE LA CLINIQUE PASTEUR DE TOULOUSE

- **Contexte et historique :**
  - 80 % des patients opérés pour être implantés d'un défibrillateur sont équipés d'un télétransmetteur à des fins de télésurveillance médicale.
- **Aspects organisationnels et techniques :**
  - Un travail d'uniformisation du type d'alarme a été effectué avec les 4/5 principaux fournisseurs, afin que les alarmes puissent être gérées sur un écran unique, puis intégrées au dossier patient informatisé de l'établissement où le médecin retrouvera l'intégralité des données et du contexte patient (pour améliorer l'efficacité du système, éviter les pertes de temps et avoir une vision globale).
  - Principe : le dispositif est vérifié tous les jours par une IDE (nouvelle demande, prise en compte des demandes précédentes par le médecin). En cas d'alarme de type « rouge », l'IDE se connecte au site du fournisseur, réintègre les éléments au dossier patient, et alerte le médecin pour interprétation (télésurveillance médicale).
- **Communication :** La clinique Pasteur vient de recevoir le Trophée de l'innovation FHP 2015 pour ce projet.
- **Éléments d'efficacité :**
  - **Amélioration des processus de soins et de l'organisation de la pratique médicale.**
  - **Vraie logique économique (partenariat avec les entreprises, obligation de résultats).**
  - **Véritable enjeu marketing.**

## + CANCÉROLOGIE

Cibles/Utilisateurs finaux	Patients atteints d'un cancer, équipe soignante et médecins oncologues.
Spécialité sanitaire concernée	MCO, HAD
Type d'acte	Télesurveillance médicale, Télé-expertise et Téléconsultation.
Enjeux	Améliorer la prise en charge des patients atteints de cancer par une détection précoce des rechutes et une amélioration de leur survie et de leur qualité de vie.
Principaux apports	<ul style="list-style-type: none"><li>• Augmenter le taux de survie des patients.</li><li>• Améliorer la qualité de vie et avoir un impact en termes de satisfaction des patients impliqués dans ce mode d'organisation.</li><li>• Améliorer la qualité de prise en charge par le recours à un suivi et/ou à des avis spécialisés et/ou à des soins.</li><li>• Avoir un impact sur les recours aux soins (consommations de soins, transports).</li></ul>
Les clés du succès	<ul style="list-style-type: none"><li>• Disposer d'un système expert basé sur un modèle mathématique breveté, de dynamique tumorale par étude de symptômes (et non de l'imagerie).</li><li>• Disposer d'une connectivité au domicile des patients.</li><li>• Adopter une stratégie de développement basée sur un essai clinique en 3 phases, similaire aux conditions minimum de mise sur le marché des produits anti-cancéreux.</li><li>• Développer des partenariats industriels permettant d'obtenir les fonds nécessaires au développement et à l'évaluation du dispositif avant sa commercialisation.</li></ul>

### + POURQUOI ?

Le cancer est une maladie chronique grave, qui nécessite une prise en charge particulière dans le but d'améliorer la survie des patients et d'éviter les rechutes, que le protocole de suivi "classique" par l'imagerie médicale ne permet pas vraiment d'atteindre.

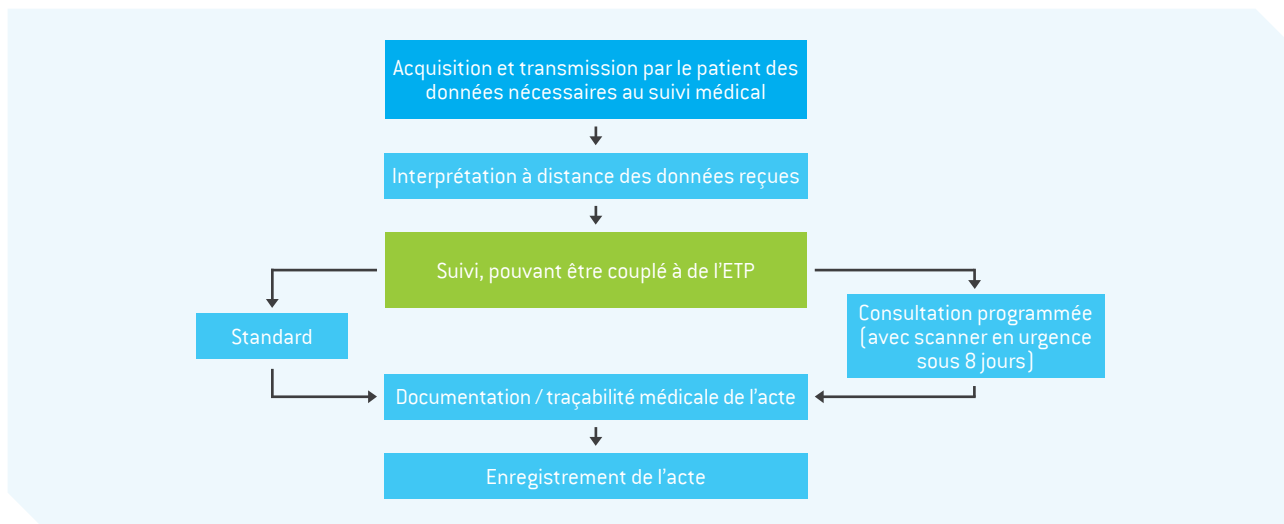
Le suivi par la télémédecine médicale en cancérologie s'inscrit directement dans cette perspective : elle a pour objectif principal d'augmenter le taux de survie. Les objectifs secondaires sont notamment l'amélioration de la qualité de vie et la diminution du coût global du suivi des patients (consommations de soins, transports, etc.).

### + COMMENT ?

Il s'agit d'une étude en temps réel de la dynamique des symptômes cliniques, basée sur le processus de prise en charge suivant :

- Une auto-évaluation par le patient, qui repose sur :
  - Le remplissage hebdomadaire d'un questionnaire en ligne par le patient dont les résultats sont envoyés à l'oncologue.
  - Le suivi de la variation du poids renseigné par le patient, en tant que symptôme biologique significatif.
- Selon les symptômes, l'envoi de notifications/alertes (délai de 48h pour que l'oncologue y réponde avec contact du patient par email et/ou téléphone).
- Selon la situation, une consultation est alors fixée rapidement (avec scanner en urgence réalisé sous 8 jours, contre 1 à 2 mois habituellement).
- Dans certains centres, l'éducation thérapeutique (ETP) est couplée au dispositif.
- Le médecin traitant peut être informé et intégré au suivi.

## + SELON QUELLES ÉTAPES ?



## + ZOOM SUR LE PROJET SENTINEL DE LA CLINIQUE VICTOR HUGO DU MANS

- **Contexte et historique du projet :**
  - Phase 1 (2012) : Travaux au CNRS sur un modèle mathématique de dynamique tumorale et création du dispositif.
  - Phase 2 (2013) : Phase pilote de test du dispositif terminée en novembre 2013 (Résultat : augmentation de la survie de 25% par rapport à la détection « classique » par imagerie (scanner)).
  - Phase 3 (2014) : Essai/étude clinique randomisé multicentrique initié jusqu'à fin juin 2016.
- **Aspects organisationnels :**
  - En phase 2 : 49 patients (Etude monocentrique non randomisée au Mans).
  - En phase 3 : 220 patients répartis sur 8 centres : 110 patients sont suivis par le dispositif, 110 sont suivis dans le groupe témoin (scanner de suivi à 3 mois).
  - Critères d'inclusion dans l'étude : tout patient atteint d'un cancer du poumon à haut risque de rechute (chirurgie, traitement, radiothérapie) et disposant d'un accès internet (chez lui ou facilement accessible). Le patient peut être en cours de traitement, même au stade 4.
  - Critères de non inclusion : troubles mentaux ou présence de trop nombreux symptômes (score au test préalable trop élevé).
- **Financements mobilisables :**
  - Développements réalisés sur les fonds propres d'HYPERION, Etude réalisée par l'intermédiaire de SEPHIRA (éditeur de logiciel sponsor de l'étude et futur exploitant de la solution).
  - De nombreuses sollicitations effectuées au début du projet auprès des acteurs institutionnels, mais aucun soutien obtenu.
- **Aspects juridiques :**
  - Signature d'un Contrat de télé-médecine avec l'ARS Pays de la Loire.
  - Déclaration CNIL effectuée dans le cadre de la phase 3 portée par l'Institut de Cancérologie de l'Ouest en tant que promoteur, et essai clinique validé par l'ANSM (Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé), le CPP (Comité de Protection des Personnes) du CHU d'Angers et le CCTIRS (Comité Consultatif sur le Traitement de l'Information en matière de Recherche dans le domaine de la Santé).
- **Eléments d'efficience :**
  - **Développement d'une activité de soins, maillage du parcours de soins.**
  - **Qualité de la pratique améliorée au sein de l'établissement par :**
    - Une prise en charge innovante.
    - Une augmentation du taux de survie.
    - Une rationalisation de la consommation de médicaments, des transports sanitaires et des examens d'imagerie.

## + DIALYSE

Cibles/Utilisateurs finaux	Patients dialysés et équipe soignante (unité satellite), médecins néphrologues (centre principal).
Spécialité sanitaire concernée	MCO
Type d'acte	Téléconsultation, Téléassistance et Télésurveillance médicale principalement, Télé-expertise.
Enjeux	Effectuer une prise en charge de proximité en UDM des patients dialysés, précédemment traités en centre de dialyse loin de leur commune de résidence.
Principaux apports	<ul style="list-style-type: none"><li>• Développer une offre de proximité et répondre aux besoins des professionnels de santé et des patients.</li><li>• Optimiser les ressources médicales en néphrologie.</li><li>• Optimiser les coûts de transport.</li><li>• Améliorer la qualité et le suivi du traitement.</li></ul>
Les clés du succès	<ul style="list-style-type: none"><li>• Les actes de téléconsultation/téléassistance ou de télésurveillance doivent être décrits dans un protocole.</li><li>• Le patient doit être informé des modalités d'organisation des soins.</li><li>• Assurer la continuité et la sécurité des soins lors d'une séance.</li><li>• Respecter les recommandations (minimum requis) concernant les facteurs techniques à mettre en œuvre.</li><li>• Le développement des techniques "hors centre" sont des pistes d'économies potentielles, de transports notamment.</li></ul>

### + POURQUOI ?

Devant un nombre de médecins néphrologues insuffisant pour assurer une présence physique auprès de chaque patient dialysé, et devant un nombre croissant de patients en besoin de dialyse et souhaitant limiter les temps de transport, un meilleur aménagement du territoire de santé faisant appel à la télémédecine est nécessaire afin d'assurer une égalité de la prise en charge sur tout le territoire et une diminution de la part importante liée aux transports dans le coût global de traitement de l'insuffisance rénale chronique (IRCT) par la pratique de l'épuration extrarénale.

Ces dernières années, des expérimentations et projets pilotes de télémédecine dans la prise en charge des patients dialysés ont été mis en place. Ils permettent la surveillance médicale des séances de dialyse réalisées à distance, de réaliser des téléconsultations médicales pendant la séance de dialyse et d'organiser la prise en charge des patients dans des conditions optimales. L'objectif est d'assurer une qualité de soin en UDM équivalente à celle en centre de dialyse, sans contraintes de déplacements pour les patients comme pour les médecins.

L'activité de télémédecine en UDM a fait l'objet d'un décret (10 février 2012) modifiant les conditions techniques de fonctionnement des établissements de santé qui exercent l'activité de traitement de l'insuffisance rénale chronique par la pratique de l'épuration extrarénale. Il a pour but de favoriser le développement des UDM utilisant des solutions de télémédecine en permettant qu'elles ne soient plus accolées à un centre de dialyse et en ôtant l'obligation d'une présence physique d'un néphrologue en UDM, sous certaines conditions.

### + COMMENT ?

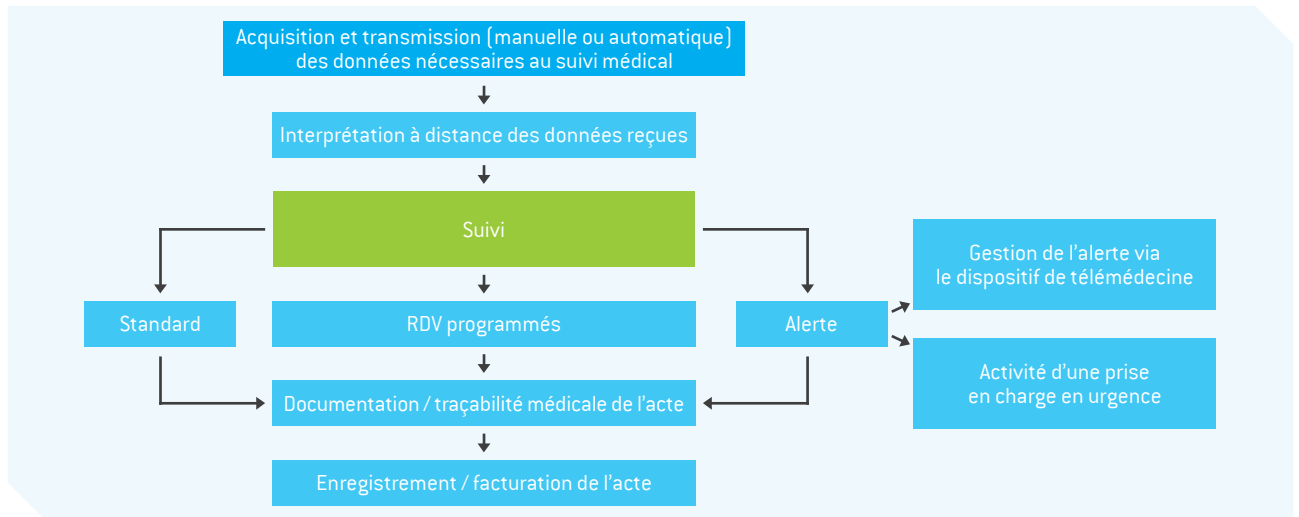
La télé-dialyse intègre les deux briques suivantes, utilisées simultanément sur deux écrans distincts :

- La visioconférence pour la téléconsultation et la téléassistance médicale.
- Les applications support nécessaires à la réalisation d'actes médicaux à distance : le dossier patient informatisé permettant
  - La télé-prescription
  - L'analyse des données de dialyse notamment la visualisation et le stockage en temps réel des paramètres des générateurs de dialyse pour la télésurveillance médicale.

L'HAS a également produit des recommandations en janvier 2010 sur les conditions de mise en œuvre de la télémédecine en UDM que nous vous invitons à consulter : [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_913583/fr/les-conditions-de-mise-en-oeuvre-de-la-telemedecine-en-unite-de-dialyse-medicalisee](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_913583/fr/les-conditions-de-mise-en-oeuvre-de-la-telemedecine-en-unite-de-dialyse-medicalisee)

## + SELON QUELLES ÉTAPES ?

Cas de la télésurveillance médicale (qui peut être complétée d'une téléconsultation, le cas échéant d'une téléassistance médicale)



## + ZOOM SUR LE PROJET DU CTMR SAINT AUGUSTIN POUR SON UDM INSTALLEE AU SEIN DU CENTRE MEDICO-CHIRURGICAL (CMC) WALLERSTEIN D'ARES, REGION AQUITAINE

- **Contexte et historique :**
  - Le développement de l'activité sur le Centre avec un profil de patient de plus en plus lourd, la multiplication des sites d'intervention et de consultation nous a conduits à mettre en cause la présence permanente d'un médecin à l'UDM d'Arès et à solliciter la mise en place de la télé dialyse.
  - Le projet de la mise en place de la Télémédecine a été évoqué dès 2013 dès l'ouverture de l'unité.
- **Les aspects organisationnels :**
  - L'équipe médicale est composée de cinq médecins néphrologues qui ont un exercice libéral exclusif dans l'établissement.
- **Les aspects techniques :**
  - Une architecture basée sur :
    - L'infrastructure "maillée" mise en place à l'échelle du groupe.
    - La plateforme régionale de télémédecine.
  - Des ressources informatiques partagées entre le centre et l'UDM : dossier patient informatisé partagé avec une connexion aux générateurs de dialyse, permettant d'en recueillir les paramètres.
- **Les financements mobilisables :**
  - Le médecin rémunéré comme s'il était sur place, l'IDE à distance est salariée.
  - L'investissement et le fonctionnement sont à la charge de l'établissement, compensés par l'augmentation possible du nombre de créneaux supplémentaires (séances) d'une part, et par les déplacements évités d'autre part.
- **Les aspects juridiques :**
  - Consentement du patient à l'admission en UDM avec remise d'un document d'information et de consentement.
- **Éléments d'efficience :**
  - **Traitement en UDM moins coûteux, augmentation possible du nombre de séances (actes).**
  - **Optimisation du temps médical.**
  - **Prise en charge innovante (projet pilote à l'échelle du groupe, avant une possible extension).**
  - **Limitation des coûts logistiques (transferts évités).**
  - **Qualité de vie améliorée et satisfaction des patients.**

## ➤ ZOOM SUR LE PROJET DE LA CLINIQUE NEPHROLOGIQUE SAINT EXUPERY DE TOULOUSE

### • Contexte et historique :

- En 2013, avec l'aide de l'ARS et du GCS Télé-Santé Midi-Pyrénées, un premier site distant (UAD assistée) a été équipé d'une solution de télé-dialyse dans le cadre d'une expérimentation. En 2014, une nouvelle contractualisation a été réalisée et un second site (UDM) a été déployé afin de réaliser de la télé-dialyse avec ces 2 centres.
- La télé-dialyse à la clinique St Exupéry comprend un ensemble de services complémentaires très spécialisés : télésurveillance des traitements d'eau, des générateurs de dialyse et télé-suivi des séances de dialyse en temps réel, téléassistance du personnel médical, téléconsultation pendant les séances de dialyse (1 séance par semaine minimum contractuellement), télé-expertise avec des médecins spécialistes pour le suivi des abords vasculaires et des plaies notamment.

### • Les aspects techniques :

- Un réseau sécurisé haut débit (2M dédié) avec les centres distants.
- Un chariot mobile équipé d'une caméra IP pilotable à distance et équipée d'un zoom puissant et d'un logiciel spécifique de télé-médecine (Covotem).
- Une solution de secours en mode dégradé en cas d'incident technique.

### • Les aspects organisationnels :

- Une contractualisation avec l'ARS.
- L'équipe médicale est composée de 7 médecins néphrologues sur la clinique qui réalisent les actes de télé-médecine selon un planning spécifique.

### • Les aspects financiers :

- La clinique a obtenu une aide financière pour mettre en place la solution de télé-médecine durant la phase expérimentale.
- Aucun acte de télé-médecine (ni même les actes de téléconsultations obligatoires : 1 par semaine) ne sont facturables.

### • Eléments d'efficacité :

- **Optimisation du temps néphrologues.**
- **Continuité de prise en charge et envisager des solutions de télé-expertise.**
- **Apport de fonctions support hors du centre lourd (diététiciens, assistante sociale, ETP, etc.).**

## + PSYCHIATRIE

Cibles/Utilisateurs finaux	Patients atteints de troubles psychiatriques et équipe soignante, médecins psychiatres.
Spécialité sanitaire concernée	MCO, SSR, PSY
Type d'acte	Téléconsultation, Téléexpertise et Téléassistance médicale.
Enjeux	Proposer une prise en charge ou des avis spécialisés dans le cadre du suivi ou en cas de complication dans la prise en charge de patients souffrant de troubles psychiatriques, aussi la nuit et les week-ends en situation d'urgence non vitale [notamment en EHPAD, cf. fiche Gériatrie].
Principaux apports	<ul style="list-style-type: none"><li>• Optimiser les ressources médicales en psychiatrie.</li><li>• Optimiser les coûts de transport.</li><li>• Améliorer la qualité et le suivi du traitement.</li><li>• Assurer une permanence des soins la nuit et les week-ends.</li></ul>
Les clés du succès	<ul style="list-style-type: none"><li>• La dimension territoriale et partenariale du projet.</li><li>• Respecter les besoins réseaux spécifiques à la visioconférence et proposer des dispositifs avec une qualité de son et d'image optimale.</li><li>• Définir un modèle d'organisation des soins adapté, transposable à d'autres domaines d'activité médicale [exemple : dermatologie].</li><li>• Obtenir l'adhésion des professionnels de santé au dispositif.</li><li>• Adapter la démarche d'information aux patients, avec implication de la famille et/ou tuteurs et/ou aidants.</li></ul>

### + POURQUOI ?

Le nombre insuffisant de médecins psychiatres impliquant des délais d'obtention de rendez-vous parfois longs, ainsi que le besoin de réponse en situation d'urgence non vitale la nuit et le week-end, cumulés aux difficultés rencontrées pour déplacer le patient, rendent nécessaires le recours à une prise en charge ou à des avis spécialisés par télémédecine. Elle permet ainsi de rendre plus adaptés et efficaces les parcours de soins des patients, par des échanges plus fréquents.

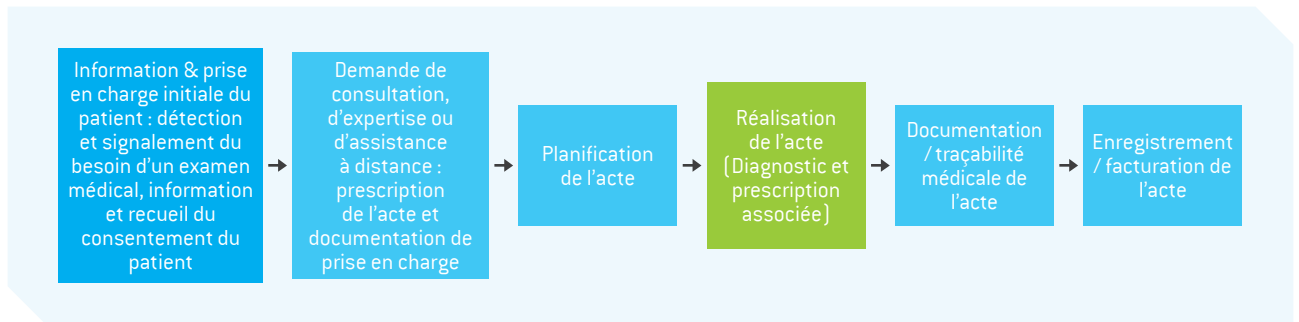
### + COMMENT ?

La télémédecine en psychiatrie requiert la mise en place :

- D'un dispositif de visioconférence, équipant chaque professionnel ou établissement de santé adhérent au projet et le ou les établissements hospitaliers pivots, avec une qualité de son et d'image optimale (besoins réseau spécifiques à la visioconférence à respecter)
- D'une solution d'organisation de la programmation informatisée des rendez-vous
- D'un dispositif de messagerie pour l'échange de données entre établissements et centres de référence
- Le cas échéant, un outil de télémédecine déployé entre l'ensemble des sites participants peut réunir les fonctions de visio, de partage temporaire des données utiles et de transmission de documents (messagerie applicative).



## + SELON QUELLES ÉTAPES ?



## + ZOOM SUR LE PROJET E-VLINE DU GROUPE ORPEA DANS 17 EHPAD EN ILE-DE-FRANCE

- **Contexte et historique :**
  - Projet retenu en 2011 dans le cadre de l'Appel à Projet (AAP) Télémedecine de l'ARS Ile-de-France, pour un déploiement sur 17 EHPAD sélectionnés (dont 15 du Groupe ORPEA, et 2 du Groupe AREPA).
- **Aspects organisationnels :**
  - Volonté de limiter l'usage de la télémedecine à 15 motifs définis au préalable (hors détresse vitale), pour éviter tout débordement d'appels non motivés. Activité : 20 actes par mois actuellement.
  - Mise en place d'une hotline 24/24, 7/7.
- **Aspects techniques :**
  - Définition d'un cahier des charges technico-fonctionnel basé sur les besoins exprimés en interne et les exigences de qualité du Groupe (identito-vigilance, qualité du dispositif, qualité des appareils connectés).
  - Extension facile à d'autres acteurs (y compris hors Groupe) : interopérabilité via le DLU.
  - Nécessité de déployer le WI-FI (1 Mbps) au sein de chacun des établissements concernés.
- **Financements mobilisables :**
  - Mutualisation des coûts par une centralisation de la gestion informatique et de la maintenance.
- **Aspects juridiques :**
  - Pour les résidents déjà présents dans l'EHPAD avant la mise en œuvre du projet : organisation de réunions d'informations avec les résidents et leurs familles selon une approche ludique (jeux de rôle, cartes, etc.) en amont de la signature d'une fiche de consentement.
  - Pour les nouveaux résidents : recueil du consentement à l'entrée (intégré au contrat d'établissement). Recueil du consentement du médecin traitant (proposition de participation aux actes de télémedecine).
  - Traçabilité totale des actes : enregistrement de tout conseil médical et prescription dans le dossier médical.
- **Éléments d'efficience :**
  - **Mutualisation des moyens et des ressources.**
  - **Réputation (image de l'établissement) par une communication interne et vers l'extérieur.**
  - **Simplification de l'organisation mise en place et sécurisation des pratiques.**
  - **Economies brutes en transports sanitaires.**

## + ZOOM SUR LE PROJET DU GROUPE LE NOBLE AGE DANS UN SSR GERIATRIQUE ET NEUROLOGIQUE EN PICARDIE ET DANS PLUSIEURS EHPAD EN PAYS DE LA LOIRE

- Cf. fiche Gériatrie.

## ⊕ PLAIES CHRONIQUES ET/OU COMPLEXES

Cibles/Utilisateurs finaux	Patients souffrant de plaies chroniques et/ou complexes (à retard de cicatrisation) et équipe requérante (infirmier et/ou médecin, à domicile ou en établissement), Médecins spécialistes requis ou IDE requise agissant en application d'un protocole de coopération pris sur le fondement de l'article 51 de la loi HPST du 21 juillet 2009.
Spécialité sanitaire concernée	MCO, HAD, SSR
Type d'acte	Téléconsultation et Téléexpertise, Téléassistance médicale.
Enjeux	Recourir à des avis spécialisés pour améliorer la qualité des soins dans le cadre du suivi des patients affectés de plaies à cicatrisation difficile.
Principaux apports	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Faciliter l'accès à l'offre de soins en permettant de satisfaire une demande en soins dans des délais raisonnables.</li> <li>• Se substituer aux déplacements du patient et pallier d'éventuels renoncements aux soins (aspects géographiques, économiques, sociaux).</li> <li>• Améliorer l'organisation des soins : répondre à des difficultés d'organisation de la prise en charge, optimiser l'utilisation du temps médical et procurer des réponses formalisées aux demandeurs.</li> <li>• Améliorer la qualité de la prise en charge et avoir un impact en termes de satisfaction des patients impliqués dans ce mode d'organisation.</li> <li>• Avoir un impact sur les recours aux soins.</li> </ul>
Les clés du succès	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Disposer d'une formation et de compétences expertes reconnues en plaies et cicatrisation au sein d'un établissement, d'un réseau d'aide,...</li> <li>• Obtenir le soutien des institutions (nationales, régionales).</li> <li>• Définir précisément le besoin de télé médecine au sein d'un projet médical.</li> <li>• Appréhender la dimension territoriale et pluridisciplinaire du projet.</li> <li>• Estimer la volumétrie annuelle des actes de télé médecine susceptibles d'être réalisés dans le cadre du projet, répartie par type de plaie et par type d'acte.</li> <li>• Respecter les normes et réglementations nationales en vigueur en matière de systèmes d'information en santé.</li> <li>• Respecter les conditions du cahier des charges des expérimentations (Article 36 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014).</li> </ul>

### ⊕ POURQUOI ?

L'absence de signe de cicatrisation et le caractère complexe des plaies sont le plus souvent multifactoriels. La prise en charge par télé médecine des plaies chroniques et/ou complexes, qui peuvent être d'origines diverses (vasculaire, diabétique, traumatique, tumorale, de pression...), apparaît justifiée dans le cadre de leur suivi ou en cas de complication ou de sévérité de la plaie telle qu'elle requiert un recours à des soins ou à des avis spécialisés. Lorsqu'une exploration de la plaie s'avère nécessaire, il est recommandé de réaliser une téléconsultation permettant un guidage audiovisuel synchrone de cette exploration.

La télé médecine constitue un vecteur d'amélioration de l'accès aux soins, en particulier dans les zones fragiles, car elle permet une prise en charge au plus près du domicile des patients. Elle contribue à rompre l'isolement dont sont parfois victimes les professionnels de santé et constitue un facteur d'efficacité de l'organisation.

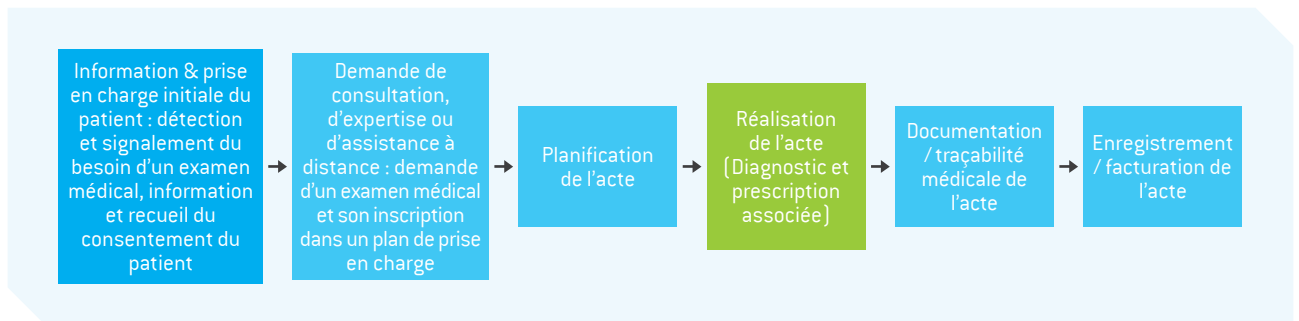
## + COMMENT ?

Le déroulement d'une prise en charge est le suivant :

1. Le requérant appelle la coordination du réseau (ou équivalent) pour intervention.
2. La coordination crée le dossier plaie pour le patient sur la plateforme de télémedecine ou équivalent.
3. Le patient signe un consentement.
4. La coordination planifie, avec le requérant, l'acte de télémedecine.
5. La tablette tactile est livrée au requérant, qui est formé à son utilisation. Un dispositif de type smartphone est possible s'il permet l'accès au dossier, l'authentification du professionnel de santé et l'identification du patient.
6. L'acte peut être réalisé entre le requérant au chevet de son patient et le binôme IDE référent / médecin consultant du centre expert.

## + SELON QUELLES ÉTAPES ?

**Cas de la téléconsultation (applicable à la téléexpertise et à la téléassistance médicale)**



## + ZOOM SUR LE PROJET DOMOPLAIES IMPLIQUANT LES CLINIQUES STER

- **Contexte et historique :**
  - La mise en place de la télémedecine s'inscrivait dans une logique de poursuite de la collaboration avec le réseau CICAT-LR instaurée depuis une quinzaine d'années.
- **Aspects organisationnels :**
  - Dans le cadre de DOMOPLAIES, les Cliniques STER sont requérantes dans le traitement des plaies. A terme, en raison de leurs formations et de leurs compétences particulières, les professionnels médicaux des Cliniques STER pourraient proposer leur expertise à distance.
  - Un protocole de coopération entre professionnels de santé "Evaluation et suivi de plaies complexes et /ou à retard de cicatrisation par un IDE expert en plaies et cicatrisation dans le cadre d'un réseau pouvant fonctionner en télémedecine" a été autorisé en région Languedoc-Roussillon [avis de la HAS du 19/02/2014]. Il est accessible via <https://coopps.ars.sante.fr/coopps/init/index.jsp>.
- **Financements mobilisables :**
  - Un investissement initial d'environ 1 200 € pour une tablette acquise par les Cliniques STER selon le catalogue de services proposé par DOMOPLAIES. Le reste a été pris en charge dans le cadre du projet, financé par l'ASIP-Santé, l'ARS LR, le FEDER, la SFFPC et Coloplast en Languedoc-Roussillon.
  - Les ressources humaines "requérantes" mobilisées dans le cadre du projet sont salariées. Les actes réalisés par les experts sollicités du réseau CICAT-LR sont pris en charge par l'ARS LR (FIR).

- **Aspects juridiques :**
  - Respect des conditions de mise en œuvre des actes de télémédecine (cahier des charges défini dans le cadre du projet DOMOPLAIES).
  - Respect de l'organisation proposée, par la signature d'un Contrat de télémédecine entre l'ARS LR et CICAT-LR (en tant que coordonnateur de l'activité de télémédecine DOMOPLAIES), et la signature de conventions de télémédecine entre CICAT-LR et ses partenaires (dont les Cliniques STER).
  - Déclaration faite à l'assurance (comme stipulé dans la Convention de télémédecine).
- **Éléments d'efficience :**
  - **Optimisation de la prise en charge.**
  - **Transfert et montée en compétences des équipes de soins.**
  - **Développement d'une activité de soins, dans une logique territoriale et partenariale.**

## ➕ ZOOM SUR LE PROJET PLAIES DE LA CLINIQUE PASTEUR DE TOULOUSE

- **Contexte et historique :**
  - Constat d'un retour fréquent des patients alors que non nécessaire, d'où la réflexion sur un dispositif permettant de donner un avis à distance, mais aussi d'effectuer un transfert de compétences à l'IDE, et ainsi à terme d'éviter toute perte de chances pour les autres patients non pris en charge.
- **Aspects techniques :**
  - Utilisation du logiciel WebEx (logiciel de webconférence sécurisé) en lien avec les EHPAD de la région (Coût de 200 € de frais de communication par mois).
  - Développement d'un système spécifique de transmission d'images sécurisées via Ipod : L'infirmière prend une photo de la plaie une fois par semaine et cette photo est automatiquement intégrée dans le dossier patient informatisé. Le médecin l'analyse et émet un avis dans le dossier soin du patient.
  - Développement en cours d'un logiciel de spécialité "Plaie" avec la société Clinigrd qui permet à l'infirmière d'associer la photo directement au dossier du patient, et d'assurer un suivi.
- **Éléments d'efficience :**
  - **Cf. fiche Cardiologie.**

## + HOSPITALISATION À DOMICILE

Cibles/Utilisateurs finaux	Patients admis en HAD et équipe de soins, médecins hospitaliers et/ou libéraux (dont médecin traitant).
Spécialité sanitaire concernée	MCO, HAD
Type d'acte	Télesurveillance médicale, voire Téléassistance médicale, Téléexpertise et Téléconsultation.
Enjeux	Améliorer la prise en charge à domicile des patients admis en HAD par la coordination des différents intervenants par le partage des données du dossier patient, et le recours à un suivi, des soins et/ou des avis spécialisés.
Principaux apports	<ul style="list-style-type: none"><li>• Améliorer les processus de soins et l'organisation de la pratique médicale.</li><li>• Améliorer la qualité et le suivi du traitement et avoir un impact en termes de satisfaction des patients impliqués dans ce mode d'organisation.</li><li>• Soutenir la permanence et la continuité des soins.</li><li>• Avoir un impact sur les recours aux soins (consommations de soins, transports).</li></ul>
Les clés du succès	<ul style="list-style-type: none"><li>• Maîtriser la connectivité du domicile avec les acteurs distants.</li><li>• Disposer d'un dossier patient informatisé partagé, accessible depuis le domicile du patient à l'ensemble des intervenants en fonction de leurs droits d'accès, permettant de disposer d'une vision globale sur le parcours de coordination.</li><li>• Proposer une réponse médicale et paramédicale en réponse à des besoins réels, et réfléchir à des dispositifs qui y apportent des réponses.</li><li>• Adopter une stratégie de développement itérative, avec ajout progressif de fonctionnalités en fonction des besoins exprimés.</li></ul>

### + POURQUOI ?

Il s'agit dans un premier temps de disposer d'un dossier patient informatisé intégrant les spécificités de l'HAD, accessible à l'équipe de soins et utilisé pour améliorer le partage des données médicales, sociales et environnementales du patient entre chacun des professionnels mobilisés (ceux intervenant au domicile du patient et ceux coordonnant la prise en charge depuis les locaux de l'HAD).

Il s'agit ensuite de recourir à des soins et/ou des avis spécialisés et/ou une interprétation des données nécessaires, au suivi médical du patient ou en cas de complication ou de sévérité de la pathologie. Les activités les plus fréquemment traitées en HAD sont la cancérologie, les pansements (plaies chroniques et/ou complexes), les soins de périnatalité et les soins palliatifs.

### + COMMENT ?

L'admission en HAD relève d'une prescription médicale. Le consentement du patient et/ou sa famille est obligatoire. Le projet thérapeutique est validé par le médecin traitant, le médecin coordonnateur et l'équipe soignante HAD. L'application de télémédecine en HAD porte principalement sur des actes de :

- Télésurveillance médicale dans le cas des maladies chroniques, le suivi des grossesses à risques ou encore l'assistance respiratoire. Le monitoring du patient à son domicile peut être réalisé directement par l'équipe de prise en charge ou par un tiers alertant l'équipe de prise en charge en fonction d'évènements significatifs prédéfinis
- Télésurveillance médicale pour améliorer les tournées, permettant au professionnel de santé de collecter des informations et de suivre l'évaluation du plan de traitement, et d'arriver ensuite au domicile du patient avec des informations actualisées, éventuellement du matériel adapté,...
- Recours à la Téléassistance médicale, la Télé-expertise ou la Téléconsultation pour la réalisation à distance de pansements complexes, par exemple.

---

## ⊕ SELON QUELLES ÉTAPES ?

Les étapes de prise en charge sont similaires à celles développées dans les autres fiches pour les domaines comprenant des actes de télésurveillance médicale (par exemple plaies chroniques et/ou complexes) voire de Téléassistance médicale, Télé-expertise ou Téléconsultation.

## ⊕ ZOOM SUR LE PROJET HAD DE LA CLINIQUE PASTEUR DE TOULOUSE

- **Aspects organisationnels :**
  - Principe : récupérer la prescription du médecin traitant à l'issue de l'acte de télémédecine avec intégration dans le dossier soin du patient, et proposition d'un plan de soins en conséquence (par la coordination de l'HAD), reçu directement par les IDE libéraux qui l'appliquent.
  - Communication possible entre la famille/les aidants du patient HAD et la clinique via ce dispositif (stylo communicant), avec possible consultation à distance au besoin.
- **Aspects techniques :**
  - Développement d'un boîtier (remplacé par une tablette depuis) qui permet la numérisation des données (solution proposée par MHC0MM) nécessaires à la réalisation de tout acte de télémédecine.
- **Éléments d'efficience :**
  - **Cf. fiche Cardiologie.**

## + OBÉSITÉ

Cibles/Utilisateurs finaux	Patients souffrant d'obésité sévère et/ou ayant recours à la chirurgie bariatrique, et professionnels de santé responsables de la prise en charge (Centre spécialisé en obésité, réseau de soins, SSR labellisé obésité,...).
Spécialité sanitaire concernée	MCO, SSR
Type d'acte	Téléconsultation, télésurveillance médicale et télé expertise.
Enjeux	<ul style="list-style-type: none"><li>• Coordonner l'ensemble des acteurs de santé (constat d'un manque de coordination des acteurs).</li><li>• Améliorer le suivi (constat de consultations multiples et disparates des patients, y-compris de chirurgie).</li><li>• Rendre plus efficient le parcours (constat de patients nomades, parfois déséparés par rapport à leur pathologie, ne disposant pas d'outils adaptés).</li><li>• Expérimenter sur un territoire avant une possible généralisation.</li></ul>
Principaux apports	<ul style="list-style-type: none"><li>• Améliorer la prise en charge des patients souffrant d'obésité sévère et éviter les transports des patients (parfois difficiles voire impossibles).</li><li>• Assurer un meilleur suivi pré-opératoire des patients grâce à la téléconsultation.</li><li>• Proposer un meilleur suivi post-opératoire des patients grâce à la télésurveillance médicale.</li><li>• Améliorer la collaboration entre professionnels de santé grâce à la téléexpertise.</li></ul>
Les clés du succès	<ul style="list-style-type: none"><li>• Le projet de télémédecine doit répondre à un besoin identifié.</li><li>• Obtenir l'adhésion des professionnels de santé.</li><li>• Faire accepter le dispositif au patient.</li><li>• S'appuyer sur un modèle financier construit et adapté.</li><li>• Obtenir l'autorisation préalable des tutelles en cohérence avec les plans stratégiques nationaux (Plans "Nutrition santé" et "Obésité") et régions (Programme régional de télémédecine de l'ARS).</li></ul>

### + POURQUOI ?

La prise en charge des patients souffrant d'obésité sévère demande une coordination importante entre les différents intervenants, que ce soit sous forme de consultation ou de demande d'avis d'expertise/de réunions de concertation pluridisciplinaires de recours à distance (par exemple entre un CSO et un SSR labellisé). Il y a également un besoin de consulter à distance, notamment en préopératoire pour ne pas avoir à déplacer le patient, et en post-opératoire pour interpréter à distance les données (programme nutritionnel, poids) nécessaires au suivi médical du patient afin de l'améliorer.

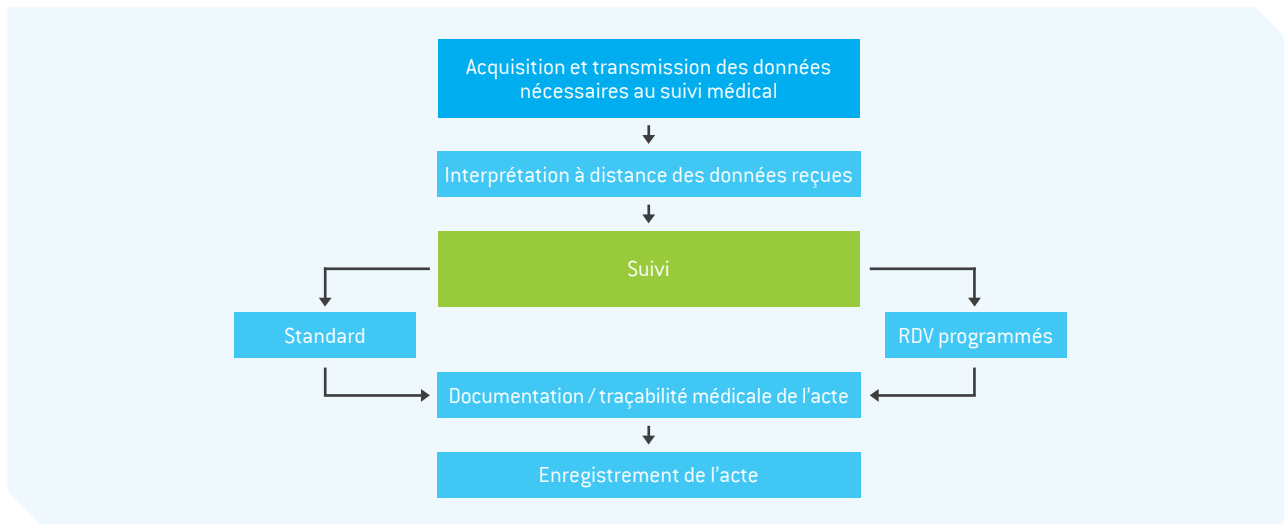
### + COMMENT ?

La mise en place d'outils à disposition des acteurs :

- Un dossier de coordination, qui permet à chaque intervenant de renseigner et transmettre des informations
- Un outil de télésurveillance médicale des patients à domicile, pour le suivi du programme nutritionnel (renseignement par le patient de son poids) et le suivi post-opératoire ou ambulatoire des patients
- Un outil de téléconsultation et de télé-expertise avec un système d'agenda dans lequel chaque professionnel indique ses disponibilités. Plusieurs cas de figure sont envisageables :
  - Une demande de chirurgie par un patient admis dans un SSR labellisé obésité pour vérifier si sa demande est justifiée et s'il est apte psychologiquement à supporter la chirurgie.
  - Une demande à l'arrivée d'un patient atteint d'obésité sévère qu'il est impossible d'opérer. Dans ce cas, une demande d'admission en SSR est faite par téléconsultation
  - Une demande d'avis d'expertise de recours d'un médecin du SSR à un médecin du CSO
  - Une demande d'avis d'expertise de recours d'un médecin du SSR ou d'un médecin du CSO par le réseau de coordination de ville ou un CMS.

## + SELON QUELLES ÉTAPES ?

### Cas de la télésurveillance médicale



## + ZOOM SUR LE PROJET TÉO DU GROUPE VIVALTO SANTÉ

Dans le cadre du projet TéO du groupe VIVALTO Santé :

- **Contexte et histoire du projet :**
  - Le réseau Romdes a conclu des partenariats avec chacun des CSO.
  - Opportunité de l'appel à projets télémédecine 2012 de l'ARS Ile-de-France (subvention ayant permis la prise en charge des dépenses d'investissement à hauteur de 80 %).
  - Historique de déploiement réussi du plan Hôpital 2012 au CHPE.
- **Aspects organisationnels :**
  - La définition des besoins (et usages associés) a pris près d'un an, l'objectif étant de regrouper l'ensemble des acteurs (établissements de soins, réseau de coordination et professionnels de ville) pour que chacun définisse précisément ses attentes dans sa pratique (Centre spécialisé obésité MCO, SSR labellisé obésité, Réseau de coordination ville, Centre municipal de santé).
- **Aspects techniques :**
  - Choix d'une plateforme de télémédecine full web intégrant un dossier de coordination, accessible au patient et à chaque professionnel de santé. Le suivi est assuré via des SMS envoyés au patient.
  - Un système de télémédecine et un dossier de coordination avec une visualisation personnalisée pour chaque acteur.
- **Financements mobilisables :**
  - Une subvention FIR de l'ARS à hauteur de 80 % des dépenses d'investissement.
  - Une subvention FIR de l'ARS, pour les actes réalisés par les libéraux.
  - Un financement de l'activité des autres professionnels de santé par mobilisation de la nomenclature existante (valorisation dans le cadre du GHS correspondant au séjour patient) à l'occasion de la prise en charge.
  - 20% du financement du projet à la charge des porteurs de projet : CHPE et réseau ROMDES.
- **Éléments d'efficience :**
  - **Développement d'une activité de soins, maillage du parcours de soins (logique territoriale).**
  - **Retour sur investissement (mutualisation des moyens et des ressources), transferts évités.**
  - **Optimisation de la prise en charge.**
  - **Faisabilité / Réputation : communication externe.**
  - **Satisfaction des professionnels de santé (accès optimisé aux données) et des patients (qualité de vie).**



<b>Cibles/Utilisateurs finaux</b>	Médecins neurologues et urgentistes, équipes paramédicales.
<b>Spécialité sanitaire concernée</b>	MCO, SSR
<b>Type d'acte</b>	Téléexpertise, Téléconsultation, Régulation médicale voire Téléassistance et Télésurveillance médicale.
<b>Enjeux</b>	Permettre un dépistage et un diagnostic précoces, une prise en charge spécialisée la plus rapide possible et la mise en œuvre des thérapies adéquates des patients atteints d'AVC ou d'autres pathologies neurologiques dans le cadre de la permanence des soins.
<b>Principaux apports</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Améliorer la communication entre professionnels de santé distants et donc la fiabilité des diagnostics et assurer des décisions thérapeutiques ou des prises en charge adaptées avec un bénéfice immédiat pour le patient.</li> <li>• Adapter l'organisation existante par la mise en place d'un outil complémentaire pour un diagnostic de l'AVC (et son traitement) optimisé, dans un délai le plus court possible.</li> </ul>
<b>Les clés du succès</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le plan d'action national AVC 2010-2014.</li> <li>• S'inscrire dans la stratégie régionale AVC.</li> <li>• Définir le projet médical et ordonnancer le déploiement de la télémédecine.</li> <li>• Définir un modèle d'organisation adapté, mettre en œuvre l'organisation retenue et en vérifier la pertinence.</li> <li>• Evaluer la performance de la filière.</li> </ul>

**+ POURQUOI ?**

L'amélioration de la prise en charge des urgences en neurologie (AVC notamment, mais aussi traumatismes crâniens et autres pathologies neurologiques, hors tentatives de suicide et problèmes cérébraux graves) constitue l'une des priorités nationales de santé publique en raison d'un nombre croissant de personnes atteintes et des conséquences lourdes en termes de mortalité et de séquelles.

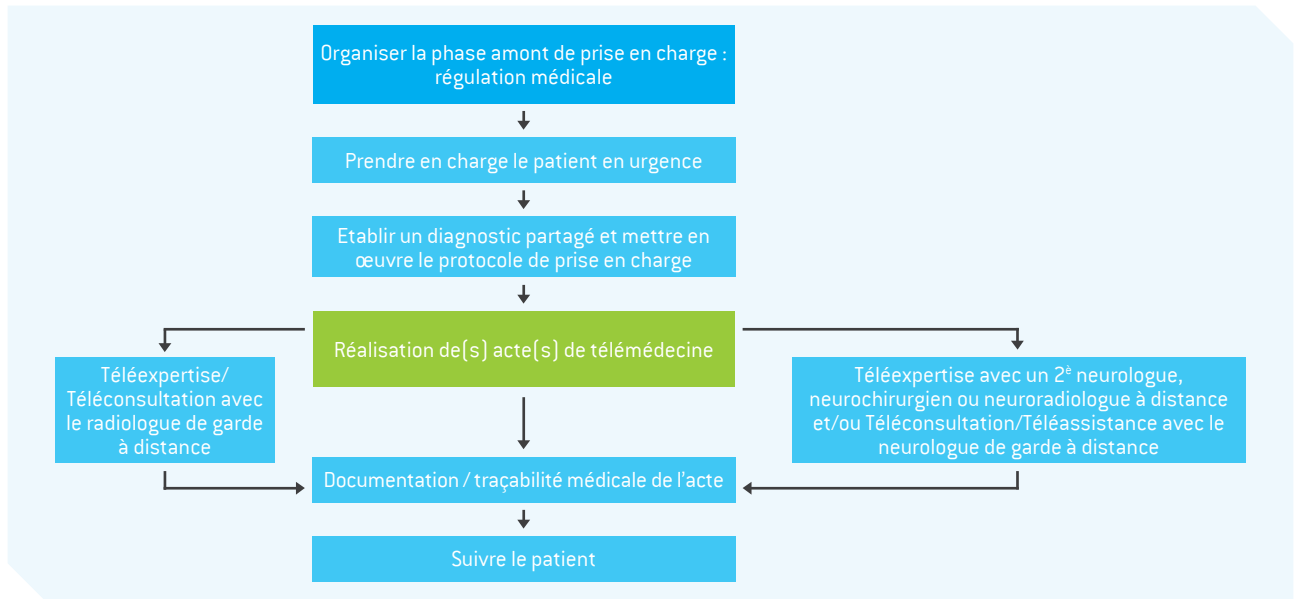
La télémédecine permet un diagnostic précoce par une expertise neurologique à distance et la mise en œuvre d'un traitement adapté dans les délais requis. Cette organisation permet ainsi d'améliorer les chances de survie des patients.

**+ COMMENT ?**

En termes d'infrastructure, les actes de "Télé-AVC" nécessitent entre les Services d'Accueil des Urgences (SAU) requérants et l'Unité Neuro-Vasculaire (UNV) requise :

- Un accès aux données d'imagerie.
- Des consoles de visualisation et de reconstruction compatibles avec l'ensemble des systèmes d'acquisition, alimentées par les résultats d'imagerie issus de l'infrastructure en place (PACS régional, réseau d'images...).
- Des dispositifs de visioconférence embarqués ou non dans un outil de télémédecine, avec partage temporaire des données médicales utiles à la réalisation de l'acte (dossier patient, résultats d'imagerie).
- Une solution d'organisation de la programmation informatisée des actes et la communication des données de contexte nécessaires à la prise en charge diagnostique et/ou thérapeutique.
- Quand un patient arrive au service des urgences et qu'un pré-diagnostic d'AVC ou de traumatisme crânien (hors tentative de suicide et problèmes cérébraux graves) est établi, l'urgentiste contacte le centre de référence en neurologie et transmet au neurologue de garde les données médicales du patient et ses images cérébrales par le biais du dispositif de télémédecine. Le neurologue prescrit donc la conduite à tenir (en présence ou non du patient).

## + SELON QUELLES ÉTAPES ?



## + ZOOM SUR LE PROJET ORTIF TELENEURO A L'HOPITAL PRIVE D'ANTONY EN ILE-DE-FRANCE

- **Contexte et historique :**
  - ORTIF TELE NEURO est soutenu par l'ARS Ile-de-France et porté par le GCS D-SISIF qui pilote la maîtrise d'ouvrage opérationnelle.
  - Organisation précédente assez similaire mais basée sur le téléphone et/ou le fax ; la couche informatique a permis d'organiser et de structurer les échanges.
  - Dans d'autres établissements, ORTIF TELENEURO prend en charge les patients épileptiques (adultes et enfants).
- **Aspects organisationnels :**
  - 200 à 350 patients / an concernés par l'AVC et le traumatisme crânien hors télémédecine sur l'Hôpital d'Antony ; environ 10 % peuvent être pris en charge par télémédecine.
- **Financements mobilisables :**
  - Actuellement, ne sont pas pris en charge l'acte de télé-expertise, ni l'injection intraveineuse nécessaire en cas d'AVC diagnostiqué (fibrinolytique).
  - Est remboursé l'acte de télé-expertise pour les médecins spécialistes de l'épilepsie.
  - Possibilité par la suite, grâce à la traçabilité de l'outil, de mettre en place le remboursement des actes ; cela permettrait de pérenniser et de développer le projet.
- **Aspects juridiques :**
  - Conventionnement "classique" entre l'Hôpital d'Antony et les autres établissements partenaires : convention de partenariat incluant l'outil de télémédecine.
  - Il n'y a pas de changement d'assurance RCP puisque le système est plus sécurisé et vient s'appuyer sur des pratiques qui ne changent pas, la télémédecine n'est qu'un outil.
- **Eléments d'efficience :**
  - **Transferts évités.**
  - **Optimisation et amélioration de la prise en charge.**
  - **Qualité de la pratique (prise en charge innovante et complémentaire).**
  - **Transfert et montée en compétences du personnel.**
  - **Réduction des délais.**

## + GÉRIATRIE

<b>Cibles/Utilisateurs finaux</b>	Personnes âgées à domicile ou en EHPAD et équipe de soins, médecins hospitaliers et/ou libéraux (dont médecin traitant).
<b>Spécialité sanitaire concernée</b>	MCO, HAD, SSR, PSY
<b>Type d'acte</b>	Téléconsultation, télé-expertise et téléassistance médicale voire télésurveillance médicale.
<b>Enjeux</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Améliorer l'accessibilité et le parcours de soins des patients âgés, peu mobiles et/ou poly-pathologiques.</li> <li>• Recourir à des soins ou des avis spécialisés dans le cadre du suivi ou en cas de complication dans la prise en charge des résidents d'EHPAD.</li> </ul>
<b>Principaux apports</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Améliorer l'accessibilité aux soins (territoires isolés, patients peu mobiles, patients âgés poly-pathologiques ...) et éviter ou limiter les déplacements inutiles pour les pathologies les plus sensibles (soins d'escarres, dénutrition / malnutrition, médecine vasculaire, troubles du comportement,...).</li> <li>• Structurer l'offre régionale de santé pour améliorer le parcours de soins (proximité, recours aux spécialistes, ...).</li> <li>• Diminuer les hospitalisations et favoriser l'admission directe en médecine gériatrique sans passage aux urgences.</li> <li>• Optimiser le temps d'expertise des professionnels de santé.</li> <li>• Décloisonner le secteur sanitaire et médico-social (EHPAD) et permettre un accès facilité aux suites de soins après un épisode d'hospitalisation, avec pour objectif un retour plus rapide dans son lieu de vie pour le patient.</li> <li>• Sécuriser des professionnels de santé isolés.</li> <li>• Répondre aux besoins de santé des acteurs.</li> </ul>
<b>Les clés du succès</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prendre le temps de faire une "bonne" analyse du besoin et de définir un projet médical "adapté", selon un modèle reproductible.</li> <li>• Une communication facilitée entre les professionnels de santé requérants et requis concernés, notamment de par la connaissance et/ou les habitudes de travail éventuelles des équipes avant la télémédecine.</li> <li>• Accéder à d'autres compétences médicales et permettre une montée en compétences rapide des équipes.</li> <li>• Les économies réalisées permettant d'envisager une reproductibilité de ce type de projet à d'autres EHPAD, à d'autres régions.</li> <li>• Pouvoir bénéficier d'une expertise technique présente (ex : DSI).</li> <li>• L'importance de l'ergonomie et de la facilité de l'utilisation du dispositif, en maximisant autant que possible les liens d'interopérabilité.</li> </ul>

## + POURQUOI ?

Les personnes âgées sont particulièrement confrontées à des hospitalisations régulières et impactées par les déplacements entre leurs lieux de vie et les établissements de santé de référence. Les démarches d'hospitalisation de personnes souvent très âgées, fragilisées et dépendantes, induisent généralement une dégradation de leur condition qui se traduit par des chutes, des pertes de poids, des troubles du comportement, etc.

Le développement des usages de la télémédecine en gériatrie (en EHPAD notamment) doit permettre de réduire les facteurs d'aggravation de la dépendance et de la fragilité.

## + COMMENT ?

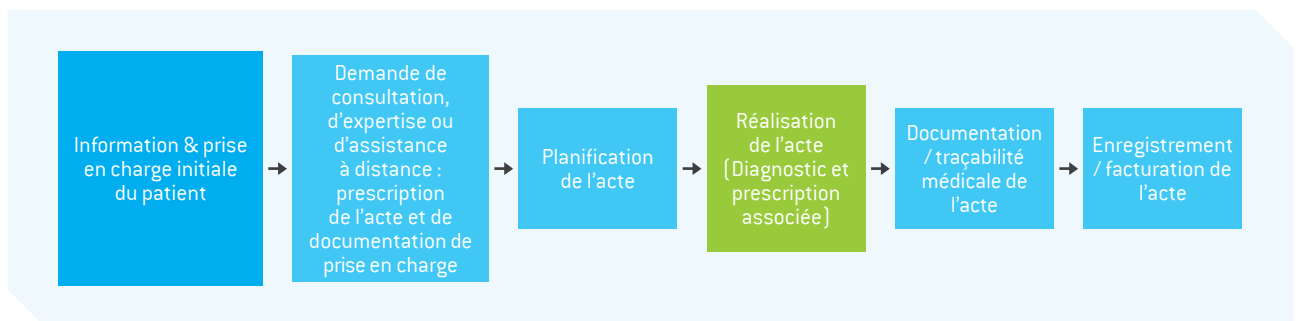
Le déroulement d'une prise en charge est le suivant (ici pour la Téléconsultation) :

- Le médecin traitant (premier recours) prescrit une consultation d'un médecin spécialiste (second recours) à un patient (résident en EHPAD par exemple).
- Le patient a une conscience claire, peut donner son consentement et ne présente pas de troubles auditifs majeurs ; le recueil du consentement peut être préalable ou concomitant et doit se faire au moment opportun.
- L'acte de téléconsultation est réalisé avec un ou plusieurs professionnels de santé (requérants éventuellement présents auprès du patient), qui assistent le médecin spécialiste sollicité, dans le cadre d'un rendez-vous programmé.
- Des données médicales (radiographies, ECG, examens biologiques) peuvent être partagées. L'avis est donné par le médecin spécialiste.
- Le dossier du patient et la fiche d'observation sont renseignés (compte-rendu, actes et prescriptions, etc.).
- La demande de consultation, le partage de données médicales éventuelles et la conduite à tenir se font en asynchrone. La téléconsultation est en synchrone.

La télémédecine en EHPAD requiert la mise en place de l'infrastructure suivante :

- Une solution d'organisation de la programmation informatisée des rendez-vous.
- Un dispositif de visioconférence équipant chaque EHPAD requérant et chaque établissement de santé requis.
- Un dispositif de messagerie pour l'échange des données.
- Le cas échéant, une plateforme de télémédecine (pouvant être régionale) regroupant ces différentes fonctions.

## + SELON QUELLES ÉTAPES ?



## + ZOOM SUR LES PROJETS DU GROUPE LE NOBLE AGE (EN AQUITAINE, PICARDIE, PAYS DE LA LOIRE, BASSE-NORMANDIE, ETC.)

- **Contexte et historique du projet :**
  - Des usages insuffisants en suivi post-chirurgie orthopédique et viscéral : le projet médical n'était pas adapté et la montée en compétences des équipes sur le domaine a été très importante ; ce qui a diminué le besoin de recours à la télémédecine.
  - Généralisation du dispositif à de nouvelles spécialités (psychiatrie, troubles du comportement, etc.) : seul l'usage change, l'organisation et les outils sont restés les mêmes car ils étaient bien adaptés et les équipes étaient déjà formées. Le workflow et le protocole ont été modifiés à la marge.
  - En Picardie : ouverture aux téléconsultations en psychiatrie (avec le CH de Beauvais), troubles du comportement et rééducation/réadaptation post-AVC (Noble Age, centre expert sur ce domaine).
  - En Pays de la Loire : inclusion du CHS Mazurelle pour des consultations en géronto-psychiatrie, afin de répondre aux besoins inhérents à l'augmentation des troubles psychiatriques et la diminution du nombre de psychiatres sur le territoire.

- **Aspects organisationnels :**
  - La téléassistance médicale permet une montée en compétences rapide (plus que la télé-expertise notamment).
  - Formation à la télémédecine de l'ensemble des responsables assurance qualité (pour l'évaluation) et des maîtresses de maison (aides-soignants/aide médico-psychologique responsable d'une unité de vie sous la tutelle de l'IDE Coordinatrice).
- **Aspects techniques :**
  - Sur la plupart des projets, la définition des besoins techniques se fait en lien avec le contexte et les acteurs régionaux (ARS, GCS, établissements de santé du territoire,...).
  - Importance du lien entre le système d'information du requérant et celui de l'expert requis, ainsi que les outils régionaux voire nationaux (Plateforme régionale, Hébergement de données de santé,...).
- **Aspects juridiques :**
  - Conventonnement entre le GCS e-santé régional, les requérants et les centres experts.
  - Dans tous les projets, il faut indiquer à l'assureur que des actes de télémédecine sont réalisés.
- **Financements mobilisables :**
  - La part d'autofinancement est largement compensée par les économies, sans compter la satisfaction importante des patients notamment sur la gestion de la douleur et la montée en compétences des équipes grâce à la télémédecine.
- **Eléments d'efficience :**
  - **Economies en temps de soin sur les plaies graves/chroniques/complexes.**
  - **Economie brute en pansement (coût divisé par 3 du fait de la diminution de la durée du soin).**
  - **Diminution du coût de location de matelas spécialisé.**
  - **Transfert et montée en compétences des équipes.**
  - **Maillage du parcours de soins.**
  - **Réputation, qualité de la pratique et attractivité.**

## ⊕ ZOOM SUR LE PROJET E-VLINE DU GROUPE ORPEA DANS 17 EHPAD EN ILE-DE-FRANCE

- Cf. fiche Psychiatrie.

# GLOSSAIRE

## + GLOSSAIRE

AMI	Acte médico-infirmier
AMO(A)	Assistance à maîtrise d'ouvrage
ANSM	Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé
ARS	Agence régionale de santé
ASIP-Santé	Agence des systèmes d'information partagés de santé
ATA	American telemedicine association
AVC	Accident vasculaire cérébral
C	Consultation au cabinet (selon les tarifs conventionnels des médecins généralistes en France métropolitaine)
CS	Consultation au cabinet par le médecin spécialiste qualifié en médecine générale (selon les tarifs conventionnels des médecins généralistes en France métropolitaine)
CCTIRS	Comité Consultatif sur le Traitement de l'Information en matière de Recherche dans le domaine de la Santé
CDA	Clinical Document Architecture
CE	Conformité européenne
CH / CHU / CHRU	Centre hospitalier - universitaire - régional universitaire
CHPE	Centre hospitalier privé de l'Europe
CHS	Centre hospitalier spécialisé
CI-SIS	Cadre d'interopérabilité des systèmes d'information de santé
CME	Commission médicale d'établissement
CNAMTS	Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés
CNIL	Commission nationale informatique et libertés
CNRS	Centre national de recherche scientifique
CPP	Comité de protection des personnes
CPS	Carte de professionnel de santé
CSO	Centre spécialisé en obésité
CSP	Code de la santé publique
CTMR	Centre de traitement des maladies rénales
DAF	Dotation annuelle de financement
DATAR	Délégation interministérielle à l'aménagement du territoire et à l'attractivité régionale
DCI	Défibrillateurs cardiaques implantables
DGOS	Direction générale de l'offre de soins
DLU	Dossier de liaison d'urgence
DICOM	Digital imaging and communication in medicine
DMI	Dispositif médical implantable
DMP	Dossier médical personnel
DSI	Direction des systèmes d'information
ECG	Électrocardiogramme
EHPAD	Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
ENMR	Expérimentations des nouveaux modes de rémunération
ETP	Éducation thérapeutique du patient

FAI	Fournisseur d'accès internet
FEDER	Fonds européens de développement régional
FMESPP	Fonds de la modernisation des établissements de santé publics et privés
FHP	Fédération de l'hospitalisation privée
FIR	Fonds d'intervention régional
GCS	Groupement de coopération sanitaire
GHS	Groupe homogène de séjour
GTI	Garantie de temps d'intervention
GTR	Garantie de temps de rétablissement
HAD	Hospitalisation à domicile
HDS	Hébergeur de données de santé
HIT	Health Information Technologies
HPST	Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires
IDE	Infirmier diplômé d'Etat
IHE-XDS	Integrating the Healthcare Enterprise- Cross-Enterprise Document Sharing
IHE-XDM	Integrating the Healthcare Enterprise -Document Media Interchange
INS	Identifiant national de santé
IPSEC	Internet Protocol Security
IRCT	Insuffisance rénale chronique terminale
LR	Languedoc-Roussillon
MCO	Médecine chirurgie obstétrique
MIGAC	Missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation
MOA	Maîtrise d'ouvrage
MOE	Maîtrise d'œuvre
MS-Santé	Messagerie sécurisée de santé
OGDPC	Organisme gestionnaire du développement professionnel continu
PGSSI-S	Politique générale de sécurité des systèmes d'information en santé
Plaie chronique	Plaie dont le délai de cicatrisation est allongé. Une plaie est considérée comme chronique après 4 à 6 semaines d'évolution selon son étiologie. Les causes de plaie chronique incluent notamment les ulcères de jambe, les escarres, les plaies du diabétique et les moignons d'amputation
Plaie complexe	Une plaie est reconnue comme étant complexe dès lors qu'elle est évaluée comme telle par le professionnel de santé requérant qui en assure la prise en charge
PTZ	Pan Tilt Zoom, unités utilisées pour la mise au point des caméras de surveillance et de visioconférence sur un objet. Pan est la rotation de la caméra autour de l'axe Z, Tilt est l'inclinaison de la caméra sur l'axe X, et Zoom est le mouvement de la lentille motorisée le long de l'axe Y.
QoS	Gestion de la Qualité de Service
RASS	Répertoire des acteurs santé social
RCP	Responsabilité civile professionnelle
Requérant	Professionnel de santé qui sollicite l'intervention d'un ou plusieurs professionnels médicaux en raison de leurs formations ou de leurs compétences particulières, sur la base des informations médicales liées à la prise en charge d'un patient



<b>Requis</b>	Médecin qui répond à la sollicitation d'un professionnel de santé requérant, doit avoir connaissance des éléments du dossier médical qu'il juge nécessaires pour donner son avis de spécialiste. Il doit respecter les règles d'exercice de la profession prévues au code de la santé publique, agissant conformément à sa spécialisation (médicale ou chirurgicale) et/ou à sa qualification et justifiant d'une expérience clinique avérée. Le cas échéant, un ou une IDE agissant en application d'un protocole de coopération pris sur le fondement de l'article 51 de la loi HPST du 21 juillet 2009 et dûment autorisé par le directeur général de l'agence régionale de santé (DGARS) de la région au sein de laquelle il ou elle exerce.
<b>PACS</b>	Picture Archiving and Communication System ou Système d'archivage et de transmission d'images
<b>PSY</b>	Psychiatrie
<b>SaaS</b>	Software as a service
<b>SAU</b>	Service d'accueil des urgences
<b>SFFPC</b>	Société française et francophone des plaies et cicatrisations
<b>SI</b>	Système d'information
<b>SSR</b>	Soins de suite et de réadaptation
<b>UDM</b>	Unité de dialyse médicalisée
<b>UNV</b>	Unité neuro-vasculaire
<b>V</b>	Visite à domicile (selon les Tarifs conventionnels des médecins généralistes en France métropolitaine)
<b>Workflow</b>	Représentation d'une suite de tâches ou opérations effectuées par un professionnel de santé, un groupe de professionnels de santé, un organisme, etc.

# BIBLIOGRAPHIE

## ⊕ DOCUMENTS GÉNÉRAUX

### ● TEXTES DE LOIS

#### Journal officiel

“Arrêté portant cahier des charges des expérimentations relatives à la prise en charge par télémedecine des plaies chroniques et/ou complexes mises en œuvre sur le fondement de l'article 36 de la loi n° 2013-1203 de financement de la sécurité sociale pour 2014” 17 avril 2015, 38 p.

#### Journal officiel

“Décret n°2012-202 modifiant les conditions techniques de fonctionnement des établissements de santé qui exercent l'activité de traitement de l'insuffisance rénale chronique par la pratique de l'épuration extrarénale”, 10 février 2012, 2 p.

#### Journal officiel

“ Décret n°2010-1229 relatif à la télémedecine”, 19 octobre 2010, 3 p.

#### Journal officiel

“ Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires” [1] – art. 78

#### Journal officiel

“ Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'Assurance maladie” [1] – art. 32 et 33 (abrogés par “ Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009” - art. 78)

#### Journal officiel

“ Loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés

### ● DOCUMENTS INSTITUTIONNELS

#### ANAP

“ La télémedecine en action : prise en charge de l'AVC – Support d'aide au déploiement régional”, mai 2014, 78 p.

Groupe de travail mixte “ GT33 CSIS-CSF” (DGOS, DSSIS, DGE, DGRI, ASIP Santé, ANAP, HAS, CNAMTS, ANSM, SNITEM, Syntec Numérique) - Conseil Stratégique des Industries de Santé (CSIS) / Comité Stratégique de Filière Santé (CSF)

“ Fiches pédagogiques d'aide à la qualification d'un projet de télémedecine”, 1er avril 2015, 28 p.

“ Rapport d'activité – Contrat de la filière Industries et Technologies de Santé”, 27 mars 2015, 30 p.

#### DGOS

“ Le recensement national des activités de télémedecine en France”, 2013, 25 p.

#### DATAR

“ Guide d'accompagnement pour l'expression des besoins en infrastructures à haut et très haut débit pour le déploiement des projets de télémedecine”, juillet 2013, 154 p.

#### HAS

“ Etat des lieux et Cadre d'évaluation médico-économique”, juillet 2013, 154 p.

#### HAS / ARS / ASIP-Santé

“ Grille de pilotage et de sécurité d'un projet de télémedecine”, juin 2013, 100 p.

#### ANAP

“ La télémedecine en action : 25 projets passés à la loupe”, mai 2012, Tome 1 : les grands enseignements 78 p., Tome 2 : monographies 253 p.

#### DGOS

“ Télémedecine et responsabilités juridiques engagées”, 18 mai 2012, 12 p.

#### DGOS

“ Recommandations pour le déploiement technique d'un projet de télémedecine», mars 2012, 93 p.

#### DGOS

“ Guide méthodologique pour l'élaboration des contrats et des conventions en télémedecine”, mars 2012, 24 p.

## DGOS

“ Guide méthodologique pour l’élaboration des programmes régionaux de télémédecine”, décembre 2011, 116 p.

## CNIL

“ Guide pratique professionnels de santé”, 2011, 76 p.

## HAS

“ Élaboration d’un protocole de coopération – Article 51 de la loi HPST”, septembre 2010, 56 p.

## HAS

“ Les conditions de mise en œuvre de la télémédecine en unité de dialyse médicalisée”, janvier 2010, 177 p.

## Commission parlementaire télésanté

“ La Télésanté : un nouvel atout au service de notre bien-être”, 15 octobre 2009, 247 p., par P. LASBORDES

### ● DOCUMENTS D'ORDRES, DE SOCIÉTÉS SAVANTES ET DE PROFESSIONNELS DE SANTÉ

#### CNOM

“ Livre blanc : de la e-santé à la santé connectée”, janvier 2015, 36 p.

#### CATEL

“ Préconisation e-Santé 2014 – Livre blanc”, mars 2014, 72p.

#### Mission du Dr Michel LEGMANN

“ Définition d’un nouveau modèle de la médecine libérale”, avril 2010, 46 p., par M. LEGMANN

#### CNOM

“ Télémédecine : les préconisations du CNOM”, janvier 2009, 22 p.

### ● POINT DE VUE DES INDUSTRIELS

#### INTEROP'SANTE

“ Guide d’interopérabilité intra-hospitalier”, 2015, 86 p.

#### Conseil National de l'Industrie

“ Contrat de Filière Industries et Technologies de Santé”, juillet 2013, 30 p.

#### SNITEM / SYNTEC Numérique

“ Télémédecine 2020 : Modèles économiques pour la télésuivi des maladies chroniques”, Juin 2012, 62 p.

#### SNITEM / INTEROP'SANTE

“ Interopérabilité des Dispositifs Médicaux Communicants”, Juin 2012, 20 p.

#### XERFI

“ E-santé. Le Système de santé à l’heure du numérique : télémédecine, télésanté et systèmes d’information”, juillet 2011, 300 p.

#### OPIIEC

“ Étude sur les TIC au service des nouvelles organisations de soins”, mai 2011, 4 p.

#### SYNTEC Numérique

“ L’hôpital numérique à l’heure de l’ouverture : des SIH vers un Système d’information et de communication de santé”, mai 2011, 37 p.

#### SYNTEC Numérique

“ Télémédecine 2020 : faire de la France un leader du secteur en plus forte croissance de la e-santé”, avril 2011, 19 p.

# REMERCIEMENTS

## + ONT RÉALISÉ CE GUIDE :

- **Emmanuel Daydou, Directeur de la Prospective économique, médicale et juridique, FHP**  
[emmanuel.daydou@fhp.fr](mailto:emmanuel.daydou@fhp.fr) | Tél : 01 53 83 56 62
- **David Castillo, Responsable des études économiques et des SI, FHP**  
[david.castillo@fhp.fr](mailto:david.castillo@fhp.fr) | Tél : 01 53 83 56 61

Avec la participation de la FHP- MCO, de la FHP-SSR et de l'Uncpsy.  
Réalisation graphique : Direction de la Communication FHP.

## + ONT COLLABORÉ AU GUIDE :

Nos remerciements aux adhérents de la FHP ayant accepté de contribuer :

- **Marie-Pascale Chague, Directrice de l'innovation et chargée de mission du Groupe Vivalto Santé**
- **Sylvie Coiffard, Directrice Organisation et Systèmes d'Information du Groupe Médipôle Partenaires**
- **Jean-Achille Cozic, Gériatre et conseiller aux affaires médicales du Groupe Le Noble Age**
- **Véronique Delmas, Responsable du Département d'Informatique Médicale des Cliniques de Rééducation et de Réadaptation Fonctionnelle du Docteur Jean Ster**
- **Yves Delporte, Directeur de la Clinique de la Mitterie (Lomme)**
- **Fabrice Denis, Oncologue et investigateur du projet de la Clinique Victor Hugo (Le Mans)**
- **Didier Gedin, Responsable du Département d'Information Médicale, Ramsay - Générale de santé**
- **Olivier Geoffroy, Directeur technique et logistique de la Clinique Pasteur (Toulouse)**
- **Daniel Kharat, Directeur des projets médicaux du Groupe Orpea**
- **Vincent Lacombe, Directeur général de la Clinique néphrologique Saint Exupéry (Toulouse)**

## LES ÉQUIPES DU CATEL :



CATEL est le référent national de la eSanté en France. Depuis 1997, sa mission est de contribuer au développement de la télésanté, de la télémédecine, de la eSanté dans tous ses champs d'applications.

CATEL a développé une méthode d'accompagnement pluridisciplinaire et multidimensionnelle, permettant de mener de nombreux projets à leur réussite sur le terrain. Les acteurs sont ainsi aidés par CATEL à chaque étape de leur évolution dans le domaine de la eSanté : conseil stratégique, accompagnement

méthodologique et opérationnel, mais aussi information, formation, mise en relation, etc.

CATEL joue également un rôle stratégique auprès des instances chargées du pilotage de la eSanté en France, sur la scène nationale comme internationale. Il est devenu un acteur central sur le sujet de la eSanté en France.

Aujourd'hui, CATEL rassemble et est suivi par près de 20 000 acteurs des secteurs de la santé, du social, de la formation, des services à la personne : professionnels de santé, institutionnels, collectivités territoriales, industriels, réseaux associatifs, chercheurs, étudiants,... Pour en savoir plus sur CATEL, rendez-vous sur [www.catel.pro](http://www.catel.pro)

**CATEL** | PIBS Immeuble IRUS 56038 Vannes cedex | [www.catel.pro](http://www.catel.pro) | Tel : 02 97 68 14 03

**Pierre Traineau, Directeur Général** | [pierre.traineau@catel.pro](mailto:pierre.traineau@catel.pro) | Tel : 02 97 68 14 03

**Jean-Baptiste Lavault, Directeur opérationnel** | [jean-baptiste.lavault@catel.pro](mailto:jean-baptiste.lavault@catel.pro) | Tel : 06 68 03 54 61

**Cécile Rostin, Responsable communication et développement** | [cecile.rostin@catel.pro](mailto:cecile.rostin@catel.pro) | Tel : 02 97 68 14 03

**Mathieu Slosar, Chef de projet e-Santé** | [mathieu.slosar@catel.pro](mailto:mathieu.slosar@catel.pro) | Tel : 02 22 77 02 31

**Yasmine Makhouloufi, Chef de projet e-Santé junior** | [yasmine.makhouloufi@catel.pro](mailto:yasmine.makhouloufi@catel.pro) | Tel : 02 97 68 14 03

## + À PROPOS DE LA FHP

Regroupant quelques 1 000 cliniques et hôpitaux privés qui assurent chaque année la prise en charge de 9 millions de patients. Environ 150 000 salariés (personnels de soins, administratifs et techniciens) travaillent dans les établissements de santé privés et 40 000 médecins y exercent. Les cliniques et hôpitaux privés prennent en charge :

- 54 % des interventions chirurgicales
- Près de 66 % de la chirurgie ambulatoire
- 2,5 millions de passages dans 130 services d'urgences
- Un accouchement sur quatre
- Près d'un tiers (32,5 %) des soins de suite et de réadaptation
- Plus de 17 % des hospitalisations psychiatriques
- Près de 20 % de l'activité d'hospitalisation à domicile (HAD)



 106 rue d'Amsterdam  
75009 Paris

 01 53 83 56 56

 [www.fhp.fr](http://www.fhp.fr)

 @La\_FHP

 Fédération  
de l' Hospitalisation  
privée