

La Télémédecine en action Construire un projet de télémédecine

METTRE
EN ŒUVRE
ET PARTAGER



Les publications de l'ANAP s'inscrivent dans 3 collections, pour transmettre aux professionnels de santé les clés pour :

ANTICIPER ET COMPRENDRE une thématique avant de s'engager dans une démarche de transformation et d'amélioration de leur performance,

DIAGNOSTIQUER et comparer leurs performances, afin de bénéficier d'un éclairage indispensable à l'initiation de leur projet,

METTRE EN ŒUVRE ET PARTAGER leurs expériences avec leurs pairs en s'inspirant de conseils méthodologiques et de pratiques organisationnelles.



Pascale Martin, ANAP

pascale.martin@anap.fr

Hélène Lehericey, ANAP

helene.lehericey@anap.fr

Benjamin Lemoine, ANAP

benjamin.lemoine@anap.fr

Résumé

À l'occasion de ses travaux antérieurs, l'ANAP a élaboré une démarche de mise en œuvre de la télémédecine pour la prise en charge de l'AVC et cartographié des modèles types permettant aux régions de définir leur propre organisation.

Elle a par ailleurs mis en exergue un processus type de réalisation d'un acte de télémédecine.

Pour autant, il apparaît que la démarche de déploiement et le processus type sont applicables à d'autres contextes que ceux étudiés.

L'ANAP a donc défini et réuni dans un document unique une démarche générique de déploiement de la télémédecine applicable quel que soit la pathologie ou le parcours de prise en charge concerné et, pour outiller la définition de l'organisation retenue et sa déclinaison opérationnelle, un processus de réalisation d'un acte de télémédecine et des fiches pratiques sur les principaux thèmes à instancier.

Cette publication s'adresse aux ARS et aux porteurs de projets, chacune de ses parties pouvant être utilisée indépendamment selon l'avancement de la mise en œuvre des projets.

Abstract

In its earlier work, ANAP developed a procedure for implementing telemedicine for the management of stroke, and mapped standard models allowing the regions to define their own structure.

It also showcased a typical process for performing a telemedical procedure.

However, it turns out that the deployment procedure and typical process that it thus defined are applicable to contexts other than those retained under the national telemedicine plan drawn up in 2010.

ANAP thus combines, in a single document, a generic procedure for deploying telemedicine that can be applied regardless of the pathology or care pathway involved, and, as resources for defining and implementing the structure retained, a process for conducting a telemedical procedure, and guidance sheets on the main themes to be represented.

This publication is intended for the Regional Health Agencies (ARS) and project leaders, and each part can be used independently, depending on the progress of project implementation.

Sommaire

Introduction	p. 6
Définir le projet médical	p. 8
Évaluer l'adéquation de l'offre actuelle avec les besoins	p. 9
Définir la place de la télémédecine dans le projet médical	p. 9
Concevoir l'organisation	p. 10
S'inscrire dans un parcours de prise en charge	p. 11
Choisir le modèle d'organisation	p. 11
Décliner les processus de réalisation des actes médicaux à distance	p. 13
Processus générique de réalisation d'un acte médical à distance	p. 14
Détail des activités du processus générique	p. 15
Déployer, évaluer et pérenniser l'organisation	p. 18
Déployer	p. 19
Évaluer	p. 19
Pérenniser	p. 20
Fiches pratiques de mise en œuvre de l'activité de télémédecine	p. 21
Fiche 1 : Gouvernance	p. 23
Fiche 2 : Pilotage et gestion de projet	p. 24
Fiche 3 : Ressources humaines	p. 26
Fiche 4 : Formation	p. 27
Fiche 5 : Communication	p. 28
Fiche 6 : Système d'information	p. 30
Fiche 7 : Logistique et matériel	p. 32
Fiche 8 : Post-déploiement	p. 34
Glossaire	p. 36
Remerciements	p. 36

Introduction

1. Contexte

Dans le cadre de sa publication d'analyse de 25 expériences de télémédecine, l'ANAP a relevé 5 facteurs clés de succès d'un projet de télémédecine. Parmi ceux-ci figurent d'une part la nécessaire **définition d'un projet médical** qui doit se baser sur les besoins des patients et des acteurs médicaux concernés et les spécificités de l'offre de soins dans le territoire considéré, et d'autre part, l'**existence d'un modèle financier** construit et adapté tant pour l'investissement que le fonctionnement.

Sur ce dernier aspect, le bilan des recensements des activités de télémédecine conduits par la DGOS en 2012 et 2013 a fait apparaître un faible déploiement de la télémédecine dans les secteurs ambulatoire et médico-social du fait notamment de l'absence de dispositif de rémunération adapté. Aussi, l'article 36 de la loi de Financement de la Sécurité sociale pour 2014 a autorisé, pour une durée de quatre ans, l'expérimentation du financement d'actes de télémédecine pour des patients pris en charge, d'une part, en médecine de ville et, d'autre part en structures, services et établissements médico-sociaux dans 9 régions pilotes¹. Cette expérimentation doit permettre de lever les freins financiers au déploiement de la télémédecine.

Quant à la nécessité de définir des objectifs médicaux qui structureront les autres aspects du projet, l'ANAP n'a pas manqué de le rappeler dans ses travaux de capitalisation issus de l'accompagnement de 8 régions pilotes pour favoriser le déploiement de la télémédecine relevant de 3 priorités nationales : la prise en charge de l'Accident vasculaire cérébral (AVC), la permanence des soins en imagerie et la santé des personnes détenues.

En particulier, dans la publication relative à la prise en charge de l'AVC, l'ANAP propose une démarche complète pour aider à la construction d'une organisation territoriale ou régionale, où la définition du projet médical est l'étape initiale essentielle.

Dans le cadre de ses travaux de capitalisation sur les deux autres priorités nationales, l'ANAP a identifié par ailleurs le processus de réalisation d'un acte de télémédecine.

Ces deux aspects sont complémentaires puisque la définition de ce processus permet d'outiller la mise en œuvre de l'organisation retenue pour répondre au projet médical.

Aussi, afin de pouvoir répondre aux besoins des porteurs de projets de télémédecine, quelle que soit la pathologie ou la population dont ils cherchent à améliorer la prise en charge et quels que soient les actes de télémédecine mobilisés, l'ANAP a cherché à définir une démarche centrée sur la définition d'un projet médical et un processus de prise en charge qui soient adaptés à toutes les situations.

2. Objectif

L'ANAP propose une démarche générale de déploiement de la télémédecine reprenant, en les adaptant, les grandes étapes de la démarche qu'elle avait conçue initialement pour l'AVC.

Cette démarche, applicable quel que soit la pathologie ou le parcours de prise en charge concerné, est adaptable par chaque région en fonction de son contexte et de ses particularités.

Après la définition du projet médical, l'une des étapes de cette démarche porte sur la définition des processus de réalisation des actes de télémédecine. Le présent document propose pour cela **un processus générique qui décrit l'enchaînement des différentes activités** nécessaires à la réalisation d'un acte de télémédecine. Ce processus doit notamment permettre au porteur du projet de consolider l'organisation qu'il a définie en s'assurant qu'elle couvre bien l'ensemble de ces activités.

Enfin, le document met l'accent sur l'indispensable **accompagnement de la pérennisation des usages** afin de prendre en compte de nouveaux besoins ou d'introduire la télémédecine dans un champ nouveau.

1 - Arrêté du 10 juin 2014 fixant la liste des régions sélectionnées sur le fondement de l'article 36 de la loi n°2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la Sécurité sociale pour 2014 en vue de la mise en œuvre d'expérimentations en télémédecine [NOR : AFSH1413144A]

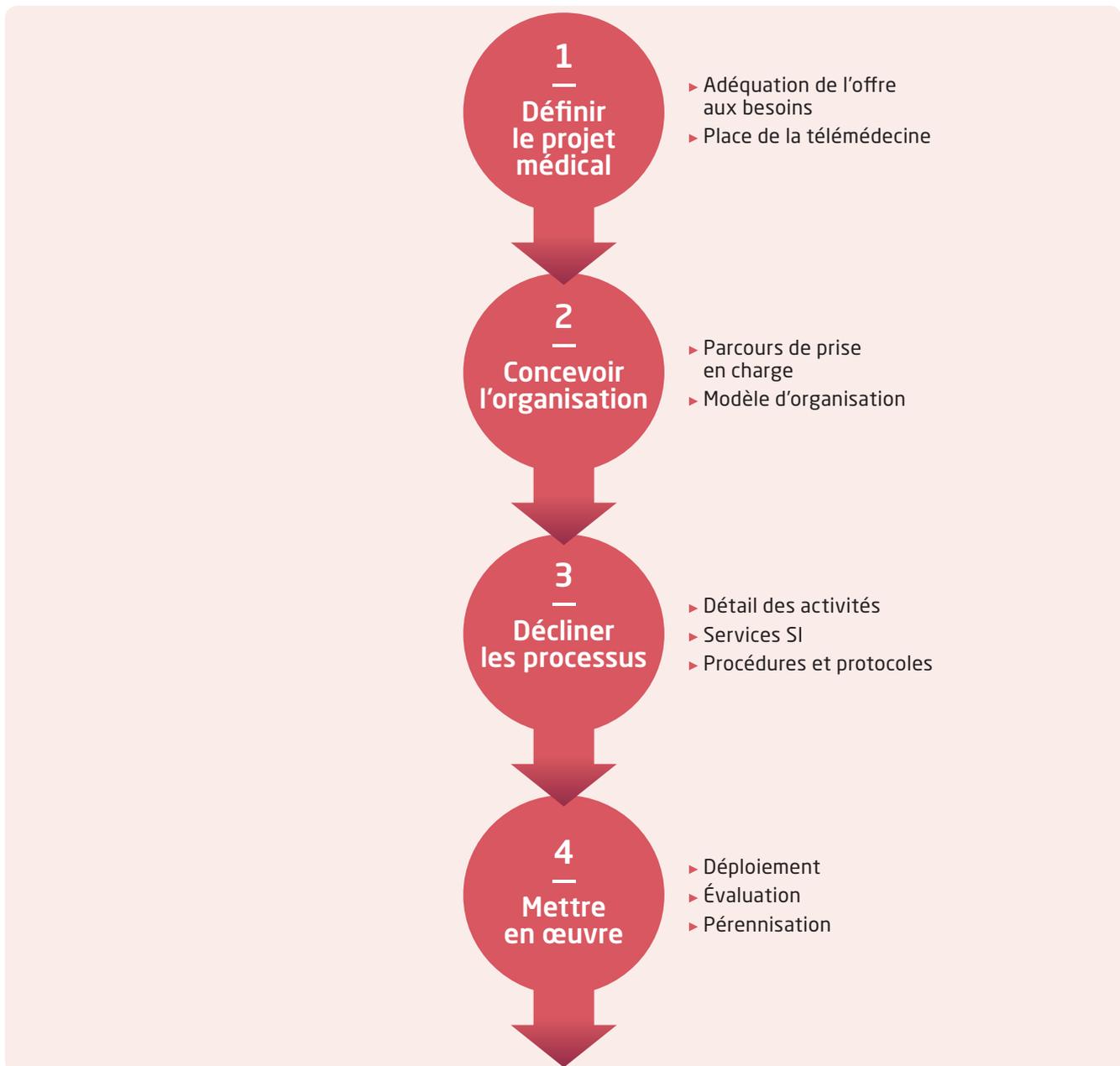
Introduction

3. La démarche

La démarche présentée ci-après permet au porteur de projet de définir l'organisation d'une activité de télémédecine à partir du projet médical. Elle comporte 4 étapes (**figure 1**).

Si cette démarche est présentée de façon séquentielle, les porteurs de projets pourront néanmoins se référer directement aux chapitres correspondant à leur besoin. En effet, les chapitres sont présentés dans ce document de façon autonome.

Figure 1 : Les différentes étapes de la démarche de définition d'une activité de télémédecine





1

Définir le projet médical

Chapitre 1

Définir le projet médical

Cette première étape est à réaliser pour tout projet de démarrage d'une nouvelle activité de télémédecine par le porteur du projet. L'Agence régionale de santé (ARS), dans son rôle de pilote de l'offre de soins, est d'un appui précieux pour réaliser cette étude.

Pour une pathologie ou une filière donnée, les objectifs de prise en charge sont définis par chaque ARS et déclinés dans le Schéma régional d'organisation des soins (SROS). La télémédecine est une modalité pouvant contribuer à l'atteinte de ces objectifs.

La première étape de la démarche consiste à identifier les besoins de la population et à évaluer la capacité des ressources présentes à répondre à ces besoins afin d'identifier les lacunes de prise en charge que la télémédecine pourrait contribuer à combler ou les améliorations qu'elle pourrait y apporter. En effet, si la télémédecine peut être une réponse à une carence dans la prise en charge d'un patient (manque de ressources localement, compétences rares...), elle peut également représenter une opportunité d'améliorer la prise en charge existante. On peut citer par exemple :

- ▶ Réduction des délais de prise en charge par le renforcement de la gradation des soins;
- ▶ Amélioration des conditions de vie des patients, par exemple en permettant le maintien sur le lieu de vie (non déplacement de la personne âgée...);
- ▶ Prévention des hospitalisations évitables, soutien au développement de la chirurgie ambulatoire grâce à un suivi par télémédecine, entraînant également une réduction des coûts de prise en charge.

1. Évaluer l'adéquation de l'offre actuelle avec les besoins

1.1 Identifier les besoins de la population

La détermination des besoins à satisfaire va dépendre des caractéristiques de la population visée et doit intégrer son évolution dans le temps, liée à différents facteurs qu'ils soient démographiques, médicaux ou économiques. Les besoins réels et potentiels ainsi définis sont ensuite confrontés à la capacité de prise en charge de l'organisation actuelle.

1.2 Confrontation des besoins à la capacité des ressources en place à y répondre

La détermination de la capacité de prise en charge intègre deux aspects : la disponibilité des ressources, d'une part, et la disponibilité des compétences nécessaires à la prise en charge des patients, d'autre part.

L'évaluation de la couverture actuelle des besoins de la population doit prendre en compte aussi bien les aspects géographiques (temps d'accès au professionnel médical compte tenu de la géographie du territoire ou de ses dessertes) que les considérations d'efficacité liées notamment à la limitation du coût des transports ou à la prévention des hospitalisations.

Ces deux analyses, des besoins à couvrir, d'une part, et des capacités de prise en charge, d'autre part, permettent de mettre en évidence les besoins non encore couverts par l'offre actuelle afin de définir le projet médical qui permettra de répondre à ces carences ou d'apporter des améliorations dans la prise en charge.

2. Définir la place de la télémédecine dans le projet médical

Le projet médical définit les actions de couverture à mettre en œuvre pour répondre aux carences mises en évidence au terme de la première étape. Il aborde également les évolutions à apporter aux prises en charge pour améliorer les conditions de vie des patients et des professionnels de santé ou accroître leur efficacité.

La télémédecine peut constituer une réponse efficace aux objectifs du projet médical. Aussi, une organisation de télémédecine peut être montée pour contribuer à l'atteinte.

Les objectifs du projet médical sont ainsi déclinés en actions de couverture parmi lesquelles certaines s'appuient sur la télémédecine.

Ainsi, au terme de cette première étape de la démarche, les moyens à mettre en œuvre, et en particulier l'usage des services de télémédecine, sont fixés.

Il s'en déduit une organisation de télémédecine définissant les liens de télémédecine à mettre en place qui peuvent être combinés pour former des modèles d'organisation et répondre ainsi à l'ensemble des contraintes d'un périmètre.



2

Concevoir l'organisation

Chapitre 2

Concevoir l'organisation

1. S'inscrire dans un parcours de prise en charge

La pratique médicale à distance que constitue la télémédecine peut correspondre à un acte ponctuel (télé-expertise radiologique par exemple) ou s'inscrire dans un parcours de soins coordonné au cours duquel tout ou partie des actes sont réalisés selon cette modalité, comme le montre l'illustration ci-dessous.



PRISE EN CHARGE DE L'AVC

La prise en charge de l'AVC tire de grands bénéfices du recours à la télémédecine. En effet, cette dernière peut permettre de réduire la durée entre la suspicion d'AVC (appel du Centre 15 ou arrivée aux urgences) et la décision médicale. Elle peut aussi être mobilisée dans le traitement ou le suivi du patient.

La télémédecine peut ainsi être mise en œuvre, selon les situations, aux étapes suivantes :

- ▶ Interprétation des images à distance par le radiologue ou neuroradiologue (télé-expertise);
- ▶ Recours à une expertise complémentaire : neurochirurgen, neurocardiologue, etc. (télé-expertise);
- ▶ Examen médical et décision médicale par un neurologue de garde à distance (téléconsultation);
- ▶ Thrombolyse du patient (téléassistance médicale du médecin urgentiste par le neurologue de garde);
- ▶ Suivi aval du patient par le neurologue (téléconsultation de suivi).

Retrouver le détail de ce parcours de prise en charge dans la publication « La télémédecine en action : prise en charge de l'AVC Support d'aide au déploiement régional », chapitre 2.

Dans tous les cas, l'usage de la télémédecine nécessite de définir une organisation permettant la coordination de chacun des acteurs autour du patient.

Cette organisation s'appuie sur un travail de convergence des pratiques professionnelles et la formalisation des modes opératoires entre les acteurs (description des rôles et responsabilités de chaque intervenant, définition des protocoles médicaux, formation des acteurs...).

2. Choisir le modèle d'organisation

L'identification des actes pouvant être réalisés par télémédecine conduit à envisager des liens de télémédecine entre les différents acteurs. La combinaison de ces liens peut suivre différents modèles selon le type de prise en charge envisagé. Définir le modèle d'organisation revient à identifier les acteurs concernés par chaque acte réalisé par télémédecine, les lieux de réalisation de ces actes et à décrire comment ces liens sont organisés. Le modèle d'organisation peut s'appuyer sur des modèles types s'ils ont été définis, tels que ceux identifiés par l'ANAP sur les trois priorités nationales suivantes :

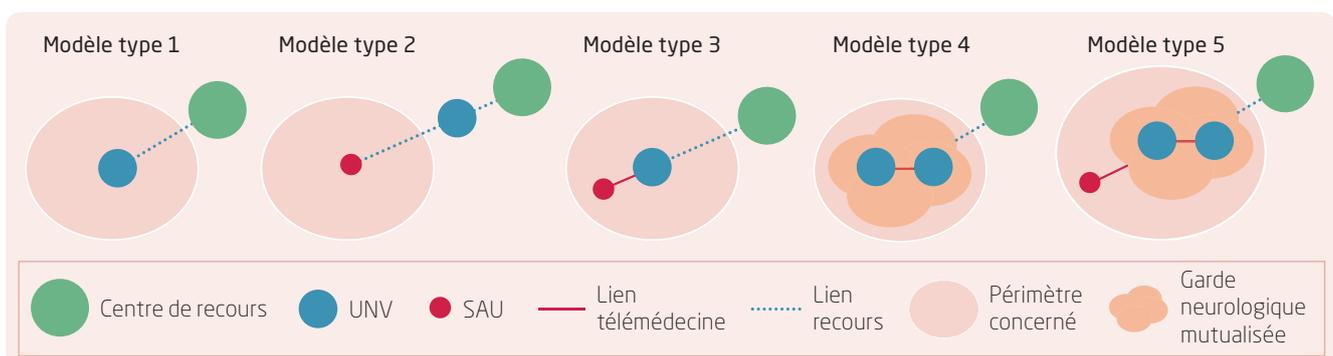
11

2.1 Prise en charge de l'AVC

L'usage des services de télémédecine repose sur un maillage entre les différents types de structure (SAU, UNV, UNV de recours). Ces liens de télémédecine peuvent être combinés de manière différente et ainsi donner lieu à 5 modèles d'organisation distincts :

- ▶ La ou les UNV du périmètre sont reliées par télémédecine à un centre de recours et assurent la prise en charge des AVC sur le périmètre;
- ▶ Une UNV hors du périmètre est reliée par télémédecine à certains SAU de ce périmètre;

Figure 1 : Illustration dans le cadre de la prise en charge de l'AVC - 5 modèles types sont utilisés



À retrouver dans la publication « La télémédecine en action : prise en charge de l'AVC », § 1.3.

Chapitre 2

Concevoir l'organisation

- ▶ La ou les UNV du périmètre sont reliées par télémédecine à certains SAU de ce périmètre et à l'UNV de recours;
- ▶ Les UNV du périmètre sont reliées entre elles par télémédecine et à l'UNV de recours;
- ▶ Les UNV du périmètre sont reliées entre elles par télémédecine et à certains SAU du territoire. Elles peuvent en outre être reliées par télémédecine à l'UNV de recours.

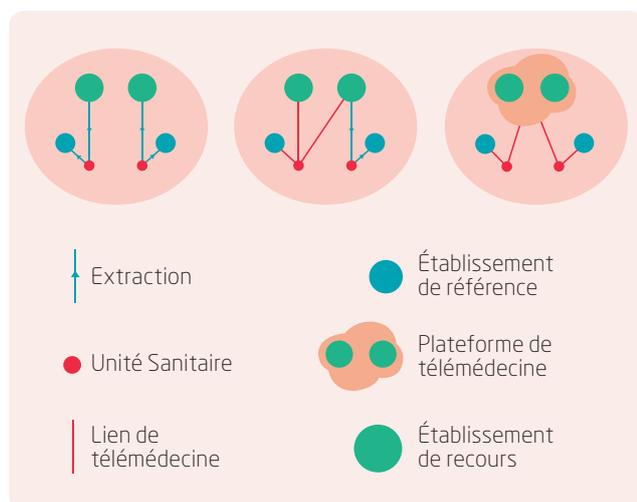
2.2 Santé des personnes détenues

Les unités sanitaires, qui assurent la prise en charge médicale des personnes détenues, sont rattachées à leur établissement de proximité. Lorsque ce dernier ne peut répondre au besoin, un établissement de référence assure le deuxième niveau. Enfin, le CHU offre un niveau d'expertise supplémentaire. Pour améliorer la prise en charge, des liens de télémédecine peuvent être mis en place.

Ainsi, dans la situation sans télémédecine, les patients de l'unité sanitaire sont pris en charge, *via* une extraction, par l'établissement de santé de rattachement ou, au besoin, par un établissement de référence. Cependant, certaines unités sanitaires permettent la prise en charge des patients par télémédecine sur certaines pathologies par l'établissement de santé de rattachement ou l'établissement de référence. Les liens unitaires de télémédecine sont ainsi créés entre l'unité sanitaire et chaque établissement sollicité.

Dans d'autres cas, des centres de référence par spécialités sont identifiés pour toutes les unités sanitaires d'une région. La télémédecine permet leur mise en relation.

Figure 2 : Illustration pour la prise en charge des personnes détenues - 3 modèles successifs ont été envisagés



À retrouver dans la publication « La télémédecine en action : santé des personnes détenues », § 3.1.

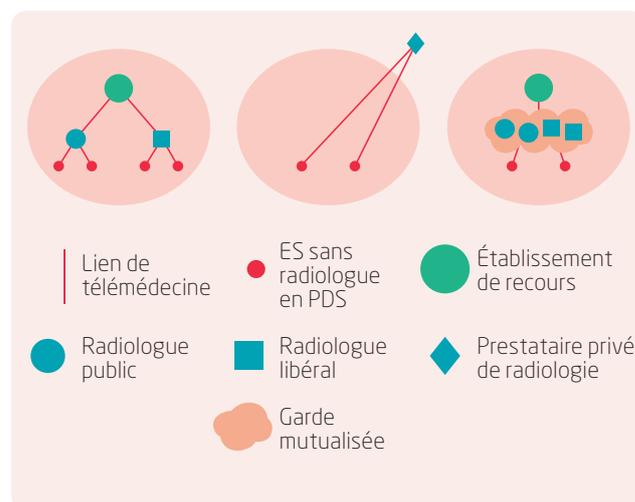
2.3 Permanence des soins en imagerie

L'organisation de télémédecine vise à mettre en relation les demandes d'interprétation d'images issues des établissements assurant l'accueil des urgences (qu'ils soient publics ou privés) et un expert qui peut être un praticien hospitalier, un radiologue libéral ou encore un prestataire privé. En outre, une garde au centre de recours peut permettre de répondre aux demandes d'expertise de surspécialité des radiologues requis.

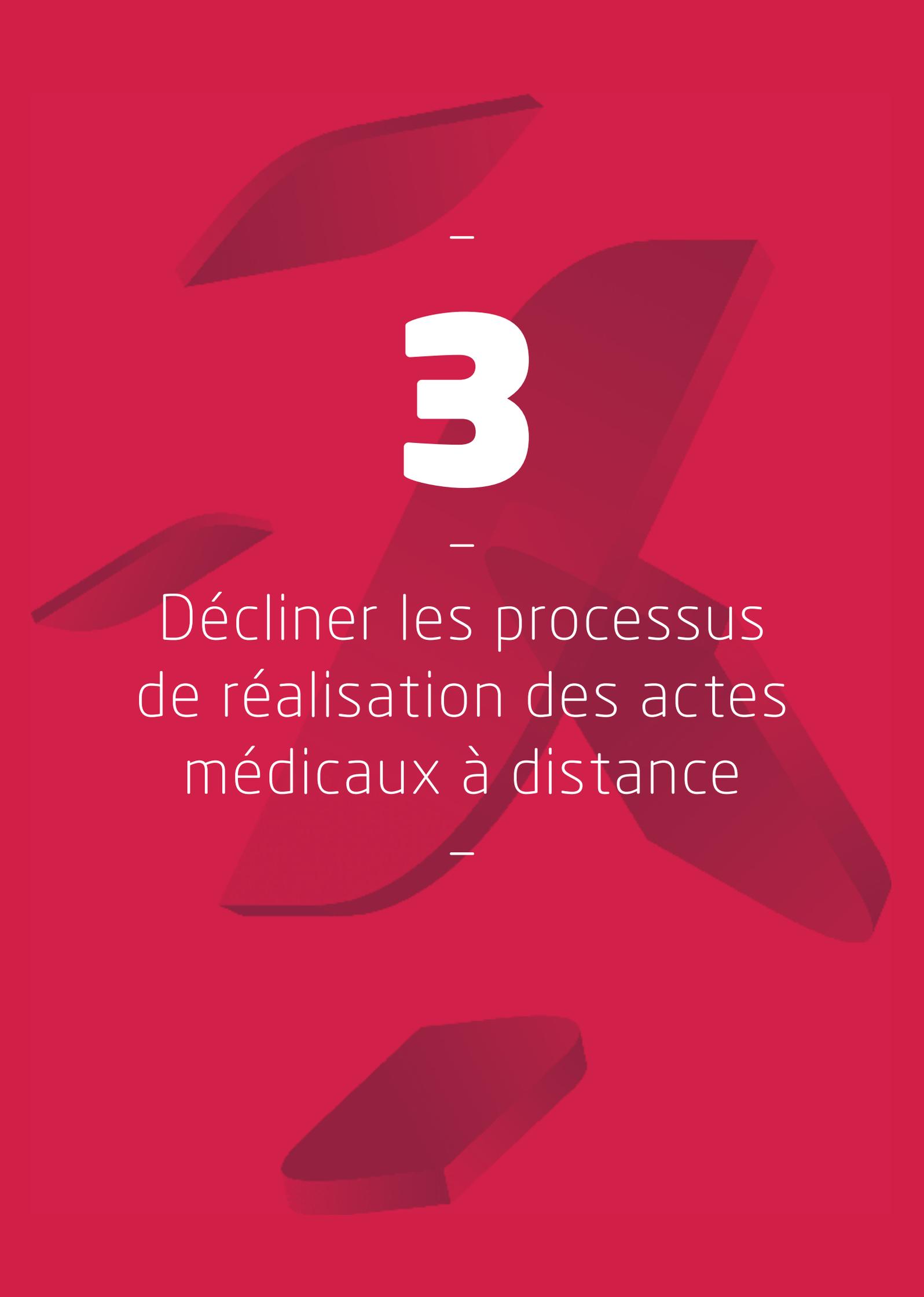
Les schémas ci-dessous illustrent les différents modèles d'organisation retenus au sein des régions pilotes, qui peuvent être combinés pour répondre aux besoins du territoire :

- ▶ Dans le premier cas, les clichés d'imagerie d'un établissement sont réceptionnés par un autre établissement disposant d'une garde ou d'une astreinte de radiologue chargée de l'interprétation de l'ensemble des images;
- ▶ Dans le deuxième schéma, un lien de télémédecine est mis en place entre un établissement de santé et une structure libérale privée à qui il adresse ses demandes d'interprétation sur l'une ou l'autre des modalités pendant la PDS;
- ▶ Dans le troisième cas, plusieurs établissements assurent de manière partagée la PDS d'imagerie pour répondre aux besoins des établissements de santé qui leur sont reliés. Dans un tel schéma, un GIE de radiologues libéraux peut porter ou participer à cette garde mutualisée.

Figure 3 : Illustration pour la permanence des soins en imagerie médicale



À retrouver dans la publication « La télémédecine en action : PDS en imagerie médicale », § 3.1.



3

Décliner les processus
de réalisation des actes
médicaux à distance

Chapitre 3

Décliner les processus de réalisation des actes médicaux à distance

Le présent chapitre propose un processus générique de réalisation d'un acte médical à distance. Le processus est à adapter selon le contexte de l'acte médical.

1. Processus générique de réalisation d'un acte médical à distance

1.1 Origine du processus générique

Le processus générique a été élaboré sur la base de l'expérience des projets pilotes dans le cadre desquels sont mis en œuvre les actes de télémédecine tels que définis par l'article R. 6316-1 du code de la santé publique (à l'exception de la réponse médicale apportée dans le cadre de la régulation médicale), à savoir la téléconsultation, la télé-expertise, la télésurveillance médicale et la téléassistance médicale.

Ce processus s'attache à décrire l'enchaînement des activités concourant à la réalisation d'un acte de télémédecine, ce qui exclut la réalisation d'un acte à caractère non médical au moyen d'un dispositif utilisant les Technologies de l'information et de la communication (TIC), tel que la réalisation de staff ou de RCP en visioconférence ou encore l'accès distant au SIH.

Le fait qu'il ait été possible de faire émerger du terrain un processus générique de réalisation d'un acte de télémédecine démontre que les organisations mises en place s'appuient toutes sur les mêmes principes et mobilisent les mêmes types de services. Des mutualisations sont donc envisageables, quel que soit la spécialité concernée ou le type d'acte réalisé.

1.2 Usage du processus générique

Ce processus générique doit permettre au porteur d'un projet de télémédecine de s'assurer que l'ensemble de ces activités est bien couvert par l'organisation qu'il a définie. Sur la base du processus générique, le porteur du projet va pouvoir décliner pour chaque activité quels seront les acteurs concernés, les lieux de réalisation, les données nécessaires, etc.

Ce travail doit être complété par la définition des services SI à mobiliser pour réaliser chaque activité, en s'aidant du guide d'urbanisation des services support aux activités de télémédecine².

Cela permet d'identifier les procédures, protocoles et documents types nécessaires à la réalisation fluide de l'activité.

Dans le cadre d'une prise en charge impliquant la réalisation de plusieurs actes réalisés par télémédecine ou non, le présent processus doit s'inscrire dans un parcours de prise en charge à définir par l'ensemble des acteurs impliqués (voir chapitre précédent).

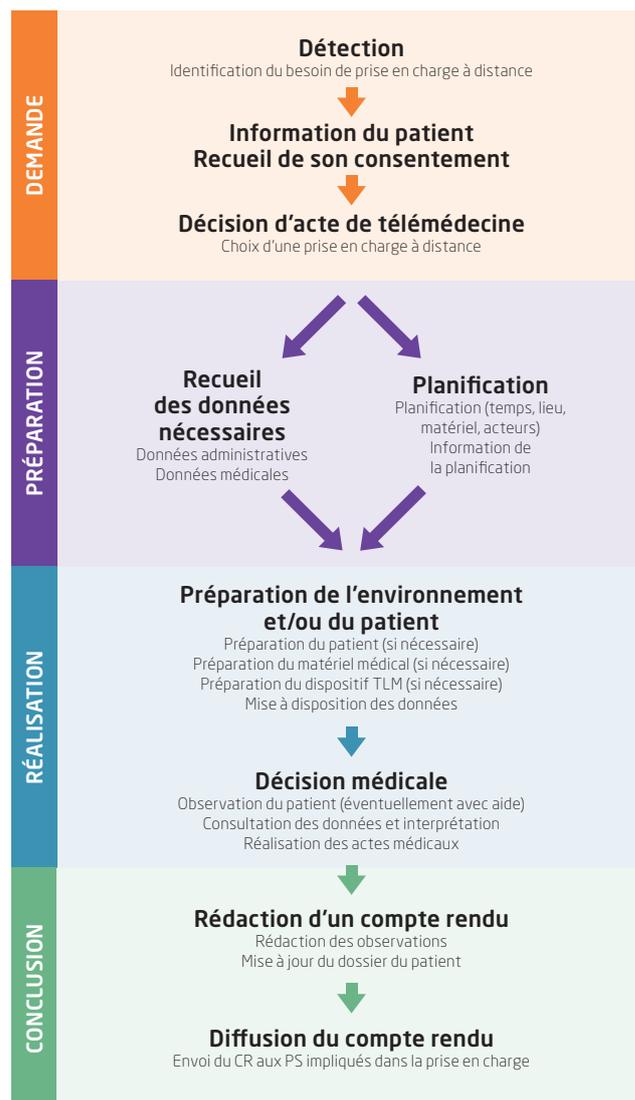
Le processus générique met en évidence 4 étapes de réalisation d'un acte de télémédecine :



Pour chacune de ces étapes, le présent chapitre décrit le détail des activités qui la composent.

1.3 Présentation du processus générique

Figure 5 : Le processus générique de réalisation d'un acte de télémédecine



Chapitre 3

Décliner les processus de réalisation des actes médicaux à distance

2. Détail des activités du processus générique

Dans les tableaux ci-dessous, l'absence d'indication dans la colonne acteur signifie qu'il n'y a pas de préconisation sur le profil de l'acteur devant opérer l'activité. Les activités devant être effectuées par un médecin peuvent être déléguées dans le cadre de l'article 51 de la loi HPST.

2.1 Demande

Figure 6 : Détail des activités de l'étape « Demande »

Activités	Tâches	Acteur	TLC	TLE	TLA	TLS
Détection	Identification du besoin de prise en charge à distance d'un patient	Professionnel de santé	x	x	x	x
	<i>Cas de sortie : non éligibilité à la TLM (refus du patient, pas de dispositif de TLM déployé pour ce besoin, dispositif de TLM existant mais temporairement indisponible...).</i>					
Information du patient Recueil de son consentement	Information du patient au sens de l'article L. 1111-2 du code de la santé publique	Tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences	x	x	x	x
	Recueil du consentement libre et éclairé de la personne (sauf urgence ou impossibilité). Ce consentement recouvre différentes notions : • acte médical; • acte à distance; • hébergement externalisé des données de santé.	Médecin requérant	x	x	x	x
	<i>Cas de sortie : refus du patient.</i>					
Décision d'acte de TLM	Formulation de la demande de prise en charge par télémédecine	Médecin requérant	x	x	x	x
	<i>Cas de sortie : contre-indication</i>					
	Acceptation de la demande qui peut être réalisée : • pour chaque demande • de façon implicite selon une règle organisationnelle (ex. : disponibilité dans une plage dédiée).	Médecin requis	x	x	x	x

TLC : téléconsultation
TLE : télé-expertise
TLA : téléassistance
TLS : télésurveillance
x : activité applicable à cet acte
(x) : application non systématique

Chapitre 3

Décliner les processus de réalisation des actes médicaux à distance

2.2 Préparation

Figure 7 : Détail des activités de l'étape « Préparation »

Activités	Tâches	Acteur	TLC	TLE	TLA	TLS
Recueil des données nécessaires à la réalisation de l'acte	Production des données nécessaires à la prise en charge du patient : • Données administratives ; • Données cliniques (examens médicaux, imagerie, biologie, autres examens, photos, etc.).	Médecins, autre professionnel de santé, personne tenue au respect du secret professionnel	x	x	x	x
	Sélection et mise à disposition auprès du médecin requis des données nécessaires à la prise en charge du patient	Médecin requérant	x	x	x	x
	<i>Cas de sortie : refus du patient, retrait de la demande par le requérant au vu des données.</i>					
	Analyse automatique des données transmises	Système de télésurveillance				x
Planification	Planifier le temps :					
	• Plage dédiée / ponctuelle / en urgence		x		x	
	• Durée		x			
	• Délai de réponse			x		
	• Date de début et de fin					x
	Planifier le lieu (salle équipée)		x		x	
	Planifier le matériel et les services nécessaires :					
	• Matériel médical		x		x	
	• Visioconférence		x		x	
	• Dispositif connecté					x
	Planifier la disponibilité du/des :					
	• Patient		x		x	x
	• Médecin requis		x	x	x	x
	• PS présent auprès du patient		(x)		x	
	• PS ou patient chargé d'enregistrer et de transmettre les données					(x)
• Personnes contribuant à l'organisation : secrétaire, technicien, coordonnateur...		x		x	x	
<i>Cas de sortie : Indisponibilité des ressources, les règles de planification peuvent être protocolisées pour faciliter l'organisation.</i>						
Information de la planification au patient, au requis et au requérant			x	x	x	x

TLC : téléconsultation
TLE : télé-expertise
TLA : téléassistance
TLS : télésurveillance
x : activité applicable à cet acte
(x) : application non systématique

Chapitre 3

Décliner les processus de réalisation des actes médicaux à distance

2.3 Réalisation de l'acte

Figure 8 : Détail de l'activité de l'étape « Acte »

Activités	Tâches	Acteur	TLC	TLE	TLA	TLS
Préparation	Préparation du patient	Professionnel de santé	x		x	
	Préparation du matériel médical	Professionnel habilité			x	
	Préparation du dispositif technique et/ou visioconférence (son, image)		x		x	x
	Formation du patient à l'utilisation du dispositif de télémédecine « lorsque la situation l'impose » (R.6316-3 2° CSP)	Professionnel habilité				x
<i>Cas de sortie : Patient non présent, dispositif technique indisponible, matériel médical manquant</i>						
Décision médicale	Observation du patient et indication des actions à réaliser par le PS présent auprès du patient	Médecin requis	x		x	
	Consultation des données : <ul style="list-style-type: none"> Rassemblées dans le cadre de l'acte Existantes dans des sources de données externes (PACS, DMP, SIH...). 	Médecin requis	x	x	x	x
	Réaliser des actes (au sens R. 6316-4 2° CSP) NB : cette étape peut comporter des actes inclus (TLC, TLE, TLA)	Médecin requis	x	x	x	x
	La décision médicale peut conduire à : <ul style="list-style-type: none"> Constater un manque de données ou un défaut de qualité des données empêchant de se prononcer Orienter vers un autre professionnel médical (sur spécialité ou autre expertise) Une prescription Clore la surveillance. 	Médecin requis	x	x	x	x
<i>Cas de sortie : Manque de données, erreur d'orientation du patient, incapacité à effectuer l'acte médical au regard de la situation, refus du patient</i>						

17

2.4 Conclusion

Figure 9 : Détail de l'activité de l'étape « Conclusion »

Activités	Tâches	Acteur	TLC	TLE	TLA	TLS
Rédaction du compte rendu	Le dossier du patient et la fiche d'observation mentionnée à l'article R. 4127-45 CSP doit comporter : <ul style="list-style-type: none"> La date et l'heure de l'acte; L'identité des professionnels de santé participant à l'acte; Les actes et prescriptions médicamenteuses effectués dans le cadre de l'acte de télémédecine; Le compte rendu de réalisation de l'acte; Le cas échéant, les incidents techniques survenus au cours de l'acte. 	Médecin requis	x	x	x	x
Diffusion du compte rendu	Envoi du CR pour alimenter le dossier du patient et la fiche d'observation qui sont tenus par chaque professionnel médical intervenant dans l'acte de télémédecine (R. 6316-4 CSP).	Médecin requérant Médecin requis	x	x	x	x



4

Déployer,
évaluer et pérenniser
l'organisation

Chapitre 4

Mettre en œuvre, évaluer et pérenniser l'organisation

1. Déployer

Une organisation de télémédecine impliquant un grand nombre d'acteurs - d'autant plus à distance - doit être pilotée au sein d'une gestion de projet rigoureuse.

Cette gestion de projet doit s'appuyer au préalable sur la mise en place d'une gouvernance qui comporte :

- ▶ Un lieu de portage médical et institutionnel de l'organisation, de type Comité de pilotage (COPIL), en lien avec ou sous l'impulsion des instances régionales animées par l'ARS. Ce comité définit le projet médical global, les orientations, le périmètre et l'ordonnancement de l'activité. Enfin, il pose les arbitrages nécessaires à sa mise en œuvre;
- ▶ Un lieu opérationnel qui anime la gestion du projet.



Voir les préconisations concrètes de mise en œuvre dans les fiches pratiques 1 et 2 du chapitre 5.

La mise en place de cette gouvernance donne l'impulsion nécessaire aux acteurs pour définir les règles communes de fonctionnement sous la forme d'un parcours de prise en charge et des processus partagés de réalisation de chaque acte de télémédecine, à décliner en protocoles et procédures.

Décrire le parcours de prise en charge du patient et les processus de réalisation de chaque acte de télémédecine permet de partager une vision commune des pratiques de la télémédecine - nécessaire pour un travail des professionnels en filière - d'identifier les actes de télémédecine qui devront être mis en œuvre dans chaque établissement ou par chaque professionnel et d'anticiper l'impact de la télémédecine sur les organisations existantes.

Ce travail sera facilité par l'utilisation du processus type décrit au chapitre 3 du présent document.

La gouvernance du projet identifie les chantiers à mener et définit l'organisation opérationnelle pour les mener. Si tous les chantiers ne peuvent pas être conduits de front, il convient de définir les priorités et/ou un niveau d'investissement progressif sur chaque chantier.

On pourra traiter prioritairement les chantiers :

- ▶ Ressources humaines;
- ▶ Formation;
- ▶ Système d'information.



Voir les préconisations concrètes de mise en œuvre dans les fiches pratiques 3, 4 et 6 du chapitre 5.

Puis mettre en place dès que possible les chantiers :

- ▶ Logistique/matériel;
- ▶ Communication.



Voir les préconisations concrètes de mise en œuvre dans les fiches pratiques 5 et 7 du chapitre 5.

Ces différents thèmes doivent être suivis en prenant en compte leurs interdépendances. À titre d'illustration, le SI défini pour l'ensemble du projet peut induire une certaine logistique et nécessiter un certain matériel à déployer. De même, les choix effectués en matière de ressources humaines auront un impact sur les formations à dispenser.

D'autre part, l'organisation de l'évaluation du projet devra être anticipée à ce stade afin de disposer des mesures initiales des indicateurs d'évaluation, ainsi que de leur collecte tout au long du déploiement et de la vie de l'organisation, si possible de façon automatisée.

2. Évaluer

L'évaluation de la prise en charge par télémédecine permet de mesurer l'atteinte des objectifs formulés dans le projet médical. Deux aspects de la mise en œuvre du projet peuvent être évalués : la cohérence entre les besoins et le modèle d'organisation choisi, et la performance de l'organisation.

Il est utile de rappeler que toute évaluation nécessite la définition en amont d'indicateurs d'évaluation, le partage de leurs règles de calcul et de leur valeur initiale afin d'en suivre l'évolution dans le temps.

Chapitre 4

Mettre en œuvre, évaluer et pérenniser l'organisation

2.1 Vérifier la pertinence du modèle d'organisation

Le déploiement de la télémédecine peut avoir pour conséquence l'identification de nouveaux besoins ou de nouvelles opportunités et donc l'ajustement du modèle d'organisation initialement choisi.

Aussi, il est important de suivre ce point tout au long du déploiement pour s'assurer de l'atteinte des objectifs et identifier les ajustements nécessaires. Cette évaluation peut en outre permettre de capitaliser sur les bonnes pratiques du déploiement afin d'identifier les conditions de reproductibilité à une échelle plus large ou à d'autres prises en charges.

2.2 Évaluer la performance de l'organisation

L'enjeu de cette évaluation est de s'assurer que l'organisation répond aux objectifs fixés dans le projet médical de la façon la plus efficiente possible. Les indicateurs suivis seront ceux du projet médical, éventuellement complétés par d'autres indicateurs portant sur l'usage des outils, le respect des délais dans le processus de prise en charge, etc.

3. Pérenniser

La prise en charge des patients par télémédecine induit des changements importants :

- ▶ Métiers, par l'évolution de certaines compétences, voire l'introduction de nouveaux acteurs ;
- ▶ Organisationnels, par l'apparition de nouvelles activités et une répartition différente des tâches entre les acteurs ;
- ▶ Techniques, par le recours à une nouvelle technologie et l'introduction de nouveaux outils.

Aussi, on ne peut limiter le projet à l'installation d'un outil ou à la diffusion de nouvelles procédures. L'impact positif du projet sur la prise en charge des patients n'est visible que si les usages se développent et sont pérennes. À l'issue de la mise en place de l'organisation démarre donc une étape cruciale (dite phase de post-déploiement) poursuivant deux objectifs :

- ▶ L'accompagnement pour un développement des usages de la télémédecine ;
- ▶ L'accompagnement pour une pérennisation et amélioration continue de ces usages.



Voir les préconisations concrètes de mise en œuvre dans la fiche pratique 8 du chapitre 5.

A large, stylized number '5' is centered on a red background. The number is white with a slight shadow, giving it a 3D appearance. It is surrounded by several dark red, leaf-like shapes that are also 3D-rendered, creating a sense of depth and movement. The overall design is modern and clean.

5

Fiches pratiques de mise
en œuvre de l'activité
de télé-médecine

Les fiches pratiques couvrent les thèmes principaux à aborder dans la mise en place d'une organisation de télémédecine.

Fiche 1 : Gouvernance

Fiche 2 : Pilotage et gestion de projet

Fiche 3 : Ressources humaines

Fiche 4 : Formation

Fiche 5 : Communication

Fiche 6 : Système d'information

Fiche 7 : Logistique et matériel

Fiche 8 : Post-déploiement

Chapitre 5

Mise en œuvre de l'activité de télémédecine

Fiche 1 Gouvernance

Enjeux

La nécessaire implication de toutes les parties prenantes dans une démarche de déploiement d'un projet de télémédecine nécessite la définition et l'animation par l'ARS d'une gouvernance structurée. Cette gouvernance régionale doit permettre de définir la stratégie d'organisation de la prise en charge des patients, de piloter sa mise en œuvre en s'appuyant sur l'ensemble des parties prenantes et d'en évaluer les résultats.

1. Principales actions à mener

- ▶ **Identifier l'ensemble des parties prenantes** liées à la prise en charge par télémédecine des patients : acteurs impliqués dans le projet de télémédecine et autres acteurs impliqués dans le contexte de la prise en charge, comme par exemple : administration pénitentiaire pour les personnes détenues, association de patients, conseil général.
- ▶ **Déterminer le besoin en termes d'instances de pilotage** et assurer le lien avec la gouvernance actuelle régionale (si existante) sur la télémédecine.
- ▶ **Mettre en place une instance «stratégique»** sous l'égide de l'ARS, chargée de :
 - Suivre l'avancement du projet à travers les différents chantiers (médical, technique, organisationnel, juridique, économique...);
 - Orienter les travaux;
 - Arbitrer sur des points stratégiques sur la base des travaux relatifs aux différents chantiers;
 - Aligner la stratégie du projet avec les autres projets de télémédecine.

- ▶ **Mettre en place une ou plusieurs instances «opérationnelles»**, rattachée(s) à l'instance «stratégique» ayant pour objectif de traiter soit l'ensemble des thèmes, soit chaque thème :
 - Assurer le suivi opérationnel du projet et son reporting
 - Traiter les problématiques rencontrées;
 - Instruire les arbitrages à soumettre à l'instance stratégique;
 - Remonter les risques, les actions/solutions à mener pour y faire face;
 - Coordonner le projet avec les autres projets de télémédecine (compétences, services SI, partage des ressources).

2. Points de vigilance et recommandations

- ▶ **Veiller à une bonne articulation** avec la gouvernance en charge du pilotage de l'ensemble des services télémédecine au sein de la région. Ceci peut se traduire par un comité stratégique au niveau régional traitant de toutes les prises en charge des patients par télémédecine. Ce comité peut avoir une vision transversale afin de bien prendre en compte les SROS, PRT et PRS.
- ▶ **Impliquer les directions d'établissements** qui accompagnent les changements d'organisation et définissent les modifications d'astreintes et de gardes, en lien avec les organes représentatifs des personnels.
- ▶ **Faire évoluer la gouvernance** retenue dans la phase de mise en place du projet pour l'adapter à la phase de fonctionnement en routine (cf. fiche «Post-déploiement») et pour tenir compte de l'intégration de nouveaux acteurs.

Chapitre 5

Mise en œuvre de l'activité de télémédecine

Fiche 2

Pilotage et gestion de projet

Enjeux

Le projet de déploiement de la télémédecine n'est pas un projet technique mais un projet médical avant tout qui introduit de nouvelles organisations. Ses impacts sont multiples : organisationnels, au niveau des ressources humaines, techniques, juridiques, financiers, déontologiques... et concernent l'ensemble des structures impliquées.

Une gestion de projet rigoureuse est donc nécessaire pour piloter efficacement ces chantiers et donner au projet toutes les chances de succès, pour une prise en charge de qualité.

- organisations et des pratiques. Ce chantier s'appuie principalement sur la formation des professionnels aux nouvelles activités et sur la communication autour du projet;
- ▶ **Un chantier juridique et financier** visant à définir les modalités de contractualisation avec l'ARS et entre les acteurs participant à l'activité. Ce chantier est également amené à clarifier certains sujets déontologiques qui doivent cependant être abordés dans les autres chantiers (notamment le chantier technique);
 - ▶ **Un chantier qualité** dans lequel sont élaborés les procédures et protocoles précisant les rôles et responsabilités de chaque acteur, en prenant en compte les recommandations des sociétés savantes;
 - ▶ **Un chantier d'évaluation** : service médical rendu, atteinte des objectifs médicaux...

Pour chacun de ces chantiers, il convient d'appréhender les deux temps du projet : celui de la mise en place et celui du fonctionnement en routine. D'où l'intérêt de créer un chantier post-déploiement transversal pour anticiper les adaptations à réaliser et permettre de pérenniser le dispositif.

- La définition d'indicateurs de pilotage** permet de suivre la bonne exécution de ces chantiers et la mobilisation des moyens nécessaires en vue d'atteindre les objectifs du projet. À ce titre, on peut distinguer deux familles d'indicateurs de pilotage :
- ▶ **Les indicateurs de gestion de projet** permettent de suivre l'exécution des plans d'action et peuvent conduire à faire évoluer le pilotage;
 - ▶ **Les indicateurs d'activité.**

2. Points de vigilance et recommandations

2.1 Indicateurs de gestion de projet

S'il est souvent nécessaire, pour suivre le projet, de mettre en place quelques indicateurs, il est tout autant nécessaire de définir des tableaux de bord synthétiques et visuels permettant une vision partagée du projet entre les différents acteurs. Un tel tableau de bord rassemble *a minima* les données d'avancement du projet, de respect du calendrier et de suivi des coûts.

1. Principales actions à mener

La gestion de projet consiste à :

- ▶ Décliner les objectifs médicaux du projet de télémédecine en chantiers opérationnels;
- ▶ Définir un calendrier de mise en œuvre de ces chantiers;
- ▶ Estimer le plan de charge et le budget;
- ▶ Identifier les acteurs et responsabilités associés avec notamment :
 - Un porteur de projet médical,
 - Un coordonnateur qui appuie le porteur de projet médical dans la déclinaison opérationnelle du projet.
- ▶ Suivre les risques menaçant la bonne exécution du projet;
- ▶ Piloter la mise en œuvre des chantiers;
- ▶ Évaluer l'atteinte des objectifs.

Différentes transformations opérationnelles sont à engager, on peut citer *a minima* :

- ▶ **Un chantier médical** qui s'appuie sur le projet régional de santé élaboré par l'ARS;
- ▶ **Un chantier technique** visant à identifier les services d'échange d'informations nécessaires entre les acteurs selon le processus retenu et à anticiper sa déclinaison logistique;
- ▶ **Un chantier de conduite du changement** permettant l'accompagnement des acteurs dans le changement des

Chapitre 5

Mise en œuvre de l'activité de télémédecine

Les indicateurs de suivi du projet et d'évaluation quantitative de l'atteinte des objectifs du projet médical en termes de couverture géographique et d'utilisation peuvent être les suivants :

- ▶ Acteurs : nombre de structures opérationnelles dans le dispositif, d'utilisateurs actifs, nombre et type de modalités impliquées, nombre de personnes formées par profil, etc.;
- ▶ Activité : nombre de cas traités;
- ▶ Indicateurs de pratique clinique : amélioration de la prise en charge;
- ▶ Indicateurs budgétaires : coût des investissements, coûts de fonctionnement...;
- ▶ Indicateurs de communication.

2.2 Suivi des risques

Dans le suivi des risques :

- ▶ Identifier les risques et leur nature;
- ▶ Évaluer leur criticité selon leurs impacts et la probabilité qu'ils se réalisent;
- ▶ Pour les risques critiques, identifier les actions préventives avec les acteurs et leur échéance;
- ▶ Réévaluer régulièrement les risques et leur criticité.

Chapitre 5

Mise en œuvre de l'activité de télémédecine

Fiche 3

Ressources humaines

Enjeux

La télémédecine est un outil permettant notamment de répondre à des difficultés liées aux ressources médicales. Ces difficultés peuvent être de nature démographique, d'attractivité comme de conditions de travail. Cependant, la pratique médicale par télémédecine induit des évolutions des pratiques professionnelles par l'introduction de nouveaux outils, l'apparition de nouvelles activités et même le développement d'une culture de travail en réseau. À ce titre, les aspects Ressources humaines de ce projet doivent faire l'objet d'une réflexion particulière.

26

1. Principales actions à mener

- ▶ **Mettre en adéquation les ressources avec l'activité**
 - ▶ Déterminer les ressources nécessaires par profil concerné (médical, paramédical, médico-technique, technique...) dans le cadre de l'organisation cible :
 - Anticiper le turn-over des équipes;
 - Identifier les nouveaux métiers/rôles (conciergerie, assistance...).
 - ▶ Organiser la disponibilité des compétences pour mener les activités.
 - ▶ **Établir pour chaque profil une fiche de rôle**
La fiche de rôle (définition du rôle/des activités, savoir-faire requis et connaissances associées) précise l'étendue des nouvelles activités introduites par la télémédecine.
 - ▶ **Faire monter en compétences les acteurs**
 - ▶ Organiser la montée en compétences de l'ensemble des acteurs concernés par le projet (cf. la fiche « Formation »), notamment l'intégration des nouveaux arrivants;

- ▶ Mettre en place et animer des groupes métiers pour partager les pratiques et les processus.

2. Points de vigilance et recommandations

- ▶ **Prendre en compte les différents besoins d'activités** liées à la prise en charge par télémédecine :
 - Les besoins d'assistance technique pour la maintenance ou l'évolution des matériels et logiciels;
 - Les besoins de coordination (cf. « 25 projets passés à la loupe » Tome 1 : Les grands enseignements).
- ▶ Identifier les éventuels transferts d'activités ou d'actes de soins (cf. article 51 HPST) dans le cadre de l'élaboration des fiches de poste et, le cas échéant, rédiger les protocoles de coopération entre professionnels de santé et les faire valider.
- ▶ **Dans l'organisation de la présence médicale, prendre en compte l'impact du repos de sécurité** ou repos quotidien garanti aux praticiens participant à la permanence des soins, sur place ou en astreinte à domicile (le cas échéant).
- ▶ **Faire adhérer l'ensemble du corps médical impliqué à des pratiques communes** (cf. la fiche « Formation »).
- ▶ **Valoriser les impacts de l'usage de la télémédecine auprès des professionnels** pour les fidéliser ou pour attirer des praticiens en insistant sur :
 - La qualité de vie des professionnels;
 - Le développement des compétences.
- ▶ Mobiliser autant que possible des ressources pour le suivi des données et l'évaluation du projet.
- ▶ **Développer la notion d'activité territoriale** en mutualisant les ressources entre établissements (ex. : convention d'activité partagée entre plusieurs établissements ou recrutement par une structure de coopération).

Chapitre 5

Mise en œuvre de l'activité de télémédecine

Fiche 4 Formation

Enjeux

L'introduction de nouveaux outils et de nouvelles organisations de travail pour la prise en charge par télémédecine fait naître des besoins de montée en compétences des acteurs à qui sont confiées de nouvelles activités ou dont les pratiques professionnelles évoluent. Quant aux protocoles, ils doivent être mis en œuvre de manière partagée et pérenne pour assurer une prise en charge efficiente.

Il est donc indispensable d'élaborer un plan de formation en amont du projet définissant, pour chaque type d'acteur, les nouvelles compétences nécessaires et les actions à mettre en œuvre pour les transmettre.

1. Principales actions à mener

- ▶ **Identifier les acteurs à former** et anticiper le turn-over médical et/ou paramédical.
- ▶ **Définir les compétences nouvelles à transmettre** à chaque population pour un exercice satisfaisant de leur rôle dans l'organisation retenue.
- ▶ **Définir l'objectif des formations et leur durée.** On peut identifier plusieurs finalités :
 - Former à la nouvelle organisation;
 - Former aux nouvelles procédures ou nouveaux protocoles;
 - Former aux outils techniques.
- ▶ **Élaborer le contenu** de ces formations qui peut se décliner en deux aspects :
 - Formation théorique dédiée au développement des usages;
 - Formation pratique.
- ▶ Le contenu de chaque volet (théorique ou pratique) est fonction du public.
- ▶ **Identifier des formateurs référents** en fonction du public cible.

2. Points de vigilance et recommandations

- ▶ **Mettre en place un comité pédagogique** pour valider la formation théorique et pratique, évaluer les acquis et préconiser l'organisation à mettre en place pour la formation.
- ▶ **Compte tenu des mobilités, mettre en place un tutorat** au sein des structures pour accompagner l'arrivée de nouveaux praticiens.
- ▶ **Bien distinguer la formation médicale de la formation à l'outil** : l'outil pouvant cependant comporter des formulaires qui soient le rappel des protocoles et ainsi contribuer à la pérennisation de la formation médicale.
- ▶ **La formation médicale doit aborder la dimension information du patient** qui doit intégrer une information spécifique sur le procédé de télémédecine (rôles et identités des professionnels, protocoles de coopération, modalités d'enregistrement des données, etc.). La formation doit également rappeler les spécificités du recueil du consentement du patient.
- ▶ **Mettre en place des outils de suivi puis d'évaluation de la formation** :
 - Tableau de suivi de l'activité des formations : effectifs, calendrier, etc.;
 - Tableau de mesure des taux de formation par population cible;
 - Tableau de suivi des mutations des personnels formés.
- ▶ **Renouveler les formations**, d'une part pour permettre l'intégration des nouveaux acteurs et, d'autre part, pour maintenir le bon usage par les acteurs en place.
- ▶ **Actualiser le contenu des formations** au regard de l'évolution des procédures de prise en charge ou des outils.

Chapitre 5

Mise en œuvre de l'activité de télémédecine

Fiche 5 Communication

Enjeux

Un projet de télémédecine est un projet organisationnel dont les impacts sont multiples : techniques, juridiques, RH... Le mode de prise en charge du patient et la pratique médicale évoluent. Le projet repose sur une adhésion des parties prenantes. De ce fait, il fait naître des besoins de communication que l'on peut rassembler autour de trois enjeux :

- réunir les conditions d'une bonne prise en charge;
- accompagner la mise en œuvre du projet;
- promouvoir le projet.

Afin de coordonner les actions de communication qui peuvent être mises en place pour répondre à chacun de ces enjeux et renforcer ainsi leur impact, il est souhaitable d'élaborer un plan de communication en amont du projet.

- **Identifier les supports pertinents et leur fréquence** de diffusion pour répondre au mieux aux objectifs en tenant compte des ressources disponibles.

Selon les enjeux, plusieurs supports peuvent se cumuler (exemple pour l'AVC avec des campagnes télévisées, des encarts dans les journaux, des courriers...).

La communication s'appuie aussi sur le développement des nouvelles technologies et modes de communication : blogs, forums, apps...

L'évaluation de volume et de coût est à réaliser pour chaque modalité pour confronter le coût à l'impact attendu.

- **Rassembler ces différents éléments au sein d'un plan de communication** soumis à la validation et suivi par l'instance stratégique.

Le plan de communication est établi au sein de l'équipe projet qui dispose de la connaissance du dispositif et des enjeux. Pour la déclinaison opérationnelle, le recours à une expertise en communication interne ou externe permet de structurer le dispositif, envisager les différentes solutions et leur pertinence.

- **Réaliser une évaluation de l'information** perçue par chacune des cibles.

Chaque campagne de communication doit faire l'objet d'une évaluation pour vérifier l'atteinte de la cible et la nécessité ou non de rectifier le dispositif ou de le renouveler.

Par ailleurs, le déploiement du projet de télémédecine peut faire apparaître de nouveaux besoins de communication (identification de freins, incompréhensions...) voire de mutualiser la communication avec d'autres projets.

1. Principales actions à mener

- **Décliner chaque enjeu en objectifs de communication spécifiques** pour chaque partie prenante du projet, qui sont autant de cibles de communication, de façon adaptée aux différentes étapes du projet.

La communication grand public peut ainsi viser à expliquer le dispositif, lever les réticences et les craintes potentielles, orienter dans une démarche, habituer à la pratique...

Celle pour les professionnels de santé peut viser à apporter une connaissance de l'offre disponible pour mieux orienter le patient, lever également les réticences et craintes potentielles...

Celle pour les structures de prise en charge des patients peut viser à inciter l'inscription dans une démarche et faciliter ainsi le déploiement.

La communication peut être généraliste sur la télémédecine et/ou ciblée selon le projet.

Réaliser une matrice croisant l'ensemble des enjeux, directs et indirects, les leviers à actionner et les cibles directes et indirectes, permet de décliner ensuite les modalités pratiques de communication.

2. Points de vigilance et recommandations

Chaque acteur du projet peut s'emparer de la communication sur l'un ou l'autre des aspects du projet mais l'instance stratégique de la gouvernance doit veiller à la cohérence de ces différentes actions.

Des actions de communication peuvent porter aussi bien sur l'intention du projet que sur des jalons effectifs (lancement du projet, 1^{er} patient pris en charge par télémédecine, etc.).



Chapitre 5

Mise en œuvre de l'activité de télémédecine

Il est recommandé d'associer des représentants des publics visés dans l'élaboration des actions de communication. Cette démarche permet d'adapter le message aux cibles et de bien identifier les vecteurs de diffusion des messages. Par exemple, les associations de patients sont une aide précieuse dans la diffusion des solutions de prise en charge. Elles peuvent co-écrire des supports, mener une communication parallèle concertée dans les plannings...

Chapitre 5

Mise en œuvre de l'activité de télémédecine

Fiche 6

Systeme d'information

Enjeux

La prise en charge par télémédecine impose la définition d'un système d'information fiable, performant et partagé. Ce SI ne se limite pas au choix d'une solution mais nécessite, au sein d'une gouvernance dédiée, de définir les services supports nécessaires au partage d'informations entre les acteurs.

Cela conduit à mettre en place une gouvernance SI au niveau régional :

- Médicale, qui détermine les besoins métiers (coordination nécessaire à la prise en charge du patient),
- Technique, incluant les responsables SI des différentes structures et maîtrises d'ouvrages régionales spécialisées en SI, pour définir les services nécessaires (visioconférence, gestion de workflow, échange de données de santé...), choisir les dispositifs techniques en cohérence avec les SI existants et à venir (autres services de télémédecine, PACS, SIH, DMP...), suivre l'exécution des marchés éventuels, accompagner le déploiement des équipements et des services, garantir le maintien en condition opérationnelle et le niveau de service en routine.

Il est à souligner que le processus type décrit au chapitre 3 a servi de base pour la définition des services SI nécessaires à la réalisation des actes de télémédecine dans le cadre des travaux de l'ASIP Santé portant sur l'urbanisation des services support aux activités de télémédecine.

► **Choisir une trajectoire de mise en œuvre** s'appuyant sur une priorisation des services rendus.

Il n'est pas rare de constater que les structures partenaires ne sont pas toutes au même stade d'informatisation. Ainsi, il est possible qu'un dossier médical informatisé ne soit pas déployé chez tous les acteurs, que l'identification du patient ne soit pas partagée ou que l'accès aux résultats ne soit pas accessible depuis toutes les structures...

Mener un projet de déploiement de la télémédecine dans ce contexte peut poser la question de l'informatisation des structures en condition préalable. Autrement, l'articulation d'un SI dédié à la télémédecine avec un futur SI de la structure sera à anticiper.

► **Définir les besoins** sous forme d'exigences fonctionnelles et d'exigences techniques permettant de répondre aux besoins métiers.

► **Définir les conditions d'opérationnalité :**

- Sur la base des principes d'interopérabilité du SI énoncés par l'ASIP Santé;
- En prenant en compte les exigences liées au fait que la télémédecine est un acte de nature médicale et que son exercice s'inscrit dans le droit commun de l'exercice médical et du droit des patients et nécessite donc la prise en compte des éléments suivants :
 - Le consentement libre et éclairé du patient;
 - La traçabilité de l'acte et formalisme spécifique;
 - Le compte-rendu de la réalisation de l'acte;
 - Les actes et prescriptions médicamenteuses effectués dans le cadre de l'acte de télémédecine;
 - L'identité des professionnels de santé participant à l'acte;
 - La date et l'heure de l'acte;
 - Le cas échéant, les incidents techniques survenus au cours de l'acte.

1. Principales actions à mener

► **Définir la cible d'un système d'information régional de télémédecine :**

- En privilégiant une approche intégrée couvrant l'ensemble des usages de services de télémédecine;
- En articulation avec les SIH et les services régionaux et nationaux (DMP, MSS, référentiels et annuaires...);
- En tenant compte du cadre réglementaire (hébergement de données de santé, autorisation CNIL...).

Chapitre 5

Mise en œuvre de l'activité de télémédecine

► Conduire le choix des solutions techniques répondant aux besoins.

N.B. : Les actions à mener au niveau de chaque établissement représentent, d'une part le déploiement local du système d'information de télémédecine (avec les interfaces nécessaires), d'autre part l'installation du matériel et des locaux (cf. fiche « Logistique et matériel »).

2. Points de vigilance et recommandations

Le décret de télémédecine n°2010-1229 du 19 octobre 2010 définit les conditions de mise en œuvre de la télémédecine pour les professionnels et pour les organisations. Il confirme la nécessité de respecter les droits de la personne et d'organiser le consentement des patients aux soins, l'importance de l'identification des auteurs des actes de télémédecine et de l'inscription de l'acte dans les dossiers médicaux.

► Définir un niveau d'exigence ergonomique adapté à la prise en charge

► Définir la qualité de service nécessaire

- Pour l'hébergement et les solutions : niveau de disponibilité (SLA) en distinguant éventuellement indisponibilité programmée et non programmée, Garantie de temps d'intervention (GTI), Garantie de temps de rétablissement (GTR), Perte de données maximale admissible (PDMA);
- Pour les infrastructures réseau : « l'organisation de la filière doit s'appuyer sur un réseau numérique suffisamment performant pour réaliser des actes de télémédecine avec un système d'information partagé » (guide DGOS, 6 mars 2012). Il est recommandé de s'appuyer sur le « Guide méthodologique pour l'expression des besoins en infrastructure à haut et très haut débit pour le déploiement des projets de télémédecine » édité par la DATAR en juillet 2013;
- Plutôt que d'engager une course à la qualité de service, il est souvent préférable de prévoir et tester régulièrement des procédures dégradées simples, connues et rapides à mettre en œuvre.

► Organiser le recueil du consentement patient (hébergement de données de santé, CNIL, activité de télémédecine)

- Le recueil du consentement du patient implique que lui soit préalablement délivrée une information claire : « Les actes de télémédecine sont réalisés avec le consentement libre et éclairé de la personne » (décret de télémédecine n°2010-1229 du 19 octobre 2010);
- Le consentement du patient doit être obtenu sur l'acte médical réalisé par télémédecine et sur les conditions d'hébergement des données recueillies à cette occasion. Ce dernier peut l'être par voie électronique : « Le consentement exprès de la personne, prévu au premier alinéa de ce même article L. 1111-8, peut-être exprimé par voie électronique » (décret de télémédecine n°2010-1229 du 19 octobre 2010).

► Organiser le support aux utilisateurs

- Mettre en place un support technique et fonctionnel si possible avec un point d'appel unique pour faciliter le fonctionnement, puis une qualification permettant le traitement des appels en cascade. Ce support peut être confié au GCS e-santé, à la DSI d'un des établissements ou encore externalisé;
- Afin d'anticiper les problèmes techniques, il est intéressant d'envisager des actions de vérification régulière du bon fonctionnement du matériel (sur place et/ou à distance) et de supervision de l'état du réseau.

Chapitre 5

Mise en œuvre de l'activité de télémédecine

Fiche 7

Logistique et matériel

Enjeux

Le volet logistique d'un projet de télémédecine n'est pas à négliger. Il est à apprécier selon les actes qui seront mobilisés.

Cette fiche n'aborde pas le matériel nécessaire à la tenue de télé-expertises étant donné qu'un matériel informatique standard couvre les besoins. Elle écarte également l'acte de télésurveillance qui a recours à un matériel spécifique et varié selon les besoins.

Concernant les actes de téléconsultation et téléassistance par contre, il s'agira d'installer les matériels permettant la couverture des services nécessaires à la prise en charge des patients.

Le choix des outils doit conduire à minimiser l'impact de la distance géographique entre les acteurs sur la prise en charge en offrant des conditions équivalentes à celles qui peuvent être assurées en présentiel. Cela conditionne l'acceptation de cette modalité de prise en charge par le patient et le professionnel de santé.

dans le respect de la confidentialité des informations de santé relatives au patient;

- Capacité de la salle à accueillir un système de visioconférence et adaptations à prévoir pour en améliorer la qualité (positionnement de la caméra, qualité du son, couleur des murs, positionnement du ou des écrans par rapport au lit, etc.).

- ▶ **Choisir les équipements** les plus adaptés répondant à un niveau d'exigence partagé.

- ▶ **Mener les travaux d'aménagement** de la salle, d'acquisition et d'installation du matériel, de déploiement des logiciels.

- ▶ **Conduire les aspects logistiques du déploiement** : procédures d'achat, organisation des formations, demande de cartes CPS, paramétrages, etc.

Les équipements peuvent être achetés directement par les établissements ou alors par le GCS qui leur rétrocède. De surcroît, au-delà de l'achat, les modalités de portage et de mise à disposition des équipements doivent être clarifiées en prévision de la multiplication des projets de télémédecine. En effet, certaines applications sont communes à différents projets de télémédecine, ce qui présente une difficulté pour répartir leur amortissement sur les différentes structures.

1. Principales actions à mener

- ▶ **Définir les prérequis techniques** au déploiement, notamment en termes de réseau et locaux, et mener un audit au sein de chaque établissement/structure concerné pour identifier les actions à mener en amont.

L'exercice de la télémédecine requiert une infrastructure réseau suffisante selon les usages (lecture d'images, synchronisation des échanges, visio-conférence, etc.). La gestion de ce réseau, tant pour sa qualité à l'entrée de l'établissement que pour son maillage au sein même de l'établissement relève de chaque structure.

- ▶ **Réaliser une étude d'implantation** visant à définir les conditions opérationnelles dans lesquelles peut se dérouler la prise en charge des patients pour les actes de téléconsultation et téléassistance :

- Possibilité de dédier une salle aux activités de télémédecine ou repli vers un équipement mobile. Dans tous les cas, le recours à la diffusion d'un son amplifié doit être possible

2. Points de vigilance et recommandations

- ▶ **Tendre vers un dispositif limitant la distance géographique entre les acteurs sur la prise en charge** : la télémédecine est avant tout un acte de médecine; la téléconsultation doit permettre la tenue dans les meilleures conditions possibles du colloque singulier entre le médecin et le patient. À ce titre, l'impact des outils permettant l'échange à distance sur le déroulement de la consultation doit être limité. Il en va de même pour la téléassistance. Les outils doivent donc donner au patient le sentiment d'une présence à ses côtés du professionnel distant. Cela nécessite donc :

- Une résolution d'écran et un zoom optique de la caméra répondant aux nécessités médicales,
- Un son fluide, ce qui constitue l'enjeu technique le plus critique,

Chapitre 5

Mise en œuvre de l'activité de télémédecine

- Un temps dédié à l'introduction de la téléconsultation afin de gagner la confiance du patient (présentation du professionnel, présentation du système mis en place...),
 - Un indicateur clair du fonctionnement en cours du système (voyant rouge indiquant que la caméra est en fonctionnement) et une garantie de fermeture du système (interrupteur visible du patient).
- **Disposer d'équipements adaptés**
- Écran : avec une taille d'écran et une qualité d'image favorisant le sentiment de présence du professionnel auprès du patient,
 - Caméra : pilotable à distance, éventuellement manipulable par joystick, pour être plus intuitif,
 - Micro-son : sans déformation, sans décalage avec l'image et capable de véhiculer les sons dans les 2 sens simultanément (il n'est pas nécessaire d'attendre que l'interlocuteur ait terminé pour parler),
- Consoles de visualisation des images : selon les standards des établissements disposant d'une imagerie médicale,
 - Il faut également prévoir les équipements nécessaires à la mise en place de la procédure dégradée en cas de panne (équipement de rechange, autres équipements...).
- **Prévoir une procédure** permettant une vérification régulière et standardisée du matériel. Qu'elles soient découvertes ainsi ou à l'occasion d'une utilisation, les pannes doivent donner lieu à une procédure de gestion spécifique.
- **Envisager les aspects logistiques de manière à simplifier les procédures.**

Chapitre 5

Mise en œuvre de l'activité de télémédecine

Fiche 8 Post-déploiement

Enjeux

La prise en charge des patients par télémédecine induit des changements importants :

- Métiers, par l'évolution de certaines compétences, voire l'introduction de nouveaux acteurs;
- Organisationnels, par l'apparition de nouvelles activités et une répartition différente des tâches entre les acteurs;
- Techniques, par le recours à une nouvelle technologie et l'introduction de nouveaux outils.

Aussi, on ne peut limiter le projet à l'installation d'un outil ou à la diffusion de nouvelles procédures. L'impact positif du projet sur la prise en charge des patients n'est visible que si les usages se développent et sont pérennes.

À l'issue de l'installation des dispositifs techniques, et donc avant tout usage, on entre en phase de post-déploiement qui a deux objectifs :

- L'accompagnement pour un développement des usages;
- L'accompagnement pour une pérennisation des usages.

1. Principales actions à mener

► Organiser l'accompagnement du développement des usages en menant des actions sur différents volets :

- Systèmes d'information :
 - Mettre en place un support technique réactif permettant de lever rapidement les freins techniques à l'usage du système;
 - Mettre à disposition le temps nécessaire au développement des usages, un support fonctionnel d'aide à la prise en main. Idéalement, ce support fonctionnel est présentiel dans les premiers jours de fonctionnement sur un site;
 - Recueillir et traiter les retours des utilisateurs :
 - Recenser et qualifier les retours : anomalie bloquante, majeure, mineure ou liée à un fonctionnement particulier du site pouvant engendrer un besoin de paramétrage ou d'évolution;

- Corriger les anomalies dans un délai correspondant à leur qualification;
- Ajuster le paramétrage aux pratiques réellement constatées sur le site;
- Recenser et prioriser les demandes d'évolutions;
- Diffuser l'information sur la correction des anomalies et l'ajustement du paramétrage pour maintenir la dynamique.

• Processus :

- S'assurer de la facilité d'accès et d'usage des procédures;
- Mettre en place localement et/ou en inter-établissements une communauté de pratiques avec les acteurs du processus pour faire remonter les difficultés et proposer des améliorations des processus;
- Mettre à jour et diffuser les processus.

• Qualité :

- Suivre et communiquer les indicateurs d'usage permettant de vérifier la bonne application des procédures (ex. : nombre de scores flash renseignés par patient traité, nombre de patients traités vs nombre de dossiers créés).

► Organiser la pérennisation des usages

La pérennisation des usages nécessite d'être suivie de façon continue (tableau de bord de l'activité, remontées des communautés de pratiques, visites régulières de contrôle sur le site...) car elle permet de déceler très tôt :

- Une baisse d'usage, qui peut être notamment liée à l'arrivée de nouveaux acteurs;
- Une évolution des pratiques, souvent permise par la télémédecine, faisant naître de nouveaux besoins;
- Un mésusage ou des usages détournés pouvant nuire aux objectifs du projet médical.

Ces constats peuvent conduire à :

- Une mise à jour/un rappel des processus et procédures;
- L'expression de demandes d'évolutions fonctionnelles ou techniques;
- L'organisation de formations outil/processus et d'actions de communication pour le rappel/la mise à jour auprès de nouveaux entrants et d'acteurs déjà présents.

Chapitre 5

Mise en œuvre de l'activité de télémédecine

2. Points de vigilance et recommandations

► Adapter l'effort d'accompagnement à l'avancement du déploiement

- Apporter un soutien très important au lancement puis adopter un cadencement de plus en plus espacé au fil du déploiement;
- Mettre en place un transfert progressif de compétences vers les structures impliquées sur les volets applicatif/technique et déploiement/conduite du changement pour pérenniser le dispositif d'accompagnement (autonomie progressive des équipes projet);
- S'appuyer sur les professionnels de santé référents, l'accompagnement post-déploiement nécessitant souvent une légitimité médicale forte.

► Soigner le moment du passage en mode routine

- Pour identifier le bon moment pour acter le passage en mode routine, il est utile de définir en amont :
 - Les indicateurs de déploiement qui seront suivis (périmètre de déploiement, taux d'usage des outils, réduction des anomalies, etc.);
 - La valeur cible permettant de considérer que les usages sont satisfaisants.
- Le passage en mode routine doit être acté en revue de projet pour permettre de :
 - acter l'atteinte des cibles de déploiement;
 - définir l'organisation en routine de l'activité en termes de comitologie et ressources affectées.
- En termes de gouvernance, chaque comité du projet (COPIL, communauté de pratiques, comité technique, comité médical) doit réévaluer et réajuster :
 - Le rythme de ses réunions;
 - Les participants;
 - Les objectifs (par exemple, le COPIL porte davantage sur les évolutions possibles à apporter à l'organisation et sur le suivi des indicateurs d'impacts).

► Anticiper le cas récurrent de l'accueil de nouveaux acteurs

Le cas de l'arrivée de nouveaux acteurs doit être anticipé. Il n'est pas suffisant de proposer des actions régulières de formation. D'autres actions peuvent être envisagées :

- Modules de formation en ligne à disposition des acteurs;

- Posters et autres supports didactiques permettant une prise en main des outils sans assistance.

► Animer une démarche d'amélioration continue des pratiques

En mode routine, il est nécessaire de continuer à se questionner sur les pratiques et de faire évoluer les processus, les procédures, les formations, pour améliorer continuellement l'organisation.

Pour cela, des acteurs impliqués dans la mise en œuvre opérationnelle du projet doivent être intégrés à cette démarche et doivent être réunis régulièrement (fréquence à définir en fonction de l'urgence des évolutions des pratiques identifiées).

Remerciements

Nous tenons à remercier les porteurs des projets de télémédecine des 8 régions pilotes avec qui nous avons travaillé entre 2012 et 2014 pour formaliser les organisations et processus de leurs projets.

Nous remercions également le Dr Pierre SIMON, post-président de la Société française de télémédecine (SFT-ANTEL), pour sa relecture du document et ses nombreux conseils pour orienter nos travaux.

Nous remercions Chantal CORU et Anne BERTAUD de l'ASIP Santé pour leurs relecture attentive et questionnements tout au long de l'élaboration du processus type de réalisation d'un acte de télémédecine.

Nous remercions enfin les relecteurs de ce guide : Stéphanie QUIGUER - GCS e-santé Bretagne, Marion FUMEX - Bureau PF3 DGOS, Julie BIGA et Isabelle BONGIOVANNI-DELAROZIERE - HAS.

Autres publications de l'ANAP sur la télémédecine

Depuis 2012, l'ANAP a élaboré plusieurs guides d'aide au déploiement de la télémédecine pour les acteurs de terrain (« La télémédecine en action » : l'ensemble des productions est à retrouver sur www.anap.fr) :

- ▶ 25 projets passés à la loupe - *Tome 1* : les grands enseignements;
- ▶ 25 projets passés à la loupe - *Tome 2* : monographies;
- ▶ Prise en charge de l'AVC - Support d'aide au déploiement régional;
- ▶ Santé des personnes détenues - éléments de constats et d'analyses issus des projets pilotes en vue d'un déploiement régional;
- ▶ Permanence des soins en imagerie médicale - Eléments de constats et d'analyses issus des projets pilotes en vue d'un déploiement régional.

Glossaire

Sigle Acronyme	Libellé	Sigle Acronyme	Libellé
ARS	Agence régionale de santé	RCP	Réunion de concertation pluridisciplinaire
ASIP	Agence des systèmes d'information partagés de santé	SI/SIH	Système d'information / hospitalier
AVC	Accident vasculaire cérébral	SROS / SROMS	Schéma régional de l'organisation sanitaire / médico-sociale
DGOS	Direction générale de l'offre de soins	TLA	Téléassistance
DMP	Dossier médical personnel	TLC	Téléconsultation
PACS	Picture archiving and communication system	TLM	Télémédecine
PRS	Plan régional de santé	TLS	Télesurveillance
PS	Professionnel de santé	TLE	Télé-expertise



Mentions légales

Financement : les contenus publiés par l'ANAP sont le résultat du travail de ses salariés. Conflits d'intérêts : les contenus et conclusions de l'ANAP sont indépendants de toute relation commerciale. L'ANAP n'approuve ni ne recommande aucun produit, procédé ou service commercial particulier. Usage : l'ANAP garantit la validité des informations à la date de leur publication. Les contenus sujets à évolution particulière sont susceptibles d'être actualisés. Propriété intellectuelle : les contenus sont la propriété intellectuelle de l'ANAP. Toute utilisation à caractère commercial est formellement interdite. Toute utilisation ou reproduction même partielle doit mentionner impérativement : « Construire un projet de télémédecine : Du projet médical au processus de réalisation des actes © ANAP 2015 » et respecter l'intégrité du contenu.



Conception et réalisation : Agence Efil 02 47 47 03 20 - www.efil.fr

Crédit photos : ANAP

Imprimé par Corlet imprimeur sur du papier PEFC

Février 2016

La télémédecine est
une modalité récente de prise
en charge à distance
permettant d'envisager
des organisations innovantes
au service du patient.

Cette publication propose une démarche de
définition d'une activité de télémédecine à partir
d'un projet médical et s'appuyant sur un processus
type de réalisation d'un acte médical à distance.

