



Télémédecine en EHPAD mutualiste :

- Étude
- Retour d'expériences

Rapport réalisé par Sanita Consulting

Mars 2016



ÉDITO

Depuis sa création, la Fondation de l'Avenir a accompagné les innovations technologiques en santé et s'est toujours souciee des conditions de leur mise en œuvre. Avec son partenariat avec la Fédération Nationale de la Mutualité Française, la Fondation de l'Avenir est clairement orientée sur cette préoccupation. Que serait le progrès s'il n'était pas accessible à tous, que deviendrait-il, si les professionnels ne se l'appropriaient pas ?

La télémédecine dans les EHPAD est un bon exemple. Pratique innovante, elle reste encore au stade expérimental. Sur ce sujet, la mutualité est souvent en pointe et dispose d'une expérience significative.

Avec un temps médical de plus en plus contraint, le développement de la télémédecine permet d'améliorer la prise en charge des patients âgés et fragilisés. Elle permet d'apporter une réponse à une question essentielle qui est celui de l'accès aux soins et à l'expertise médicale. La télémédecine est un outil pour concrétiser le décloisonnement des secteurs sanitaire et médico-social.

Elle est surtout un puissant outil pour redéfinir les coopérations interprofessionnelles et modifier les organisations, et c'est en cela qu'elle est intéressante, car de fait elle oblige les acteurs à travailler ensemble au bénéfice du patient.

Avec l'appui de Générations Mutualistes, la Fondation de l'Avenir a commandé au cabinet Sanita Consulting un rapport sur la télémédecine en établissements mutualistes pour personnes âgées.

Un premier retour de ce travail a été effectué lors du congrès de la Fondation de l'Avenir, en décembre 2015.

Vous avez à présent entre les mains le rapport final, inédit sur ce sujet en France. Cet ouvrage sert l'intérêt public, en portant à la connaissance de tous une revue littéraire et les retours des expérimentations des opérateurs mutualistes. Il convient maintenant de passer de l'expérimentation à la généralisation. Les professionnels des établissements mutualistes sont prêts.



Dominique Letourneau
Président du directoire de la Fondation de l'Avenir

SOMMAIRE GÉNÉRAL

I.	Préambule.....	4
II.	Rapport sur la télémédecine en EHPAD mutualiste.....	5
III.	Retour d'expériences d'établissements mutualistes « terrain » sur la mise en œuvre de la télémédecine.....	99

I. PRÉAMBULE

Selon le Code de la santé publique, la télémédecine se définit comme une forme de pratique médicale à distance, utilisant les technologies de l'information et de la communication. Elle met en rapport, entre eux ou avec un patient, un ou plusieurs professionnels de santé, parmi lesquels figure nécessairement un professionnel médical et, le cas échéant, d'autres professionnels apportant leurs soins au patient. Les projections de l'INSEE affirment qu'un français sur trois aura plus de 60 ans en 2050.

L'augmentation du nombre de personnes dépendantes en établissement en France devrait croître de 29% entre 2000 et 2020.

L'utilisation de la télémédecine pour les personnes âgées est un secteur encore largement émergent. La multiplicité des expérimentations masque des niveaux de maturité différents.

Dans le réseau mutualiste, des expérimentations ont permis de précieuses réflexions sur la télémédecine, ses enjeux et les éléments d'organisation à mettre en place (réflexions déontologiques et éthiques, bonnes pratiques).

Dans le cadre du partenariat qui les unit, la Mutualité Française a sollicité la Fondation de l'Avenir pour étudier les expériences de télémédecine en EHPAD mutualistes.

En juillet 2015, la Fondation de l'Avenir a lancé un appel d'offres, pour la réalisation d'un rapport, comprenant :

- Une revue littéraire et juridique sur le sujet de la télémédecine à destination des personnes âgées à domicile et en établissement ;
- Une présentation et une analyse des expérimentations mutualistes en précisant les points communs et les différences de ces dispositifs : contexte, forces et faiblesses ;
- Un guide de mise en œuvre d'un projet de télémédecine.

La Fondation de l'Avenir, sur avis du comité de pilotage, a choisi le Sanita consulting, cabinet spécialisé dans la santé et le médico-social.

Les critères qui ont présidé au choix étaient les suivants :

- La compréhension du contexte mutualiste ;
- Les références des missions préalablement réalisées ;
- La proposition du plan d'intervention : étapes, méthode envisagée, modalités de recueil des informations ;
- La clarté et la précision du devis ;
- Le calendrier estimatif du déploiement de la démarche de réalisation du rapport ;
- La compétence et l'expérience dans le champ de la gérontologie ;
- La capacité à mettre à disposition des professionnels expérimentés et adaptés ;
- L'expérience et les références de l'équipe de recherche dans la démarche d'analyse macroéconomique en santé.

Un comité de pilotage, mis en place sous la responsabilité de la Fondation de l'Avenir, a discuté des enjeux et objectifs et validé les différentes étapes clés de la mission confiée à Sanita Consulting.

Le comité de pilotage se compose de représentants de trois entités complémentaires :

- *Fondation de l'Avenir* : Michel Sirven (directeur général délégué) et Rémi Poillerat (responsable pôle Recherche, innovation, soins et accompagnement) ;
- *Mutualité Française* : docteur Annabelle Dunbavand (conseillère technique à la Présidence), Nathalie Chevallier (chargée de mission santé au pôle SSAM) et Joël Divier (chargé d'étude à la Direction générale au département des systèmes d'information) ;
- *Génération mutualistes* : Guénaelle Haumesser (directrice) et Tharshini Bancel (chargée de mission personnes âgées).

II. RAPPORT SUR LA TELEMEDECINE EN EHPAD MUTUALISTE

1.	Objet de ce rapport	7
2.	Revue littéraire.....	8
2.1	Méthodologie de réalisation	8
2.2	Présentation de la revue de littérature – tableau des articles sélectionnés	9
2.3	Présentation de la revue de littérature	9
2.3.1	Caractéristiques des articles retenus.....	9
2.3.2	Caractéristiques des évaluations médico-économiques (design de l'étude, indicateurs utilisés).....	11
2.3.3	Caractéristiques des évaluations médico-économiques (principaux résultats) ...	13
2.3.4	Zoom sur une étude ayant réalisée une revue de la littérature	14
3.	Revue juridique.....	16
3.1	Définitions officielles	16
3.2	Organisation de la télémédecine	17
3.3	Conditions de mise en œuvre de la télémédecine	17
3.3.1	Consentement du patient	17
3.3.2	Authentification des professionnels de santé, du patient et échange des données	18
3.3.3	Hébergement de données de santé (si besoin)	19
3.3.4	Délégation d'acte (si besoin)	20
3.3.5	Législation relative aux dispositifs médicaux (si besoin).....	20
3.3.6	Prise en charge financière de l'acte de télémédecine	22
4.	Cadre de l'étude	25
5.	Synthèse des expérimentations terrains : des points communs à tous les projets	27
6.	Description des expérimentations terrain	27
6.1	Fiches d'identité des expérimentations étudiées.....	27
6.2	Données collectées -Dimension organisationnelle	29
6.3	Données collectées -Dimension médicale	32
6.4	Données collectées -Dimension système d'information	37
6.5	Données collectées -Dimension budgétaire – dépenses et recettes du projet	39

6.6	Données collectées -Principaux résultats attendues à court terme.....	43
6.7	Questionnement - Axe organisation.....	44
6.8	Questionnement - Axe médico-économique	60
6.9	Questionnement - Axe système d'information.....	68
6.10	Questionnement - Axe juridique	78
6.11	Questionnement - Questions ouvertes	86
7.	Proposition d'axes d'amélioration	95
	Annexe - sources et références documentaires	96
	Liste des personnes interrogées dans le cadre de l'étude (septembre et octobre 2015)	96
	Tableau des études traitées pour la revue littéraire	97
	Sources et références documentaires pour la revue juridique	98

1. Objet de ce rapport

On estime que le **nombre de personnes dépendantes en institution devrait croître de 29%**, en France, entre 2000 et 2020. Cela aura pour conséquence d'**augmenter la demande en soins de proximité** et nécessitera de **disposer de structures capables d'y répondre**.

La télémédecine pourrait y répondre en partie en apportant des solutions adaptées à l'évolution du paysage médical notamment au niveau de l'accès aux soins. Des expérimentations dans les EHPAD mutualistes sont aujourd'hui en cours. Elles ont pour objectifs d'évaluer l'intérêt, la mise en œuvre et le coût de ces nouveaux dispositifs.

L'étude porte sur sept d'entre elles qui se déroulent actuellement **dans six régions** : quatre sont à un stade développement avancé et trois sont en phase de démarrage.

Ces initiatives locales sont portées par des enjeux territoriaux qui relèvent essentiellement de l'égalité dans l'accès aux soins mais aussi par des **enjeux partenariaux comme ceux de la Fédération Nationale de la Mutualité Française (FMNF)** qui consistent à :

- **Valoriser la contribution du mouvement mutualiste aux projets de télémédecine** soutenant ainsi les priorités nationales de santé ;
- **Faire-savoir et faire-valoir la valeur ajoutée et la plus-value sociétale apportée par le mouvement mutualiste** à travers ces projets de télémédecine ;
- **Identifier les problématiques** auxquelles sont confrontées les personnes travaillant sur ces projets de télémédecine.

Ceux de la **Fondation de l'Avenir**, qui permettront de :

- Avoir une **visibilité sur l'ensemble des projets mutualistes** de télémédecine en France permettant une meilleure prise en charge des personnes âgées en EHPAD ; en précisant les points communs et les différences de ces dispositifs ;
- **Identifier les besoins des porteurs de projets** de télémédecine ;
- **Monter en compétences sur les différents volets des projets de télémédecine** (volet médical, technique, économique, organisationnel et juridique...).

Et enfin ceux de **Génération Mutualistes, le réseau famille** pour :

- Recenser les **projets de télémédecine menés ou à venir** dans les EHPAD ;
- Disposer de **meilleures connaissances des projets de télémédecines actuels et des éléments méthodologiques / outils / bonnes pratiques** pour un meilleur accompagnement du réseau sur la mise en place de projet de télémédecine.

L'étude a été menée par **SANITA Consulting** en coordination avec un comité de pilotage constitué de membres représentatifs de la **Fondation de l'Avenir, de la FMNF et de Génération Mutualistes** de septembre à décembre 2015. Les données ont été collectées entre septembre et octobre 2015.

2. Revue littéraire

2.1 Méthodologie de réalisation

Concernant la réalisation de la revue de littérature, nous avons procédé comme suit :

- **Sources pour la recherche documentaire initiale :**

Réalisée sur la base d'articles accessibles en ligne :

- pour la littérature internationale : la base de données **PubMed / Medline** ;
- pour la littérature francophone : la base de données de la **Banque de Données en Santé Publique** ;
- les **sites internet francophones** publiant des recommandations, des rapports d'évaluation technologique ou économique (SYNTEC, CATEL, ASIP, Ministère, ANAP, HAS) ;
- les sites Internet des **sociétés savantes françaises** compétentes dans le domaine étudié (ANTEL).

- **Combinaisons de mots clés pour la recherche documentaire initiale :**

Les combinaisons mots clés qui seront utilisés pour la recherche permettent d'obtenir des résultats en quantité sont les suivants :

- Mots clés de recherche : {télémédecine ; gériatrie}, pour la recherche d'articles en français, une première recherche effectuée sur la BDSP fait état de 21 articles, {téléconsultation} fait état de 33 articles, {telemedicine}, fait état de 49 articles ;
- Mots clés de recherche : {Geriatric ; telemedicine}, pour la revue d'articles en Anglais, une première recherche effectuée sur PubMed fait état de 232 articles ;
- Mots clés de recherche {Telemedicine ; primary care ; adult ; evaluation} une première recherche effectuée sur PubMed fait état de 274 articles.

La recherche a également été effectuée sur le site des sociétés savantes comme l'ANTEL et des **sites internet francophones** publiant des recommandations, des rapports d'évaluation technologique ou économique (SYNTEC, CATEL, ASIP, Ministère, ANAP, HAS) ou sur Google avec des mots clés comme {télémédecine ; EHPAD}.

- **Modalités de recherche documentaire complémentaire :**

Sur la base des articles identifiés, utilisation **de filtres qualitatif** afin de ne retenir que les articles de qualité et dans l'objet de l'étude (téléconsultations pour personnes âgées en EHPAD) :

- **Etudes les plus récentes datant de 2006 et plus** car la technologie a très largement évolué depuis ainsi que les méthodes d'évaluation médico-économiques ;
- **Etudes susceptibles de renseigner sur la méthodologie et/ou les résultats d'évaluation relative aux aspects médico et économiques et/ou sociologique** (« retours » patients).

Sont exclues :

- Etudes non susceptibles de renseigner sur la méthodologie et/ou les résultats d'évaluation relative aux aspects médico et économiques et/ou sociologique (« retours » patients) ;
- Etudes à visée marketing ;
- Etudes qui ne répondent pas à l'objet de la pratique actuelle de la télémédecine (téléconsultations pour personnes âgées en EHPAD) réalisée au sein de la Mutualité ;
- Etudes sans résumé donnant du détail sur le contenu de l'article ou sans accès gratuit à l'article.

Le tableau complet des études traitées (éliminées / retenues) figure en annexe de ce document.

Sur la base des études sélectionnées, nous avons réalisé une analyse descriptive de la littérature :

- Auteur ;
- Année ;
- N° ID Référence / Titre ;
- Source ;
- Type de télémedecine ;
- Spécialité médicale couverte ;
- Pays ;
- Horizon temps ;
- Volume (Population / Usage) ;
- Évaluation médico-éco (design de l'étude, indicateurs utilisés, principaux résultats) ;
- Évaluation sociologique patient (retours patients/ qualitatif – quantitatif ; indicateurs utilisés, principaux résultats).

Les différents croisements qui seront effectués ensuite (indicateurs, pathologies traitées, populations traitées...) nous ont permis de réaliser la revue qui suit.

2.2 Présentation de la revue de littérature – tableau des articles sélectionnés

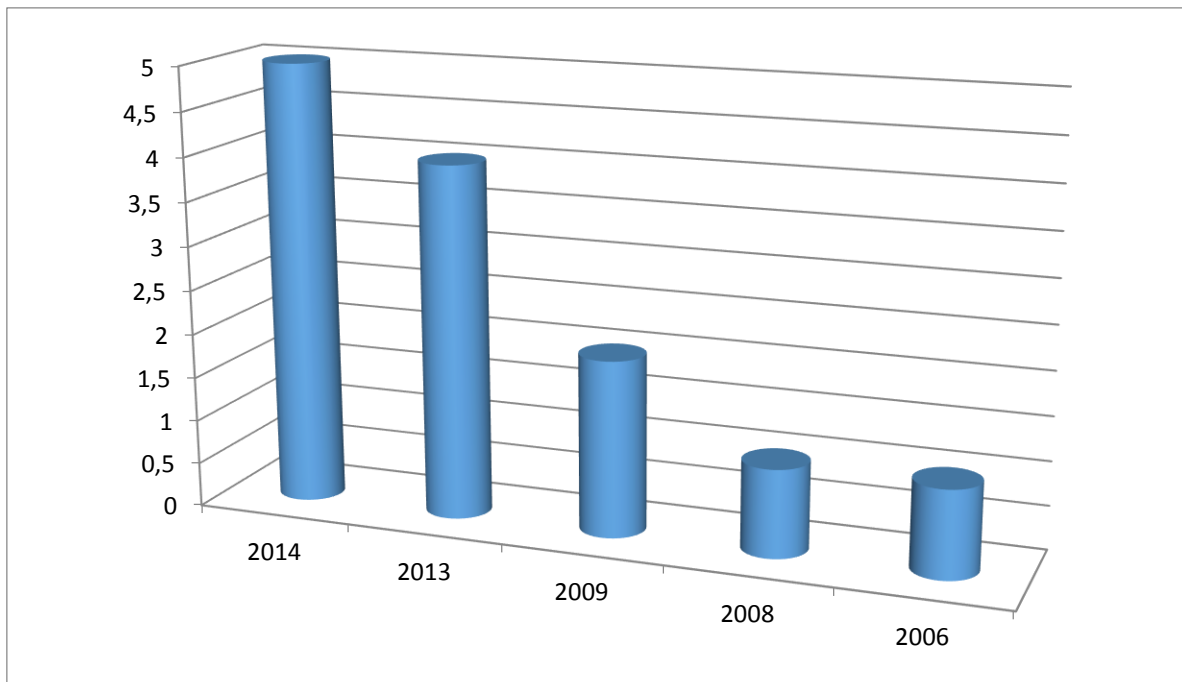
Les articles sélectionnés (13 formellement dont 1 à titre informatif car article non trouvé mais résumé explicite) figurent en annexe « Tableau des études traitées pour la revue littéraire ».

2.3 Présentation de la revue de littérature

2.3.1 Caractéristiques des articles retenus

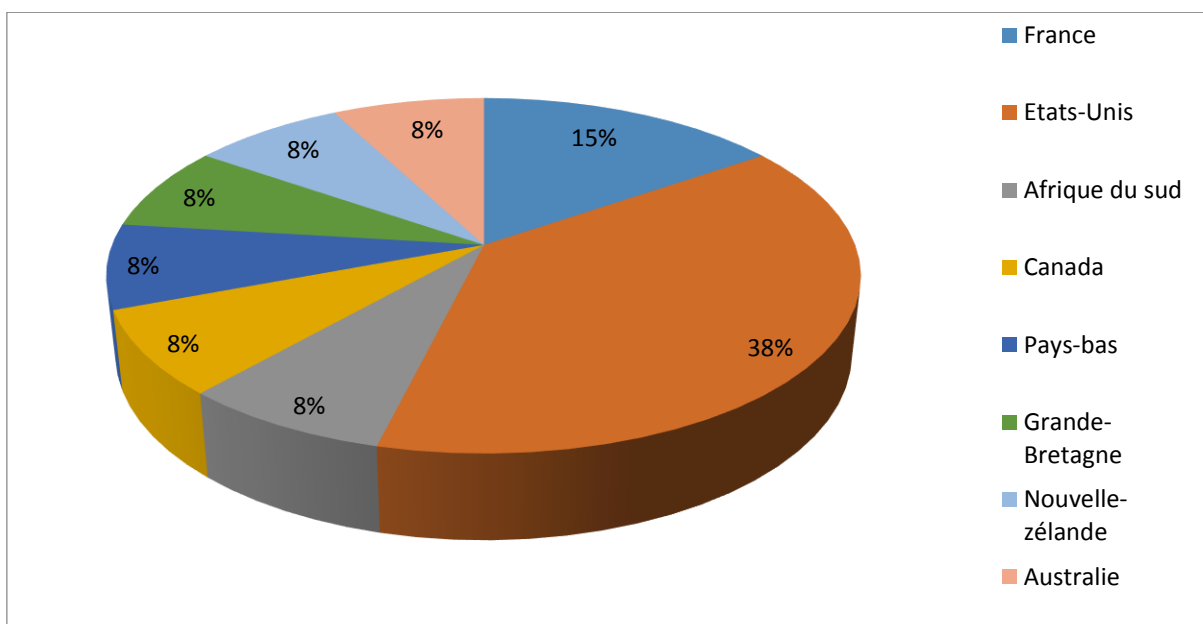
Douze des 13 articles retenus traitent des projets en cours / terminés alors que le 13ème est une revue de littérature des articles traitant des projets terminés.

La plupart des articles retenus sont récents (9/13 datent de 2014 et 2013 même s'ils traitent parfois d'expérimentation / de projets parfois datant de plusieurs années) : cette caractéristique rend ces articles d'autant plus intéressants que les projets commencent à être significatifs (nombre de patients inclus, diversité de spécialités médicales...) et que la technologie a énormément évolué depuis dix ans (plus performante).



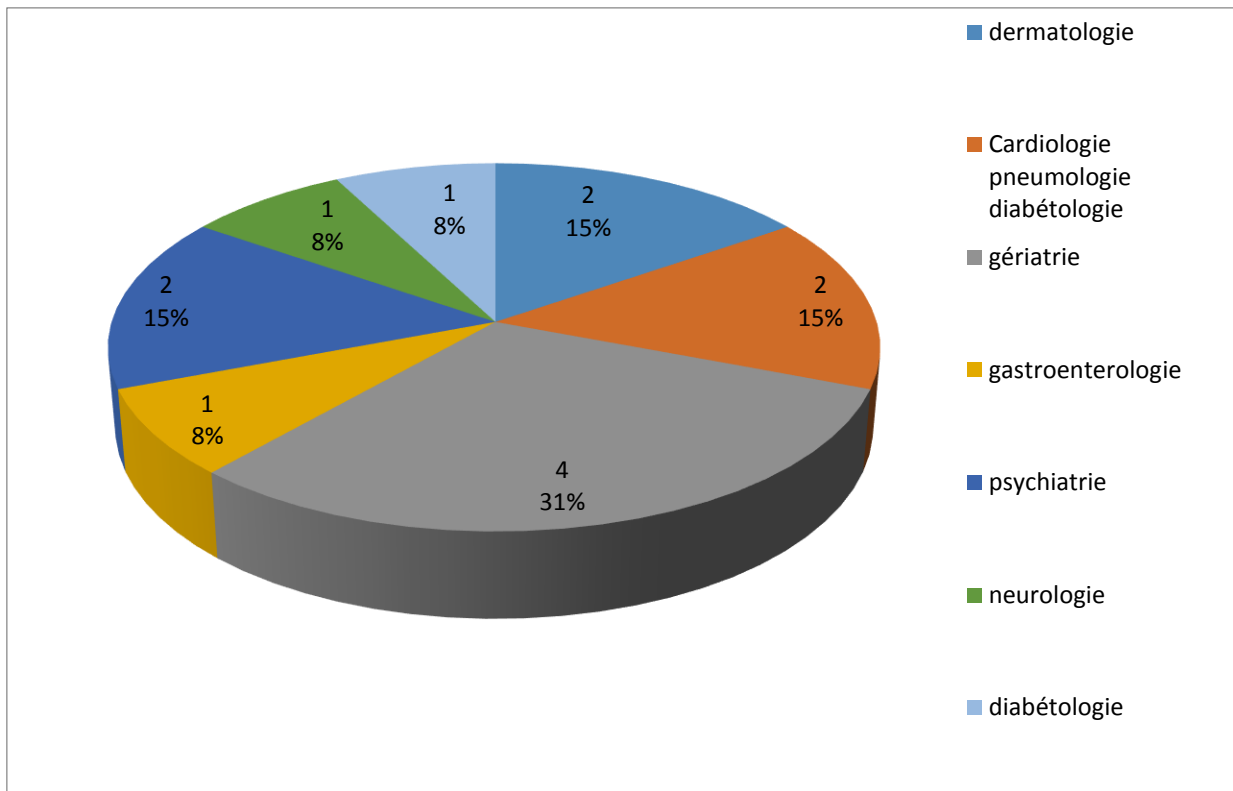
Répartition des articles retenus par année

La plupart des articles retenus proviennent de pays anglophones (10/13) et plus précisément des Etats-Unis (5/13) qui se sont lancés depuis plusieurs années dans des programmes de télémédecine d'envergure (notamment pour les programmes concernant les vétérans de l'armée).



Répartition des articles retenus par pays d'origine

Les spécialités traitées dans les **articles retenues** sont assez classiques pour le domaine de la **télémédecine** : la **Gériatrie (4/13)**, la **Cardiologie / Pneumologie / Diabétologie pour une prise en charge multi-spécialités (2/13)**, la **psychiatrie (2/13)** et la **dermatologie (2/13)**. Restent certaines spécialités qui sont peu traitées comme la gastroentérologie et la neurologie (exception faite en France avec récemment des projets de télé-AVC comme ortif-teleneuro en Ile-de-France).



Répartition des articles retenus par spécialité

Concernant la **durée de l'étude des projets** dans les articles retenus, celle-ci est très variable :

- six projets ont duré plus de 12 mois (entre 12 et 60 mois) ;
- trois projets se sont étalés entre sept et dix mois ;
- un projet a duré deux mois (analyse sur dossier d'une petite cohorte) ;
- deux projets n'ont pas précisé cette donnée.

Concernant l'**échantillon de patients inclus dans l'étude**, celui-ci est également très variable :

- six projets ont inclus plus de 100 patients (entre 137 et 3230) ;
- six projets ont inclus entre dix et 50 patients (les résultats seront donc à pondérer car la cohorte est limitée).

Concernant le **périmètre de nombre d'établissements inclus dans l'étude**, celui-ci est extrêmes variable:

- neuf projets comptaient entre un et 20 établissements ;
- deux projets sont à l'échelle d'un état ou d'un pays (plus grosse cohorte de patients) ;
- deux projets n'ont pas communiqué ces informations.

2.3.2 Caractéristiques des évaluations médico-économiques (design de l'étude, indicateurs utilisés)

La **variété des design d'étude est très large mais de faible qualité méthodologique** : essai contrôlé randomisé (très peu d'études), multicentrique, efficacité comparative, présence d'indicateurs économiques ou non, durée de l'étude... Ces informations ne sont pas toujours précisées dans les articles.

Bien souvent, le design de l'étude est observationnel. Elle se base sur un groupe contrôle (hors télémédecine), avec une cohorte de patients, sur une étude « ici/ailleurs sans télémédecine » ou « avant/après télémédecine » et sur une approche multidimensionnelle (deux ou trois dimensions par étude en général) des indicateurs.

Concernant les **indicateurs issus de la revue de la littérature**, ils sont nombreux et variés. Il est possible de faire des **regroupements** (source HAS, Service Evaluation Economique et Santé Publique de juillet 2013) suivants les **indicateurs par dimension** (Qualité/Prise en charge, Organisation des soins, Coûts et Accessibilité aux soins) :

- **Dimension Qualité/Prise en charge :**

Indicateurs liés à l'état de santé du patient en relation avec la spécialité de prise en charge : évolution de la cicatrisation des plaies, évolution de l'escarre/plaie stade, surface, volume, évaluation colorielle, taux d'hémoglobine A1c (HgbA1c), de lipoprotéine de faible densité (LDL) et les niveaux de pression artérielle, le taux de réduction de la surface de l'ulcère de pression (cm² / jour), bénéfice clinique tel que mesuré par un Questionnaire de la maladie de Parkinson, état nutritionnel (poids, taille et calcul de l'IMC, albuminémie)... ;

Indicateurs liés aux impacts sur le patient/la famille/les aidants : qualité de vie du résident, satisfaction des patients vis à vis du service, maintien de l'autonomie, les changements dans la charge des aidants ;

Indicateurs liés à l'adhésion des professionnels de santé : utilisation du système de télémédecine ((% de visites de télémédecine achevées comme prévu, % de participants de télémédecine qui complète au moins une visite de la télémédecine) ;

Indicateurs liés aux impacts sur la pratique des professionnels de santé : amélioration du suivi du patient.

- **Dimension Organisation des soins :**

Indicateurs liés aux impacts sur la pratique des professionnels de santé : rythme de changement des pansements, exactitude des résultats de télépsychiatrie avec ceux d'entretiens face à face, concordance d'une 2^{de} lecture mesurée avant et après téléexpertise.

- **Dimension Coûts :**

Indicateurs liés aux impacts pour l'état/assurance maladie : consommation de soin (type de pansements utilisés avant et après téléconsultation, évitement d'hospitalisations non programmées aux urgences ou en médecine ou chirurgie), coûts de transport ;

Indicateurs liés aux impacts pour les professionnels de santé : le temps médical/paramédical (voyage pour se rendre aux rendez-vous physiques, préparation de l'activité de télémédecine...)

Impacts pour le patient : indicateur Qaly.

- **Dimension Accessibilité aux soins :**

Indicateurs sociologiques liés aux patients concernés : acceptation globale de l'évaluation par TLM dans une population de personnes âgées, caractéristiques de la population incluse (âge, sexe, nombre et type de comorbidités ;

Indicateur pour le patient/famille/aidant : délai d'accès à un avis médical.

En fonction de l'objet de chacune des études, les critères choisis sont très différents mais on peut constater les indicateurs communs suivants :

- **Beaucoup d'indicateurs sur la qualité /prise en charge:** cela peut s'expliquer par les objectifs de certaines études dont le seul objet était de vérifier l'acceptation générale du service de TLM dans la prise en charge et sa différence par rapport à une prise en charge en face à face ;
- **Des indicateurs de coûts centrés sur le transport** avec une différence notable car dans certains projets, c'est le spécialiste qui se déplaçait auparavant et pas le patient (dans deux articles).

On peut s'étonner que l'utilisation d'indicateurs d'accessibilité (exemple : délai de rendez-vous) ne ressorte pas comme un point commun à tous les articles de la revue de littérature.

Au final, l'analyse de la littérature a identifié **peu d'articles traitant le sujet de l'évaluation médico-économique et encore moins d'articles sur des projets français**. En outre, cette revue de la littérature a mis en évidence des méthodologies utilisées plutôt faibles : ceci tend à démontrer le **faible degré de maturité des porteurs de projets sur le sujet de l'évaluation médico-économique**.

2.3.3 Caractéristiques des évaluations médico-économiques (principaux résultats)

Dans la mesure où les critères d'évaluation médico-économique sont différents d'un projet à l'autre, les résultats présentés le sont également. Il est possible d'illustrer cette variété de résultats par des extraits de la revue de la littérature :

- **Résultats liés à l'état de santé du patient en relation avec la spécialité de prise en charge :**
 - les téléconsultations ont permis de diminuer de manière significative au plan statistique la douleur ainsi que la surface des escarres (de 14 à 6,7 cm² en moyenne) ;
 - la télédermatologie est fiable pour le triage des consultations de dermatologie des patients hospitalisés et a le potentiel d'améliorer l'efficacité de la prise en charge ;
 - le changement dans la qualité de vie ne différait pas pour ceux traités par télémédecine par rapport à ceux ayant eu des consultations en face à face ;
 - la mortalité n'a pas été différente entre les groupes ;
 - l'évaluation de télépsychiatrie est une méthode fiable de l'évaluation avec un degré élevé de précision par rapport au face à face pour faire face à de nouvelles références en matière d'entretien psychiatriques ambulatoires en routine.
- **Résultats liés aux impacts sur la pratique des professionnels de santé :**
 - le rythme de changements des pansements a été amélioré, passant de tous les 3,8 jours à 1,5 jour ;
 - le taux de suivi des recommandations a augmenté : sans ces téléconsultations, les médecins généralistes auraient demandé un avis spécialisé dans 63,2% des cas.
- **Résultats sur l'accessibilité aux soins :** la télémédecine s'annonce très prometteuse pour accroître l'accès, aucune différence statistiquement significative n'a été observée entre les périodes de contrôle et d'intervention sur l'un des résultats primaires ou secondaires.
- **Résultats sur les coûts :**
 - une réduction moyenne des coûts des soins directs de 650 \$ par habitant par rapport à des «soins habituels» ;

- chaque téléconsultation a permis d'économiser en moyenne 100 miles de voyage et trois heures de temps pour le spécialiste (étude américaine) ;
- une diminution du coût moyen par semaine en pansements, de 35,2 à 4,5 euros, diminution des coûts pour les maladies chroniques (**en cours**) ;
- la prise en charge par téléconsultation permettra d'éviter annuellement 25 % des dépenses globales de soins (**étude encore en cours**) ;
- le gain de QALY par les patients passés par la télésanté en plus des soins habituels était similaire à celle par les patients recevant les soins habituels.

On peut faire les constats suivants :

- Des **résultats concrets pour certaines spécialités** (dermatologie et psychiatrie) qui semblent plutôt positifs dans la qualité/prise en charge ;
- Une **satisfaction du patient qui semble positive** quels que soient les articles de la revue qui ont utilisé cet indicateur ;
- La **réalisation d'économies** principalement liées à la baisse de dépenses de transport et de temps médical : cette tendance devra être vérifiée dans le temps car les coûts ne sont pas étudiés de manière très détaillée (même si avec le temps, ces coûts auront tendance à baisser par des effets conjugués de mutualisation et d'innovation en matière de systèmes d'information et d'organisation de la prise en charge) ;

Enfin, de nombreuses d'études (celles avec des petites cohortes) ont insisté sur la nécessité de vérifier ces résultats dans le temps (dans la durée) et sur des cohortes plus significatives.

2.3.4 Zoom sur une étude ayant réalisé une revue de la littérature

L'étude "**A systematic review of telemedicine services for residents in long term care facilities**" (réalisée par Sisira Edirippulige, Melinda Martin-Khan, Elizabeth Beattie, Anthony C Smith et Leonard C Gray) nous fournit une synthèse d'études relativement conforme à ce que serait notre conclusion (même si elle n'a traité que des articles contenant des données d'évaluation médico économiques) : globalement, la qualité de la preuve pour la télémédecine est faible. Il y a seulement une étude randomisée. La plupart des études sont observationnelles et qualitatives et axées sur l'usage. Elles sont principalement basées sur des enquêtes et des interviews de parties prenantes (patients et personnels de santé).

Quelques études ont évalué le coût associé à la mise en œuvre de services de télémédecine. **Nous nuancerons ce propos avec les résultats observés (dans notre revue de littérature) qui sont plutôt prometteurs pour certaines spécialités médicales et ouvrent des perspectives intéressantes dans le domaine de l'économie.**

L'étude "**A systematic review of telemedicine services for residents in long term care facilities**" montre qu'il existe des preuves de la faisabilité et de la satisfaction des intervenants dans l'utilisation de la télémédecine dans les établissements de soins prolongés dans un certain nombre de spécialités cliniques.

Sur la **dimension des coûts**, cette étude fait les constats suivants :

- Concernant la **coordination médicale**, la prise en charge de patients par la télémédecine devient économiquement abordable lorsque l'usage dépasse environ les 850 utilisations par année ;
- Pour la **dermatologie**, c'est surtout la téléexpertise qui s'avère rentable ;
- Pour la **gériatrie**, c'est surtout l'évaluation gériatrique et l'éducation du patient qui semblent être les plus rentables ;

- Pour la **psychiatrie**, l'étude a révélé que la télépsychiatrie a été associée à d'importantes réductions du temps de déplacement pour les résidents et les cliniciens.

Sur la dimension qualité / prise en charge :

- **L'acceptation générale du service de télépsychiatrie** par le résident et le personnel était élevée et la cohérence entre l'évaluation par vidéoconférence et en face à face était 76-89 % ;
- **La fiabilité du diagnostic de la démence en télémédecine** s'est avérée aussi précise qu'un examen clinique en face à face. Les patients ont rapporté un haut degré de satisfaction vis-à-vis de la télémédecine ;
- Pour la **médecine générale**, la télémédecine est **efficace pour réduire le nombre de visites à la clinique** et atteint un haut niveau de satisfaction chez patients. En revanche une autre étude qui examine les examens virtuels par rapport à ceux pratiqués au chevet des résidents des foyers de soins, conclut que les **examens en face à face ont été supérieurs pour la plupart des examens** : néanmoins, la **visioconférence a été jugée comme étant une alternative utile**, en particulier pour les soins des plaies;
- Pour la **neurologie**, les visites de télémédecine ont abouti à **l'amélioration de la motricité et des symptômes cognitifs** : la télémédecine pourrait être utile pour des prestations de soins à ces patients ;
- Concernant les **soins multiples (patients poly pathologiques)**, une étude a étudié la faisabilité, l'acceptabilité et le coût-efficacité de la fourniture de services gériatriques via une vidéoconférence : la télémédecine a contribué à **augmenter le nombre de patients revu**. Enfin, une autre étude a révélé que la **majorité des services pourrait être effectué via télémédecine**.

Enfin cet article de revue de la littérature mentionne que la **fourniture de divers services spécialisés offerts par télémédecine est faisable pour les résidents en établissements de long séjour et que les participants ont exprimé une grande satisfaction vis-à-vis de la télémédecine**.

3. Revue juridique

3.1 Définitions officielles

La télémédecine est définie dans la **loi HPST (Hôpital Patient Santé Territoire) du 21 juillet 2009** comme étant une « une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication. Elle met en rapport, entre eux ou avec un patient, un ou plusieurs professionnels de santé, parmi lesquels figure nécessairement un professionnel médical et, le cas échéant, d'autres professionnels apportant leurs soins au patient. Elle permet d'établir un diagnostic, d'assurer, pour un patient à risque, un suivi à visée préventive 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, ou d'effectuer une surveillance de l'état des patients ».

La **définition des actes de télémédecine** ainsi que leurs conditions de mise en œuvre et de prise en charge financière sont fixées par le **décret n° 2010-1229 du 19 octobre 2010** en tenant compte des déficiences de l'offre de soins dues à l'insularité et l'enclavement géographique.

- La **téléconsultation**, qui a pour objet de permettre à un professionnel médical de donner une consultation à distance à un patient. Un professionnel de santé peut être présent auprès du patient et, le cas échéant, assister le professionnel médical au cours de la téléconsultation. Les psychologues mentionnés à l'**article 44 de la loi n° 85-772 du 25 juillet 1985** portant diverses dispositions d'ordre social peuvent également être présents auprès du patient ;

Exemples : téléconsultation entre un service de gériatrie et un EHPAD (Télémur 38, Telehpad, Télégéria IF, ...).

- La **téléexpertise**, qui a pour objet de permettre à un professionnel médical de solliciter à distance l'avis d'un ou de 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;

Exemple : avis neurochirurgicale à partir de données médicales et d'images (ortif-teleneuro), dépistage de la rétinopathie diabétique (ophdiat)...

- La **télesurveillance médicale**, qui a pour objet de permettre à un professionnel médical d'interpréter à distance les données nécessaires au suivi médical d'un patient et, le cas échéant, de prendre des décisions relatives à la prise en charge de ce patient. L'enregistrement et la transmission des données peuvent être automatisés ou réalisés par le patient lui-même ou par un professionnel de santé ;

Exemples : télésuivi de l'insuffisance cardiaque (pimps, cardiauvergne), télésuivi des femmes enceintes à distance (HAD)...

- La **téléassistance médicale**, qui a pour objet de permettre à un professionnel médical d'assister à distance un autre professionnel de santé au cours de la réalisation d'un acte ;

Exemple : lors d'une intervention chirurgicale, l'acte de thrombolyse dans la prise en charge de l'AVC...

- La **réponse médicale** qui est apportée dans le cadre de la régulation médicale mentionnée à l'**article L. 6311-2 et au troisième alinéa de l'article L. 6314-1 du Code de la santé publique** ;

Exemple : SAMU

3.2 Organisation de la télémédecine

Toujours selon le **décret n°2010-1229 du 19 octobre 2010**, l'activité de télémédecine et son organisation font l'objet :

- Soit d'un **programme national défini par arrêté** des ministres chargés de la santé, des personnes âgées, des personnes handicapées et de l'assurance maladie ;
- Soit d'une **inscription dans l'un des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens ou l'un des contrats** ayant pour objet d'améliorer la qualité et la coordination des soins ;
- Soit d'un **contrat particulier signé par le directeur général de l'agence régionale de santé** et le professionnel de santé libéral ou, le cas échéant, tout organisme concourant à cette activité.

En outre, les **organismes et les professionnels de santé qui organisent une activité de télémédecine** (à l'exception de la réponse médicale donnée dans le cadre de la régulation médicale) **doivent conclure des conventions qui organisent leurs relations et les conditions de mise en œuvre**. La CNIL recommande que les engagements et responsabilités de chacun soient rappelés.

Les signataires de la convention sont les partenaires impliqués dans l'activité de télémédecine ; Il peut s'agir d'une convention entre plusieurs hôpitaux et une autre structure de type EHPAD par exemple.

3.3 Conditions de mise en œuvre de la télémédecine

3.3.1 Consentement du patient

Selon l'article **L.1111-4 du code de la santé publique**, aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment. De même, en application des **articles 35 et 36 du code de déontologie médicale**, le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose.

Le consentement libre et éclairé du patient est donc requis pour la réalisation des actes de télémédecine sauf urgences et cas particuliers.

En observation de ces dispositions, il faut distinguer plusieurs hypothèses :

- **Le patient est en état d'exprimer son consentement libre et éclairé** : il appartient alors au médecin «demandeur» de **l'informer et de recueillir son consentement pour procéder aux actes de télémédecine**;
- **Le patient est hors d'état d'exprimer sa volonté ou en cas d'urgence** : le médecin « demandeur » peut **s'exempter de l'information du patient pour procéder aux actes de télémédecine**. La personne de confiance ou la famille, ou à défaut, un des proches du patient doit alors être consulté, sauf urgence ou impossibilité de les contacter.

Ainsi la **mise en œuvre de la télémédecine n'est possible que dans le respect des droits fondamentaux des patients** (information et consentement).

Type d'actes	Principes juridiques		Textes applicables
Actes de soins	Information préalable	Consentement express (exceptions dans les cas d'urgence, dans les cas où l'intéressé est hors d'état de manifester sa volonté ou si, au cours d'une intervention, un acte non prévu avec le patient s'avère nécessaire et urgent dans un but thérapeutique).	Art. L1111-4 alinéas 1 et 3 du Code de la Santé publique : « Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il fournit les décisions concernant sa santé (...). Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment ».
Actes de télémédecine	Information préalable	Non opposition	Art. R6316-2 du Code de la Santé publique : « Les professionnels participant à un acte de télémédecine peuvent, sauf opposition de la personne dûment informée , échanger des informations relatives à cette personne, notamment par le biais des technologies de l'information et de la communication. »
Hébergement des données de santé	Information préalable	Consentement explicite, possiblement dématérialisé (électronique)	Art. L1111-8 du Code de la Santé publique : « Les professionnels de santé ou les établissements de santé ou la personne concernée peuvent déposer des données de santé à caractère personnel, recueillies ou produites à l'occasion des activités de prévention, de diagnostic ou de soins, auprès de personnes physiques ou morales agréées à cet effet. Cet hébergement de données, quel qu'en soit le support, papier ou informatique, ne peut avoir lieu qu'avec le consentement exprès de la personne concernée . »

Source : Fiche thématique du CISS n° 46 - La télémédecine – 2015

En pratique, le consentement du patient aux soins pratiqués dans le cadre d'un acte de télémédecine emporte, de fait, son consentement à l'échange des données médicales le concernant. Un patient qui s'y opposerait ne pourrait en effet bénéficier par nature d'un acte de télémédecine.

De la même façon, un patient qui ne consentirait pas à l'hébergement de ses données de santé collectées lors de la réalisation d'un acte de télémédecine ne pourrait accepter la réalisation de l'acte de télémédecine.

Le consentement du patient aux soins pratiqués sous la forme d'actes de télémédecine est réputé alors acquis pour tous les échanges entre professionnels de santé organisant l'activité de télémédecine.

Ainsi, il est d'autant plus primordial de veiller à une complète information préalable de l'utilisateur.

3.3.2 Authentification des professionnels de santé, du patient et échange des données

Selon le **décret n°2010-1229 du 19 octobre 2010**, chaque acte de télémédecine est réalisé dans des conditions garantissant :

- **L'authentification des professionnels de santé** intervenant dans l'acte **ainsi que l'identification du patient** ;
- **L'accès des professionnels de santé aux données médicales** du patient nécessaires à la réalisation de l'acte ;

- Lorsque la situation l'impose, la formation ou la préparation du patient à l'utilisation du dispositif de télé-médecine ;
- Sont inscrits dans le **dossier du patient tenu par chaque professionnel médical intervenant** dans l'acte de télé-médecine et dans la fiche d'observation associée :
 - Le compte rendu de la réalisation de l'acte ;
 - Les actes et les prescriptions médicamenteuses effectués dans le cadre de l'acte de télé-médecine ;
 - La date et l'heure de l'acte ;
 - Le cas échéant, les incidents techniques survenus au cours de l'acte.

Selon l'**article L1110-4 du code de la santé publique** : «Toute personne prise en charge par un professionnel, un établissement, un réseau de santé ou tout autre organisme participant à la prévention et aux soins a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant. Deux ou plusieurs professionnels de santé peuvent toutefois, sauf opposition de la personne dûment avertie, échanger des informations relatives à une même personne prise en charge, afin d'assurer la continuité des soins ou de déterminer la meilleure prise en charge sanitaire possible. Lorsque la personne est prise en charge par une équipe de soins dans un établissement de santé, les informations la concernant sont réputées confiées par le malade à l'ensemble de l'équipe».

Ces principes s'appliquent à tous les professionnels de santé intervenant dans la prise en charge du patient.

3.3.3 Hébergement de données de santé (si besoin)

La **loi n° 2002-303 du 4 mars 2002** relative aux droits des malades et à la qualité du système de soins a redéfini la relation entre les patients et les professionnels de santé. En posant le principe du droit à l'information du patient et en réaffirmant le droit à la confidentialité des données de santé, la loi a imprimé une évolution marquante dans l'organisation du système de santé.

Le droit à la confidentialité des données de santé conditionne leurs modalités d'hébergement. Ainsi les professionnels de santé sont tenus, selon les règles déontologiques qui leur sont applicables, de tenir à jour une fiche d'information sur chaque patient. En établissement de santé, un dossier hospitalier est ouvert pour chaque patient pris en charge. Ces documents sont conservés sous la responsabilité du professionnel de santé ou de l'établissement de santé qui les détient.

En tant que responsables du traitement, les **établissements de santé et les professionnels de santé sont tenus de déclarer leurs fichiers à la CNIL**. À cet effet, certaines professions bénéficient pour la déclaration de leurs fichiers de formalités allégées.

La déclaration de traitement est effectuée, quelles que soient les modalités d'hébergement des données de santé à caractère personnel définies à l'**article L.1111-8 du Code de la santé publique**. En effet, les professionnels de santé peuvent choisir de conserver eux-mêmes les données de santé de leurs patients ou de les confier à un hébergeur agréé pour cette activité.

L'hébergeur est chargé **d'assurer la confidentialité, la sécurité, l'intégrité et la disponibilité des données de santé qui lui sont confiées** par un professionnel de santé, un établissement de santé ou directement par la personne concernée par les données.

Pour exercer son activité, l'hébergeur doit démontrer sa capacité à mettre en œuvre une politique de sécurité et de confidentialité renforcée, en vue de l'**obtention d'un agrément pour l'hébergement des données de santé à caractère personnel**.

L'article L.1111-8 du code de la santé publique précise les conditions dans lesquelles les données de santé peuvent être confiées à un hébergeur. Ainsi :

- La personne concernée par les données de santé doit avoir consenti expressément à l'hébergement de ses données ;
- L'hébergeur doit être agréé pour son activité ;
- L'hébergeur est soumis aux règles de confidentialité prévues à l'article L.1110-quatre du Code de la santé publique et à des référentiels d'interopérabilité et de sécurité ;
- Lorsque les professionnels de santé ou les établissements de santé hébergent leurs propres données de santé, ils ne sont pas soumis à l'agrément et ne sont pas tenus de recueillir le consentement exprès de l'intéressé pour conserver ces données.

En revanche, **dès lors qu'une entité héberge des données de santé de patients dont elle n'assure pas la prise en charge, elle est considérée comme hébergeur et doit obtenir un agrément.**

Les conditions de délivrance de l'agrément sont fixées par le décret en Conseil d'État du quatre janvier 2006, pris après avis de la CNIL et après concertation avec les représentants des patients et des professionnels de santé, et codifié aux articles R.1111-9 à R.1111-14 du Code de la santé publique. L'agrément est délivré par le ministre en charge de la Santé, après avis de la CNIL et d'un comité d'agrément créé ad hoc, dont l'ASIP Santé assure le secrétariat.

L'agrément est délivré pour trois ans et peut être renouvelé, après présentation d'une nouvelle demande. Le ministre de la Santé peut décider le retrait de l'agrément d'un hébergeur si des manquements graves à ses obligations sont constatés.

Les obligations pesant sur les hébergeurs de données de santé à caractère personnel découlent du droit du patient à la confidentialité de ses données de santé. En ce sens, **c'est bien la sensibilité des données qui leur sont confiées qui justifie la nécessité d'obtention d'un agrément préalable.** Les démarches à effectuer par les candidats sont recensées sur le site de l'ASIP Santé, au sein d'un référentiel de constitution des demandes d'agrément. L'ASIP Santé, qui assure le secrétariat du comité d'agrément, est chargée de la gestion des candidatures à l'agrément.

3.3.4 Délégation d'acte (si besoin)

Par définition des actes de télémédecine, ces derniers se font toujours par un médecin. Cependant, **il peut arriver qu'un acte de soin dans le cadre de l'activité de télémédecine, nécessite une délégation.** Cette délégation d'acte peut nécessiter alors de s'engager dans un protocole de coopération.

Le cadre juridique est l'article 51 de la loi HPST du 21 juillet 2009 qui permet la mise en place, à titre dérogatoire et à l'initiative des professionnels sur le terrain, de transferts d'actes ou d'activités de soins et de réorganisations des modes d'intervention auprès des patients. Ces initiatives locales prennent la forme d'un protocole de coopération qui est transmis à l'ARS. Celle-ci vérifie la cohérence du projet avec le besoin de santé régional, avant de le soumettre à la validation de la HAS.

3.3.5 Législation relative aux dispositifs médicaux (si besoin)

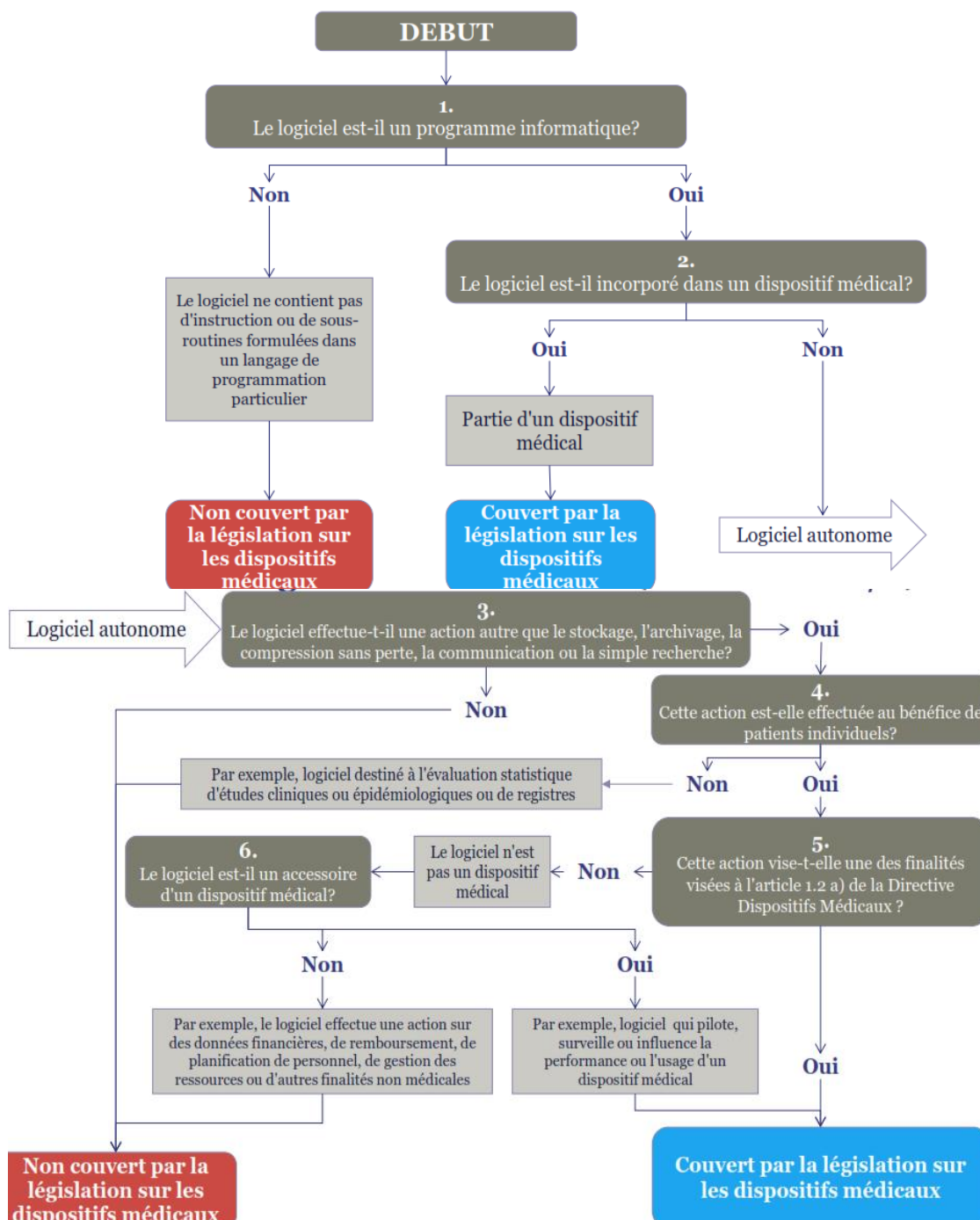
La réglementation européenne évolue actuellement sur ce sujet : il existe aujourd'hui des lignes directrices relatives à la qualification et à la classification des « logiciels » utilisés dans le cadre des soins de santé dans le cadre réglementaire des dispositifs médicaux.

Ainsi doit être considéré comme dispositif médical, tout logiciel, tout instrument, appareil, équipement, matière ou autre article, utilisé seul ou en association, y compris le logiciel destiné par le fabricant à être

utilisé spécifiquement à des fins diagnostique et/ou thérapeutique, et nécessaire au bon fonctionnement de celui-ci, destiné par le fabricant à être utilisé chez l'homme à des fins :

- de diagnostic, de prévention, de contrôle, de traitement ou d'atténuation d'une maladie ;
- de diagnostic, de contrôle, de traitement, d'atténuation ou de compensation d'une blessure ou d'un handicap ;
- d'étude ou de remplacement ou modification de l'anatomie ou d'un processus physiologique ;
- de maîtrise de la conception.

Une question peut aussi se poser sur la **règlementation qui régit le logiciel de télémédecine d'un dispositif médical** : le diagramme de décision (MEDDEV 2.1/6) ci-dessous, permet de lever l'incertitude et de déterminer si le logiciel dépend ou non de la législation sur les dispositifs médicaux.



3.3.6 Prise en charge financière de l'acte de télémedecine

Le **décret du 19 octobre 2010** prévoit que la rémunération et le remboursement des actes s'organisent conformément aux dispositions du Code de la Sécurité sociale. Ainsi, ils dépendent de leur inscription à la classification commune des actes médicaux (CCAM) décidée par l'Union nationale des caisses d'Assurance maladie (UNCAM), après avis de la Haute Autorité de Santé (HAS) et de l'Union nationale des organismes complémentaires d'Assurance maladie (UNOCAM).

En outre, le texte précise que « l'activité de télémedecine peut bénéficier des financements » du **Fonds d'Intervention Régional (FIR)** ou de la **dotations des Missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC)**, ainsi que de dotations de l'Etat et des départements aux établissements sociaux et médico-sociaux.

Quelques actes de télémedecine peuvent être pris en charge directement par l'assurance maladie. Les cas recensés sont présentés ci-dessous :

- **L'acte DEQP001 « Electrocardiographie avec enregistrement évènementiel déclenché et télétransmission »** : il s'agit d'une évaluation diagnostique et pronostique des troubles du rythme paroxystiques et des événements arythmiques rares et ressentis, difficiles à mettre en évidence par enregistrement ambulatoire (holter). Son tarif est de 13,52 € égal à celui de l'électrographie sur au moins douze dérivations ;
- **L'acte FGRP009 relatif au test de provocation conjonctival par allergène administré à concentration croissante, avec une évaluation allergologique et ophtalmologique apportée par un ou deux professionnels** nécessaires à la réalisation de cet acte, tarifé 28,8€ ;
- Depuis le 8 février 2014 (Décision du 17 décembre 2013 de l'UNCAM), **trois actes de télémedecine peuvent être facturés** dans le cadre du dépistage de la rétinopathie diabétique (2 actes d'orthoptistes et 1 d'ophtalmologistes). C'est la première fois que l'UNCAM autorise la facturation d'actes disjoints, l'un pour le professionnel de santé requérant et l'autre pour le médecin requis. C'est une avancée importante qui pourrait préfigurer d'autres facturations d'actes de télémedecine.

Certains actes et modalités de prise en charge sont susceptibles d'aider éventuellement à une tarification des actes de télémedecine :

- La consultation entre deux omnipraticiens (médecin généraliste) avec une tarification de C1,5 (34,50 €) pour le médecin au cabinet dans lequel a lieu la consultation et V1,5 (34,50€) pour le second médecin ;
- L'avis ponctuel de consultant C2 (46€), cette cotation ne s'applique qu'à la consultation du médecin spécialiste correspondant, sollicité par le médecin traitant, sous certaines conditions : ne pas avoir reçu le patient dans les six mois qui précèdent l'avis et ne pas le revoir dans les six mois qui suivent l'avis ; adresser au médecin traitant les propositions thérapeutiques et lui laisser la charge d'en surveiller l'application ;
- La surveillance du patient par le médecin à une intervention chirurgicale, cette assistance que le médecin traitant participe ou non à l'intervention – ouvrant droit à un honoraire égal à K10 (19,2€) pour les actes dont le tarif est compris entre 104,5 € et 167,2 € et à K15 (28,8€) pour les actes dont le tarif excède 167,2€.

Quelques dispositifs médicaux utilisés dans une activité de télémedecine peuvent être pris en charge directement par l'assurance maladie. Cette prise en charge repose sur l'inscription du dispositif sur une liste mentionnée à l'article L.162-1 du code de la sécurité sociale. Cette liste mentionne la prise en charge de systèmes de télésurveillance, associés à des dispositifs médicaux implantables (défibrillateurs ou stimulateurs cardiaques), qui assurent la transmission d'informations du DMI à un centre d'analyse de données diagnostiques et techniques qui reflètent l'état du système. Le financement par le biais de la LPP couvre le coût du matériel permettant la surveillance (le boîtier) ainsi que la transmission

d'informations (par fax, sms, ou courrier électronique) programmées et automatiques du patient vers le centre de référence et de ce centre vers le praticien.

Une dizaine de produits sont à ce jour inscrits sur la LPP. La tendance est l'inscription de la prise en charge financière dans les GHS concernés.

Il faut donc retenir, **en dehors des actes, prestations et produits mentionnés ci-dessus, que les actes de télémedecine ne sont, actuellement, pas remboursés directement en tant que tels par l'Assurance maladie.**

Dans le cas où les actes de télémedecine ne sont pas pris en charge directement par l'Assurance maladie. Il existe des modèles médico économiques qui reposent sur l'entente entre les acteurs. Nous présentons ci-dessous, une liste non exhaustive de ces modèles mais qui sont les plus couramment rencontrés :

- **Dans beaucoup d'activités de télémedecine entre établissements**, ces derniers se refacturent des «Prestations Inter Etablissements» (PIE). Ces prestations découlent des situations dans lesquelles un établissement de santé a recours au plateau technique ou aux équipements d'un autre établissement pour assurer aux patients hospitalisés des soins ou des examens qu'il ne peut effectuer lui-même. Deux conditions doivent être réunies : le patient est provisoirement transféré de l'établissement demandeur A vers l'établissement prestataire B ; le séjour du patient dans l'établissement B dure moins de 2 jours civils (pas plus d'une nuitée hors de l'établissement A). Dès lors, l'établissement demandeur A facture le séjour à l'assurance maladie (GHS intégrant la prestation réalisée dans l'établissement B) et l'établissement requis B facture sa prestation à l'établissement A réalisé par télémedecine ;
- Dans les **activités de téléradiologie** comme dans le contexte de la permanence des soins radiologique, il est souvent admis entre les acteurs que dans le cadre d'un examen en coupe (SCAN, IRM, TEP), le forfait intellectuel de l'acte de radiologie est reversé au télé-radiologue par la structure qui réalise l'imagerie médicale. Cette modalité est reprise par le conseil professionnel de radiologie G4.

Enfin, la loi de financement de la sécurité sociale de 2014 (article 36 de la LFSS) a acté l'**expérimentation de la tarification d'actes de télémedecine**. Le cahier des charges (sous la forme d'un arrêté de 38 pages) des expérimentations a été publié au **Journal officiel le 23 avril 2015**.

L'objectif principal des expérimentations est de fixer « une **tarification préfiguratrice des actes de télémedecine** permettant aux professionnels de santé, en particulier de proximité, quel que soit leur mode d'exercice, et aux structures médico-sociales de développer des projets cohérents et pertinents, en réponse aux besoins de santé et à l'offre de soins régionale.

Les actes de télémedecine définis dans le cahier des charges pouvant faire l'objet d'une prise en charge dans le cadre de l'expérimentation sont à déployer en milieu ambulatoire, en structure médico-sociale, établissements de santé.

A titre d'exemple, pour la prise en charge par télémedecine des plaies complexes et chronique, soit à l'occasion d'une **téléconsultation** (synchrone) au bénéfice d'un patient se situant :

- En structure médico-sociale ;
- Au sein d'une structure d'exercice coordonné (centre de santé ou maison de santé pluri professionnelle).

Dans ce cas, le médecin requis (ou l'infirmier expert dans le cadre d'un protocole de coopération art. 51) est rémunéré 28 € par acte.

Autre exemple, pour la prise en charge par télé médecine des plaies complexes et chronique, soit à l'occasion d'une **téléexpertise** (asynchrone) au bénéfice d'un patient se situant :

- En structure médico-sociale ;
- Au sein du cabinet de son médecin traitant ou d'une structure d'exercice coordonnée (centre de santé ou maison de santé pluri professionnelle) ;
- À son domicile.

Dans ce cas, le médecin requis (ou l'infirmier expert dans le cadre d'un protocole de coopération art. 51) est rémunéré **14 € par acte**.

Actuellement, **seuls les professionnels de santé de neuf régions peuvent participer à ces expérimentations de financement** : l'Alsace, la Basse-Normandie, la Bourgogne, le Centre Val de Loire, la Haute-Normandie, le Languedoc-Roussillon, la Martinique, les Pays-de-la-Loire et la Picardie (cf. arrêté du 10 juin 2014).

Cependant d'autres régions peuvent y participer, dans ce cas, les ARS devront les financer sur leur FIR (Fond d'Intervention Régional). C'est le cas de la région Ile de France, notamment. L'évaluation des expérimentations (autorisées jusqu'au 31 décembre 2017) sera menée par la Haute autorité de santé.

4. Cadre de l'étude

L'étude a concerné **six régions et sept projets** (dont quatre sont en cours et trois sont à venir). Nous avons procédé comme suit pour la réalisation de l'étude sur le terrain et par téléphone :

- Rédaction du questionnaire « terrain », prise de RDV sur site avec proposition du calendrier de la journée et des entretiens par téléphone ;
- Ce questionnaire comprend plusieurs parties (onglets) : une fiche d'identité par projet, des tableaux de données collectées par projet (dimension organisationnelle dimension médicale, dimension SI, dimension financière et dimension résultats attendus), un questionnement par projet pour les projets en cours et à venir (axe organisation, axe médico-économique, axe système d'information et axe juridique et questions ouvertes) ;
- Après validation par la direction de projet au niveau local, ce questionnaire a été envoyé à l'avance aux participants de la journée d'étude sur site local / entretiens téléphoniques (pour les sites non visités): il a été demandé que la fiche d'identité du projet soit pré-rempli avant notre déplacement et que les questionnaires soient été lus également avant notre déplacement / nos appels (si possible) ;
- Passage en revue de la fiche d'identité du projet avec le ou les chefs de projet locaux et réalisation du questionnement « projet à venir » ou « projet en cours » avec les différents interlocuteurs prévus ;
- Cette journée sur place ou par téléphone ont été suivi d'entretiens téléphoniques afin de clarifier ou compléter certaines réponses ;
- Consolidation des données collectées ;
- Synthèse des données collectées.

Concernant les projets en cours (Mutualité Française Côtes d'Armor, Mutualité Française Isère, Mutualité Française Loire et Mutualité Française Puy-de-Dôme), nous avons procédé au questionnement des participants suivantes :

- Le ou les porteurs de projets locaux ;
- Le ou les chefs de projet locaux, un ou plusieurs acteurs médicaux (Médecins, infirmières...) et non médicaux (secrétaires médicales...) impliqués directement dans le projet et ce, de manière régulière (**lors d'une même journée sur place sur le site principal du projet**) ;

Pour les **projets à venir** (Mutualité Retraite Loire Atlantique, Mutualité Française Anjou Mayenne et Mutualité Française Loire), nous avons questionné les parties prenantes suivantes :

- Le ou les porteurs de projets locaux ;
- Le ou les chefs de projet locaux, un ou plusieurs acteurs médicaux (Médecins, infirmières...) et non médicaux (secrétaires médicales...) qui seront impliqués directement dans le projet et ce, de manière régulière (par téléphone) ;

La liste des personnes interrogées se trouve dans l'annexe « Liste des personnes interrogées dans le cadre de l'étude ».

Seuls deux sites avaient préalablement pré-rempli le questionnaire avant l'entretien avec le consultant. Les entretiens ont, dans un premier temps, porté sur les questions qualitatives et les questionnaires ont été remplis dans un deuxième temps par les chefs de projet puis envoyés au cabinet SANITA CONSULTING.

Pour les visites sur site, un programme a été construit en collaboration avec le chef de projet de chaque expérimentation : rencontre du sponsor de la Mutualité régionale (Direction), présentation du projet et des réalisations (souvent avec l'équipe en charge du projet) et visite de sites (salles de télémedecine).

Concernant les sites interrogés par téléphone, le programme était le suivant : présentation du projet, passage en revue du questionnaire et échange sur les questions qualitatives (avec le chef de projet de l'expérimentation et parfois un porteur médical).

Les données ont été collectées entre septembre et octobre 2015.

5. Synthèse des expérimentations terrains : des points communs à tous les projets

On constate de nombreux points communs aux sept expérimentations :

1. Une **dynamique nationale mutualiste** de participer à des projets de télémédecine (support et financement) ;
2. La **participation d'un porteur de projet au niveau de la direction de l'Union Territoriale** ;
3. **L'existence d'un projet médical et prise en compte de l'éthique** ;
4. **Des projets médicaux territoriaux qui s'appuient sur les filières existantes** ;
5. Des **équipes projets avec du temps dédié au projet** (chef de projet et porteur médical) ;
6. Un palier technique à franchir principalement sur la partie équipements visio et audio et réseau télécom (difficultés sur les performances des réseaux) ;
7. Un **faible volume d'usage, dans la moyenne nationale**, en augmentation ;
8. Des **difficultés pour impliquer les médecins traitants** ;
9. Une **prise de conscience de la nécessité d'évaluer**.

6. Description des expérimentations terrain

L'analyse des expérimentations s'est construite sur des données quantitatives et qualitatives collectées auprès des Unions Territoriales et établissements.

Pour faciliter sa lecture et l'analyse, le traitement des données a été organisé de la façon suivante : une fiche d'identité, des données quantitatives et des entretiens réparti comme suit :

6.1 Fiches d'identité des expérimentations étudiées

Les expérimentations suivantes ont été étudiées :

Mutualité Française Côtes d'Armor : projet TELEHPAD en Bretagne sur 2012 -2018 regroupant EHPAD mutualistes et publics (des EHPAD publics sont prochainement intégrés au projet).

Organisation de téléconsultations / téléexpertises avec trois spécialités (Gériatrie, Dermatologie et Plaies) actuellement et deux spécialités prochainement (Cardiologie et Psychiatrie) pour les patients en EHPAD, en lien avec les Centres Hospitaliers (CH) de la région.

Ambitions complémentaires : optimiser le parcours en hébergement temporaire (téléconsultation à l'entrée du résident) et ouvrir les avis spécialisés aux populations de proximité (en lien avec le médecin traitant).

Particularités : mise en place d'une cellule de coordination TELEHPAD (permanente et dotée de moyens humains) pour la gestion du projet, des demandes d'actes et de l'évaluation, évaluation de la connexion satellitaire (en lien avec une école d'ingénieur locale), accès à l'agenda partagé du CHU afin de pouvoir prendre directement un RDV, participation d'une économiste (Ecole Centrale de Paris) pour la réalisation d'une étude médico-économique comparative et d'un sociologue.

Mutualité Française Anjou Mayenne : projet e-Consult49 - Télé consultation programmée en Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes depuis 2014 regroupant EHPAD mutualistes et publics.

Organisation de téléconsultations avec 5 spécialités (Psychiatrie, Cardiologie, Vasculaire, plaies et médecine interne (à terme)) pour les patients en EHPAD, en lien avec le CHU d'Angers.

Ambitions complémentaires : ouvrir la télémédecine aux populations de proximité (à terme comme une maison de santé) / autres EHPAD (comme un centre de télémédecine) et organiser des consultations non programmées pour les résidents (à terme)

Particularités : utilisation de chariots mobiles et Personnels de Direction formés par l'Union Territoriale du Puy-De-Dôme (TelemEhBox) à la télémédecine.

Mutualité Retraite Loire Atlantique : projet télésanté - forfait autonomie et hospitalisation raisonnée et humaniste en EHPAD depuis 2015 purement mutualiste.

Organisation de téléconsultations / téléexpertises / télésurveillances (en cible) avec quatre spécialités (Gériatrie, Plaies Chroniques et Cardiologie en cible) pour les patients en EHPAD, en lien avec le Centre hospitalier de Saint-Nazaire (en cible). Actuellement le dispositif de télémédecine (une cabine de télémédecine) est utilisée uniquement en interne (EHPAD pour de la télésurveillance).

Ambitions complémentaires : développer les téléconsultations / téléexpertises en lien avec le CH à partir de la cabine de télémédecine ou d'une solution classique de salle de télémédecine et ouvrir la télémédecine aux populations de proximité (à l'étude).

Particularités : utilisation de la cabine de télémédecine comme solution de cellule de coordination dématérialisée du parcours de soins des personnes âgées du territoire afin de « challenger » le forfait autonomie.

Mutualité Française Loire : projet de télémédecine en EHPAD depuis 2014 purement mutualiste.

Organisation de téléconsultations / téléexpertises avec quatre spécialités (Psychiatrie, Douleur, Gériatrie et Ophtalmologie (à terme)) pour les patients en EHPAD, en lien avec le CHU de Saint-Etienne.

Ambitions complémentaires : développer l'ophtalmologie et ouvrir la télémédecine aux populations de proximité (à l'étude)

Particularités : test d'appareils connectés (dermoscope et rétinographe), équipe projet formée par l'Union Territoriale du Puy-De-Dôme (TelemEhBox) à la télémédecine et financement par l'ARS d'une ressource dédiée au déploiement technique de la solution (personnel de l'ARS)

Autre projet pour la MF Loire : test d'une cabine de télémédecine dans la cadre d'une pharmacie mutualiste (projet télésanté Roanne) ouverte au public pour des téléconsultations / téléexpertises (avec le support d'une IDE). Projet très récent.

Mutualité Française Puy-de-Dôme : projet Telem'ehpad depuis 2013 mélangeant EHPAD mutualistes et public (un seul).

Organisation de téléconsultations avec une seule spécialité (Gériatrie) pour les patients en EHPAD, en lien avec le Gérontopole de Clermont-Ferrand.

Ambitions complémentaires : ouvrir la télémédecine aux populations de proximité.

Particularités : accès prochain à l'agenda partagé du CHU afin de pouvoir prendre directement un RDV et organisation de téléconsultation associant autant que possible la famille du résident et le médecin traitant.

Autre projet pour la MF Puy-de-Dôme : formation à la télémédecine (Telem'ehbox) sous un format de formation-action (deux jours de formation puis mise en pratique de plusieurs semaines / mois avant de compléter la formation par un jour supplémentaire). Cette formation a aussi été suivi par d'autres Unions Territoriales et reçoit même des demandes provenant des établissements publics.

Mutualité Française Isère : projet TELEMUT 38 en Isère depuis 2012 purement mutualiste (actuellement).

Organisation de téléconsultations / téléexpertises / Téléstaf / Téléformation avec quatre spécialités (Gériatrie, Psychogériatrie, Dermatologie et Cardiologie) pour les patients en EHPAD, en lien avec le CHU de Grenoble.

Ambitions complémentaires : ouvrir la télémédecine aux populations de proximité et organiser des consultations non programmées pour les résidents (triage urgence).

Particularités : financement de 200 actes de télémédecine auprès du CHU, mise en place d'une étude médico-économique en parallèle de la mise en opération des salles de télémédecine (cette étude vise à répondre au manque de données économiques fiables, frein à la « nomenclature » et la tarification de l'acte de télémédecine) et équipe projet formée par l'Union Territoriale du Puy-De-Dôme (TelemEhBox) à la télémédecine.

Le questionnaire comprend plusieurs parties (onglets) : la première partie du questionnaire comportait des **données (pré-saisies parfois à partir du contenu des dossiers de financements Mutualistes) réparties en plusieurs dimensions** analysées ci-dessous. Ces **données ont été parfois modifiées par le ou les répondants** et ont été **enrichies par les données et documents collectés lors des entretiens dans les régions**.

A noter que certains répondants (généralement le chef de projet assisté parfois du Médecin Coordonnateur) ont parfois fourni des réponses partielles.

6.2 Données collectées -Dimension organisationnelle

Questions	Nom de votre projet	Etat d'avancement du projet de télémédecine (TLM) 1- en conception 2- en déploiement technique 3- en déploiement avec usages	Portage managérial pendant la période de déploiement du projet (estimation en ETP chef de projet). ETP: Equivalent Temps Plein sur la durée du déploiement	Coordination médicale pendant la période de déploiement du projet (estimation en ETP médecin). ETP : Equivalent Temps Plein sur la durée du déploiement	Gouvernance mise en place (comité de pilotage, comité scientifique/médical, comité éthique...) et fréquence
Structures Mutualistes					
Mutualité Française Côtes d'Armor SSAM	TELEHPAD	3	1 ETP chef de projet + Temps Direction générale	0,6 ETP Dr Espinoza	Comité pilotage 1 à 2/an Comité scientifique 1 à 2/an Comité technique 1/an
Mutualité Française Anjou Mayenne	e-Consult49 - Téléconsultation programmée en Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes	1	0,5 ETP Chef de projet (dont 0,3 SSAM et 0,2 PUPH CHU ANGERS)	0,4 ETP Coordination médicale (dont 0,2 EHPAD et 0,2 PUPH(s) CHU)	3 comités de pilotage par an
Mutualité Retraite Loire Atlantique	télésanté : forfait autonomie et hospitalisation raisonnée et humaniste en EHPAD	2	0,5 ETP	0,5 ETP	Comité de pilotage tous les 6 mois, comité de suivi mensuels

Mutualité Française Loire SSAM		2- en déploiement technique 3- en déploiement avec usages	?	?	Comité de pilotage tous les 3 mois Comité de suivi tous les mois
Mutualité Française Puy-de-Dôme SSAM	TELEM'EHPAD	3	0,2 ETP	0,1 ETP	Comité de pilotage tous les 3 mois Comité de suivi tous les mois
Mutualité Française Isère SSAM	TELEMUT 38	3	0,3 ETP chargé de projet dans la phase de conception et déploiement technique	0,3 ETP expert médical dans la phase de conception et déploiement technique	COFIL MFI (intégré CODIR ou ad hoc) Comité de coordination CHU adhoc COFIL ARS tous les 3 mois

Questions / Structures Mutualistes	Maillage actuel de la mise en œuvre du projet (en nombre de sites en exploitation) et la maille du projet (territorial / régional / interrégional)	Inclusion du projet dans une démarche régional ou inter régional (projet ARS, GCS...)	Mixité des structures dans la mise en œuvre (XX Mutualité / YY public / ZZ privé) du projet	Couverture des actes de Télémedecine (téléconsultation, téléexpertise, Télésurveillance, Téléassistance)	Acteurs intervenants dans la prise en charge d'un acte de télémedecine, côté demandeur et côté expert
Mutualité Française Côtes d'Armor SSAM	Côtes d'Armor département 22 6 EHPAD 2 hôpitaux généraux 2 établissements psychiatriques et un SSR de la MFCA	TELEHPAD accepté lors de l'appel à projet ARS Bretagne de juillet 2013	2 EHPAD non mutualistes/6 Les établissements ne sont pas MF CA sauf le SSR	Téléconsultation Téléexpertises synchrones et asynchrones	Infirmière de télémedecine / MG ponctuellement
Mutualité Française Anjou Mayenne	5 sites territorial	ARS, GCS e-Santé, Projet de télémedecine du CHU Angers, projet de Plateforme e-santé ARS	3 EHPAD de la Mutualité et 2 Etablissements en EHPAD public	Téléconsultation programmée	Côté de demandeur : Médecin généraliste, IDE Côté expert : Géroto-Psy, Plaies, médecine interne, Vasculaire
Mutualité Retraite Loire Atlantique	2 sites- territorial : territoires de la Carene et du littoral de Loire Atlantique	interne	2 EHPAD de la mutualité / / 1 établissement SSR et autres services de la clinique mutualiste	télésurveillance, téléexpertises, téléconsultations	demandeur: EHPAD- expert : clinique mutualiste
Mutualité Française Loire SSAM	4 sites territorial	Projet régional. Adhère au GCS SISRA. En lien avec autres UT de la région. Sélectionnée par l'ARS pour expérimenter télémedecine avec un financement dérogatoire au droit commun	10 EHPAD équipés ou en cours, 1 centre douleur équipé, CHU équipés : dermato, gériatrie, psychiatrie	Téléconsultation Téléexpertise	Côté demandeur (EHPAD) : Médecin CO, Médecin traitant, Infirmière, Patient Côté expert : Gériatre, Psychiatre, Dermatologue; spécialiste douleur
Mutualité Française	3 EHPAD territorial	ARS / GCS SIMPA	3 EHPAD de la mutualité /	Téléconsultation	Côté demandeur (EHPAD) : Inf.

Puy-de-Dôme SSAM			Gérontopole de Clermont-Ferrand		télémédecine, Inf. Coordinatrice ou Médecin Coordinateur Côté expert : Géiatre
Mutualité Française Isère SSAM	2 sites pilotes région grenobloise	contrat télémédecine avec ARS RA Soutien du GCS SIS RA	2 EHPAD MFI 1 CHU 38	Téléconsultation Téléexpertise Téléstaff Téléformation	Coté EHPAD: Médecin coordonnateur Cadre de santé Assistant de télémédecine (IDE) Chargé de projet siège MFI Technicien EHPAD Coté CHU Assistante service gériatrie IDE service gériatrie Chef de service Médecins associés

Ce tableau consolide les réponses saisies par les équipes des sites visités. On constate que plus de la moitié déclare être en phase de déploiement avec des usages. Or, une seule Union Territoriale a de réels usages (plus de 100 actes). Les projets sont lancés (perception correcte de l'état de déploiement) mais avec très peu d'usage en réalité car certaines des difficultés demeurent : faiblesse de l'offre, problèmes techniques ou absence de participation des médecins traitants.

Concernant la charge de la **chefferie de projet (le chef de projet seul et ses éventuels assistants)**, elle est entre 0.2 et un ETP. Quasiment aucune Union Territoriale n'a modulé cette charge dans le tableau : pas de distinction d'une charge variable durant les différentes phases du projet de télémédecine. Or, c'est souvent le cas dans les faits puisque la charge de travail est plus importante en début de projet. Une seule Union Territoriale a essayé de faire cette distinction en affichant une charge pour les premières phases du projet. A noter que la région qui a le plus d'usages emploie un ETP de chef de projet.

La charge du **portage médical** oscille entre 0.1 et 0.6 ETP. Quasiment aucun répondant n'a modulé cette charge dans le tableau : distinction d'une charge variable durant les différentes phases du projet or c'est souvent le cas dans les faits. Une seule Union Territoriale Mutualiste a essayé de faire cette distinction mais uniquement en affichant une charge pour les premières phases du projet. A noter que l'Union Territoriale qui a le plus d'usages emploie un 0.6 ETP de porteur médical.

Une seule Union Territoriale n'a pas su répondre aux deux questions précédentes. Après contact, le chef de projet a fait une estimation du nombre de réunion, soit 50 réunions depuis le début du projet : certaines mobilisant quelques personnes et d'autres regroupant 28 personnes quand il s'agissait de formation.

Cette charge apparait donc comme « cachée » dans le cout du projet de cette région est assumée par les Unions Territoriales et les établissements participants.

Il semble donc que cette charge projet (chef de projet et porteur médical uniquement), même si elle est souvent contractualisée avec le financeur qui la prend en charge, soit variable dans les faits (plus de temps au lancement qu'en production) mais cela n'apparait pas dans le recueil de données. Les coûts dit « cachés » (réunions, formations...) n'ont pas été évoqués non plus.

La gouvernance, même si elle diffère d'un site à l'autre dans la planification, est semblable entre les régions : un à quatre COPIL par an, des comités de suivi souvent mensuels et parfois quelques comités scientifiques. A noter qu'une seule Union Territoriale organise aussi des instances dédiées à la Mutualité (COPIL MFI) ou en lien avec l'offreur (CHU). En effet, même si les projets sont souvent portés par l'ARS (à travers son Groupement de Coopération Sanitaire), bien souvent, les EHPAD impliqués sont uniquement ou majoritairement tous mutualistes : cela semble plutôt logique d'organiser également cette comitologie (instances de pilotage et de suivi du projet) au sein des Unions Territoriales.

Le maillage actuel de la mise en œuvre du projet fait apparaître des projets purement régionaux. Des passerelles auraient pu exister entre certaines régions (Auvergne, Loire, Isère par exemple) afin de proposer des projets interrégionaux (respectant éventuellement les filières de prise en charge) mais ce ne fut pas le cas. A l'avenir, la fusion des régions et donc des ARS favorisera cette dynamique de coopération. A noter qu'une seule Union Territoriale (Loire Atlantique) n'a pas inclus son projet dans une **démarche régionale** piloté par l'ARS et son Groupement de Coopération Sanitaire et a lancé son propre projet.

Concernant la **couverture des actes de télémédecine**, elle est constituée d'actes de téléconsultation et de téléexpertise dans deux/trois des projets. Deux Unions Territoriales ne proposent que de la téléconsultation du fait de leur projet médical ou faute de consensus médical. A noter qu'une Union Territoriale propose aussi des actes de Téléstaff et de Téléformation (non prévus dans le décret de télémédecine) et souhaite aussi profiter des capacités de visioconférence pour organiser des concertations médicales et former leurs personnels. Plusieurs Unions Territoriales ont évoqué oralement ce développement possible.

Concernant les **acteurs intervenants dans la prise en charge d'un acte de télémédecine**, côté demandeur et côté expert, le modèle est relativement identique d'une région à l'autre avec deux différences : la présence d'une assistante de télémédecine (coté EHPAD) dans une Union Territoriale et celle d'une cellule de télémédecine dans une autre (coté EHPAD) qui prend en charge les demandes et les planifications de RDV.

6.3 Données collectées -Dimension médicale

Questions / Structures Mutualistes	Spécialités médicales couvertes par l'offre médicale	Type de prise en charge	Evaluation médicale (design d'étude, recueil d'indicateurs, analyse statistique) prise en compte par les acteurs du projet dans les usages
Mutualité Française Côtes d'Armor SSAM	Gériatrie. Psychiatrie. Suivi des plaies. Cardiologie. Dermatologie Coordination médicale en EHPAD et hébergement temporaire	Résident d'EHPAD pris en charge en actes TLM programmés + populations de proximité.	Evaluation médico éco : design défini + partenaires (Centrale Paris / étudiant en thèse) + données CPAM et MSA
Mutualité Française Anjou Mayenne	Psychiatrie, cardiologie, vasculaire, plaies et médecine interne	Patient pris en charge en EHPAD dans le cadre de consultation programmée	Protocole d'évaluation clinique et médico-économique
Mutualité Retraite Loire Atlantique	gériatrie ; plaies chroniques, cardiologie	Patient pris en charge en EHPAD dans le cadre de consultation programmée	indicateurs, analyse statistiques

Mutualité Française Loire SSAM	Dermatologie ; Psychiatrie; Douleur; gériatrie, Ophtalmo (Roanne)	Patient pris en charge en EHPAD dans le cadre de consultation programmée, Patient ville pharmacie Roanne	Prévu
Mutualité Française Puy-de-Dôme SSAM	Gériatrie	Patient pris en charge en EHPAD dans le cadre de consultation programmée	Questionnaire rempli lors de chaque consultation
Mutualité Française Isère SSAM	Gériatrie Psychogériatrie Dermatologie Cardiologie	Résidents de l'EHPAD en consultation programmée Egalement en perspective: Ouverture à des consultations extérieures et consultation non programmée pour les résidents (triage urgence)	Méthode de recueil en cours d'élaboration avec CHU et ARS RA

Questions / Structures Mutualistes	Si Design d'étude défini, quels sont les indicateurs d'évaluation retenus	Cible initiale du volume d'actes mensuels (Téléconsultation/Téléexpertise/Téléassistance) ou de patient suivis (Télésurveillance)	Résultats actuels en volume d'actes mensuels (Téléconsultation/Téléexpertise/Téléassistance) ou de patient suivis (Télésurveillance)
Mutualité Française Côtes d'Armor SSAM	délai moyen entre demande et téléconsultation / délai entre consultation et validation du CR / nbre de consultations par patients / durée moyenne des consultations / enquête de satisfaction patients et professionnels.	100 actes par mois à échéance décembre 2015	109 actes réalisés en VA et VSR au 15/10/2015
Mutualité Française Anjou Mayenne	Un questionnaire de satisfaction rempli avant la mise en place des activités de télé médecine par le personnel de l'EHPAD et par les patients : Evaluation de la qualité et rapidité de la prise en charge, perception du niveau de qualité de la prise en charge. Le même questionnaire servira à la fin de la phase pilote (une année). permettant d'évaluer la satisfaction engendrée par le changement. Et les marges de progression. Une Evaluation médico-économique qui se fera sur la base de critères précis : diminution du coût des transports, diminution du nombre d'hospitalisations, diminution de la durée de séjour hospitalier, impact sur diminution globale des coûts totaux de santé	15 actes par mois	
Mutualité Retraite Loire Atlantique		50 actes par mois	15 actes mensuels de télésurveillance
Mutualité Française Loire SSAM	Taux de satisfaction des patients Taux de satisfaction professionnel	3 actes par spécialités par mois Ophtalmo 60 sur 6 mois et médecine générale 150 sur 6 mois ville	En cours d'installation, 1 téléconsultation, signature de la convention fin septembre 2015, retour contrat ARS Octobre 2015
Mutualité Française Puy-de-Dôme SSAM	aucun	10 actes par mois	St Jean d'Heurs : début des téléconsultations en mai 14 De mai 2014 à aout 2015, nous avons fait 21 téléconsultations. Actuellement, nous avons 4 téléconsultations à venir en cours de préparation Aubière , début des téléconsultations en juillet 15 De juillet à sept 15, nous avons eu 2 téléconsultations (il y a eu 4 demandes mais 2 ont été annulées car DC du résident) Actuellement, 2 téléconsultations sont en cours de préparation

Mutualité Française Isère SSAM	<i>Interalia:</i> Nombre de consultations et type Durée Satisfaction des patients et des praticiens Réduction cas et jours d'hospitalisation Nombre de km évités	100 actes par an	une dizaine d'actes expérimentaux à ce jour
---------------------------------------	---	------------------	---

Les **spécialités couvertes / envisagées dans les expérimentations** sont diverses : Gériatrie (pour toutes expérimentations), psychiatrie (quatre Unions Territoriales/six), cardiologie (quatre/six), plaies (trois/six), dermatologie (trois/six), vasculaire (un/cinq), coordination médicale (un/cinq), médecine interne (un/cinq) et ophtalmologie (un/cinq). A noter que l'expérimentation qui a réalisé le plus d'actes l'a fait dans la coordination médicale en EHPAD et en hébergement temporaire donc surtout en interne (entre établissements de la Mutualité).

Concernant les **prises en charge**, elles concernent des prises en charge programmées de patients en EHPAD. Il est à noter que certaines Unions Territoriales envisagent de réaliser des prises en charge d'urgence de patients en EHPAD (triage), une ouverture de la télémédecine au public (au sein de l'EHPAD) et la mise en place de la télémédecine au sein d'une pharmacie mutualiste. Ces usages supplémentaires ont comme point commun d'être innovants donc créateurs de questionnements (non résolus pour le moment) : comment prendre en charge l'urgence au sein de l'EHPAD ? Comment gérer les flux de publics et la sécurité au sein de l'EHPAD dans le cadre d'une ouverture externe ? Comment accompagner l'usage de la télémédecine en pharmacie et surtout quels usages ?

L'**évaluation médicale** est surtout prise en charge par l'institution ARS. La conséquence est que certaines Unions Territoriales (deux/six) ne sont pas au fait des indicateurs choisis et à remplir. Or la maîtrise de ces indicateurs et de leurs résultats est de nature à faciliter la généralisation de la télémédecine afin de valider l'intérêt d'un tel projet de télémédecine et d'assurer sa promotion interne (auprès des Directeurs d'établissement des EHPAD, des Directions régionales, des instances de la Mutualité...). Seul une Union Territoriale envisage de faire sa propre évaluation médicale et une seule a franchi le pas en finançant une étude médico-économique comparative entre un territoire sans télémédecine et un avec télémédecine.

Concernant les **indicateurs d'évaluation** retenus par les Unions Territoriales, on peut les diviser en deux catégories habituelles :

- Les **indicateurs quantitatifs : enquête de satisfaction patients et professionnels (quatre Unions Territoriales/six)** / questionnaire de satisfaction rempli avant la mise en place des activités de télémédecine par le personnel de l'EHPAD et par les patients (évaluation de la qualité et rapidité de la prise en charge, perception du niveau de qualité de la prise en charge) : le même questionnaire servira à la fin de la phase pilote (une année) permettant d'évaluer la satisfaction engendrée par le changement et les marges de progression/ Taux de satisfaction des patients et taux de satisfaction professionnel / Satisfaction des patients et des praticiens ;
- Les **indicateurs qualitatifs** : délai moyen entre demande et téléconsultation / délai entre consultation et validation du CR / **nombre de consultations par patients (deux/six)** / **durée moyenne des consultations (deux/six)** / diminution du coût des transports / **diminution du nombre d'hospitalisations (deux/six)** / diminution de la durée de séjour hospitalier / impact sur diminution globale des coûts totaux de santé/ Nombre de km évités.

On observe des indicateurs communs à ceux identifiés dans la revue de la littérature :

- Sur la **qualité / prise en charge**: la satisfaction des patients et professionnels de santé ;
- Des **indicateurs sur l'accessibilité aux soins** comme le délai moyen entre demande et téléconsultation;
- Des **indicateurs de coûts centrés sur le transport et la consommation de soins**.

A noter qu'une Union Territoriale a fourni également un document de présentation avec les éléments de sa future évaluation, réalisé avec un économiste de la santé de l'Ecole Centrale de Paris pour l'année 2018 en plus de répondre dans le tableau ci-dessus. Si on synthétise ces données, on obtient le tableau suivant :

Résultats attendus	Coût	Source	Résultat économiques escomptés	Objectifs	
					86 EHPAD, 7 établissements hospitaliers, 1 SSR 15 cabinets de médecine générale déployés. La population bénéficie de l'accès aux soins par TLM à moins de 10 mn du domicile
Diminution des transports	200€/ trajet A/R	[CPAM AMELI 2013]	Nombre de transports évités	-100%	25000 transports (A/R) évités
Diminution des passages aux urgences	191€/ admission	[Cours des Comptes, 2009]	Réduction des hospitalisations en urgence pour les résidents en EHPAD	-10%	Evitement de 362 passages aux urgences de résidents en EHPAD (programmation des hospitalisations) Sources : Bilan MRCA 2012 extrapolé à 86 EHPAD du département.
Diminution des durées moyenne de séjour	642,24€/ journée d'hospitalisation	[CH Saint Briec 2012]	Réduction des durées moyennes des séjours hospitaliers pour les résidents en EHPAD	-10%	Réduction de 5 463 journées Sources : Bilan médical MRCA 2012 extrapolé à 86 EHPAD du département.

Ces indicateurs sont différents de ceux fournis dans le tableau de réponse du questionnaire (ceux de l'évaluation de l'ARS dans le tableau du questionnaire).

Si on calcule les **gains économique et théorique visés**, on obtient les sommes suivantes :

Résultats attendus	Coût	Objectifs		gains visés
			86 EHPAD, 7 établissements hospitaliers, 1 SSR 15 cabinets de médecine générale déployés. La population bénéficie de l'accès aux soins par TLM à moins de 10 mn du domicile	
Diminution des transports	200€/ trajet A/R	-100%	25000 transports (A/R) évités	5 000 000 €
Diminution des passages aux urgences	191€/ admission	-10%	Evitement de 362 passages aux urgences de résidents en EHPAD (programmation des hospitalisations) Sources : Bilan MRCA 2012 extrapolé à 86 EHPAD du département.	69 142 €
Diminution des durées moyenne de séjour	642,24€/ journée d'hospitalisation	-10%	Réduction de 5 463 journées Sources : Bilan médical MRCA 2012 extrapolé à 86 EHPAD du département.	3 624 160,24 €
			Total	8 693 302,24€

Soit **plus de huit millions d'euros par an**.

Il aurait été intéressant d'ajouter les nouveaux coûts (temps de préparation et de tenue d'un acte de télémédecine en ETP médecin, IDE et aides-soignantes, coûts de raccordement, coûts du matériel, coûts de licences/maintenance/support, coût de connexion au réseau, coût des ressources dédiées...) pour pondérer ces estimations de gain. A noter que certaines hypothèses de gain apparaissent très

ambitieuses : diminution des transports de 100% car cela suppose que toutes les consultations programmées se tiennent en télémédecine. Or certaines spécialités médicales pourront difficilement s'appuyer sur la télémédecine (médecine interne, suivi post-opératoire...). La diminution des passages aux urgences de 10% et la diminution des durées moyenne de séjour ne s'appuient sur aucune étude pour démontrer ces hypothèses.

Excepté les **indicateurs qualitatifs** utilisés par tous les Unions Territoriales qui ont répondu à cette question (enquête de satisfaction des patients et des professionnels), les **indicateurs quantitatifs** ont différés d'une région à l'autre : ils n'ont pas été choisis par les Unions Territoriales participants. Seules deux régions n'ont pas répondues à cette question (non connaissance des indicateurs ou projet pas assez avancé pour aborder ce thème).

Concernant les **résultats actuels en volume d'actes mensuels**, une Union Territoriale a dépassé la barre symbolique des 100 actes (dont plus de 80 en coordination médicale). La plupart des régions sont toujours au stade du test (entre dix et 25 actes) car aux prises avec des difficultés médicales (peu d'offre de spécialités et de participation des médecins traitants) et techniques (problèmes de performance du réseau télécom).

Comparativement à d'autres projets de télémédecine en EHPAD au niveau national (volumétrie observée dans les projets équivalents du Groupement de Coopération Sanitaire DSISIF par exemple), **le développement des usages est conforme à l'état actuel de l'art avec des volumes cibles d'usages se situant entre un à 5 téléconsultations par EHPAD et par semaine. Bien sûr, cela est dépendant de multiples facteurs en particulier de l'offre de soin disponible par téléconsultation.**

6.4 Données collectées -Dimension système d'information

Questions / Structures Mutualistes		Plateforme de Télémédecine mutualisée à plusieurs réseaux et projets de Télémédecine	Délai de mise en œuvre de raccordement d'un nouveau site à la plateforme de Télémédecine
Mutualité Française Côtes d'Armor SSAM	BIPS 2 réseau régional marché public orange	STERENN solution web régionale pilotée par le GCS pour 8 projets de TLM connectée à un réseau dédié santé BIPS 2	1 à 2 mois pour installer le BIPS 1 à 2 mois pour installer une station fixe en filaire
Mutualité Française Anjou Mayenne	Ligne dédiée pour l'accès internet dans les EHPAD	Oui	Nc pour le moment
Mutualité Retraite Loire Atlantique	Ligne dédiée pour l'accès Internet dans les EHPAD	oui- quimed	en attente de la mise en œuvre de la plateforme du GCS e-santé Pays de la Loire
Mutualité Française Loire SSAM	Le prérequis est une bande passante de 2Mbit/s symétrique. Dans un premier temps, la DSIO a choisi d'utiliser sa connexion de 4M/SDSL existante peu sollicitée perte de paquets? Packet lost doit être inférieur à deux / Quatre	Outil mutualisé de la région via le SISRA (Système d'Information Santé Rhône-Alpes). L'outil est déjà utilisé dans le cadre de la téléAVC et a été remanié pour les besoins de la télémédecine	Immédiat car tous les établissements sont connectés

Mutualité Française Puy-de-Dôme SSAM	Oui	Oui	6 Mois
Mutualité Française Isère SSAM	ligne SDSL dédiée	plateforme Télémédecine du GCS SIS RA	1 -2mois

Questions / Structures Mutualistes	Industriel(s) commercialisant les principaux services de la plateforme de Télémédecine	Equipements utilisés : 1- Equipements audio/visio (chariot, salle fixe de télémédecine,...) 2 - Equipement biomédical utilisé pendant l'acte de télémédecine (ecg, dermatoscope,....)	Hot line utilisateur, sa mission, engagements de performance (délai de réponse,..) et pénalités associées
Mutualité Française Côtes d'Armor SSAM	SPIE Inovelan Nexes Visio et AZ Network pour HDS La solution web STERENN est déconnectée de la visio. Elle est pilotée par le GCS Bretagne pour 8 projets de TLM	Stations fixes en salle de TLM dédiée à l'activité et mutualisée Soit solution visio sur PC Soit CODEC selon le réseau Tablette android samsung ou caméra pour la dermatologie et les plaies. Pas d'équipement biomédical pour l'instant Evolution selon les besoins.	Hot line de l'industriel COMEARTH et intervention du GCS en complément de l'industriel selon les besoins VA validée VSR en cours en octobre 2015
Mutualité Française Anjou Mayenne	En cours	Equipement audio/visio sur chariot - A venir équipement connecté	Hot line accessible pendant les heures de bureau
Mutualité Retraite Loire Atlantique		télécabine, équipement audiovisuel dans une salle dédiée	Hot line par mail accessible pour les Professionnels de santé 5j/7 et aux heures de bureau ; mission hot line: résoudre les incidents techniques
Mutualité Française Loire SSAM	Covalia (éditeur de l'application) Consort Santé (Intégrateur)	1- Equipements audio/visio (salle fixe de télémédecine,...)	Sans Objet Ressource dédiée
Mutualité Française Puy-de-Dôme SSAM	Covalia / GCS SIMPA	Salle fixe de télémédecine	1er niveau SI MF63 - 2ème niveau Covalia
Mutualité Française Isère SSAM	CONSORT NT / COVALIA	salle fixe de télémédecine outils diagnostics de base (stétho, tensiomètre)	hot line 5/7 8h-18h

Chaque Union Territoriale s'est appuyé sur une ligne dédiée allant de deux Mbits à quatre Mbits (sauf pour une région qui a utilisé la connexion partagée). Néanmoins, des difficultés de performance des **réseaux télécom** ont été signalées généralement sur les lignes de deux Mbits. Des caractéristiques importantes des infrastructures réseau comme le fait que la ligne dédiée soit en QoS (qualité de service garantie) ou la perte de paquet de données (perte de fluidité dans la connexion contractualisée avec l'opérateur) n'ont été signalées par les régions. L'Union Territoriale qui a dédié une ligne de quatre Mbits

n'a eu aucun problème de performance particulier (à part quelques ajustements au démarrage comme des paramétrages à faire évoluer). A noter qu'une Union Territoriale a décidé de tester la connexion satellitaire sur plusieurs établissements isolés en s'appuyant sur les ressources techniques d'une école locale d'ingénieurs.

Les solutions mises en place ont toutes utilisées la **plateforme de télémedecine** régionale (mise à disposition par le Groupement de Coopération Sanitaire régional) qui a parfois été adaptée aux besoins de l'expérimentation étudiée (nouveaux formulaires, paramétrage des Workflows...). Une seule a voulu personnaliser les formulaires pour les adapter à son expérimentation mais le résultat a été générateur de retards (multiples aller-retour avec l'éditeur de la solution dont la réactivité a été mise en cause lors des entretiens). Le **délai de raccordement** d'un établissement est très variable (de un à 6 mois). Ce temps doit être divisé en deux périodes généralement équivalentes : une pour le raccordement au réseau télécom (technique) et une pour le raccordement à la solution (installation, paramétrage, formation...). Ce délai a été beaucoup plus long pour les établissements installés en premier (première vague ou pilotes) du fait de problèmes techniques (délais de mise en service des connexions au réseau) et juridiques (délais de signature des contrats / conventions avec l'ARS et les centres experts). Concernant l'**éditeur** choisi, la plupart des sites utilisent les logiciels de COVALIA / CONSORT NT ou SPIE Communications/INOVELAN. Certains sites utilisent H4D pour la cabine de télémedecine ou n'ont pas précisé cette donnée.

Les **équipements de télémedecine** utilisés sont les mêmes pour quatre Unions Territoriales : une salle dédiée de télémedecine. A noter que pour certains projets incluant de nouveaux bâtiments, la salle de télémedecine a été incluse dans les plans : un projet a même prévu un accès direct depuis l'extérieur. Les autres projets se sont dirigés soit vers une télécabine (H4D) (mais à terme, il pourrait aller vers la mise en place d'une salle dédiée de télémedecine) ou vers un équipement mobile (chariot de télémedecine).

Le support (**hotline**) a généralement été effectué par l'éditeur de la solution en 5/7j et aux heures ouvrables. Seules deux Unions Territoriales ont choisi de recourir à une ressource dédiée (ressource de l'ARS) pour le support ou de faire le premier filtre des appels (niveau un) avant de renvoyer vers le support de niveau deux de l'éditeur. A noter qu'une seule région n'est pas assistée par téléphone mais par mail.

6.5 Données collectées -Dimension budgétaire – dépenses et recettes du projet

Questions / Structures Mutualistes	INVESTISSEMENTS sur l'ensemble du projet: Dépenses en Maitrise d'ouvrage (MOA & AMOA) (chef de projet, coordonnateur médical) (% des dépenses globales)	INVESTISSEMENTS sur l'ensemble du projet: Dépenses en INDUSTRIELS (MOE) (éditeurs, équipementiers, plateforme d'échange, hébergeur, support...)	FONCTIONNEMENT sur l'ensemble du projet sur 2 ans : dépenses liées au réseau (dédié si il est nécessaire), à la solution logicielle et au matériel (abonnement, maintenance,...)	COUT moyen d'INVESTISSEMENT (Equipement, réseau, salle, référent local pour le projet...) par EHPAD en K€
Mutualité Française Côtes d'Armor SSAM				Bilan FDSSAM
Mutualité Française Anjou Mayenne	Hors CHU 150 K€	120 K€	30K€	5K€

Mutualité Retraite Loire Atlantique				
Mutualité Française Loire SSAM		Selon la licence Covalia, prise en charge par SISRA	79 056 €	3 153 €
Mutualité Française Puy-de- Dôme SSAM	65 000 € avec les travaux compris - dont 44 K€ en masse salariale de gestion de projet	Fourni par l'ARS sauf pour la partie matériel dans la salle qui s'élève à 2500 € (équipement d'un grand écran de restitution, carte CPS, logiciel métier installé sur e poste ...)	5184 TTC / EHPAD	20KE (matériel et formation)
Mutualité Française Isère SSAM	Gestion et coordination de projet: 70K par an jusqu'à la mise en routine	2 salles fixes soit 60KE		Cout d'installation d'une salle fixe 30KE (dont 4090E licence logiciel)

Questions / Structures Mutualistes	COUT moyen de FONCTIONNEMENT (abonnement réseau, maintenance,...) (sur 2ans) PAR EHPAD en K€	Co financeurs (noms et % du montant global du projet)	Modèle médico éco des actes identifié et mis en place
Mutualité Française Côtes d'Armor SSAM		phase démonstrateur : ARS / FNMF	FIR 80K€ jusqu'à sept.2016
Mutualité Française Anjou Mayenne	3k€	ARS PDL (66%), Mutualité DDSAM (33%)	En cours
Mutualité Retraite Loire Atlantique	75 K euro sur 2 ans	ARS/Harmonie mutuelle	en attente
Mutualité Française Loire SSAM	5 270 €	MFRA	oui, identifié et mis en place; facturation d'une CS du site expert à l'EHPAD; FIR équivalent à 1 CS versé par l'ARS à l'EHPAD
Mutualité Française Puy-de- Dôme SSAM	5184 TTC / EHPAD	FNMF (75% des dépenses RH).	Accord ARS pour financement dérogatoire
Mutualité Française Isère SSAM	Pour UN EHPAD par an 5.5KE internet et maintenance 10KE RH (assistant TLM)	subventions FDSSAM 345KE sur 2012-16 pour investissement et fonctionnement SIS RA finance licence logiciel, hotline et plateforme MFI finance gestion de projet	en développement

Seules **deux Unions Territoriales ont livré l'ensemble des données de dépenses et de recettes du projet en première intention**. Une autre Union Territoriale a fourni par la suite de nouvelles données financières.

Globalement, les répondants ont parfois mélangé les données relatives aux questions sur les investissements et sur le fonctionnement notamment pour la partie logicielle et hébergement de données de santé.

L'**investissement régional au niveau de la Mutualité en Maitrise d'ouvrage (chef de projet, coordonnateur médical)** est estimé entre 44 000 € (pour un 0,2 ETP de chef de projet et un 0,1 ETP de coordination médicale) à 150 000 € (pour un 0,5 ETP de chef de projet et un 0,4 ETP de coordination médicale). Cette charge est donc très variable et augmente avec le nombre de sites et avec le maintien du mode projet (avant le passage en routine). Trois régions n'ont pas répondu dans le questionnaire.

L'**investissement du projet au niveau de l'EHPAD (équipements visio & audio & Pc, logiciel)** vont de 3153 € (équipement fixe d'audio et visio) à 7 000 € (cas chariot mobile équipé d'audio et visio), hors infrastructure de salle (tirage de câble, aménagement / travaux de la salle...); pour la partie logicielle, seule une réponse précise un montant de 4000 €.

Le **coût de fonctionnement du projet au niveau de l'EHPAD sur deux ans (dépenses liées au réseau, et à la maintenance équipement, éventuellement leasing)** va de 4000 € à 5184 € TTC (lorsqu'il s'agit du réseau télécom) pour les trois Unions Territoriales qui ont répondu, à 75k€ (cas télécabine).

Concernant les **co-financeurs** du projet, les réponses obtenues sont elles aussi différentes et incomplètes. Même si tous les projets ont été cofinancés par la mutualité (FNMF, DDSSAM, MFR) et l'ARS, les réponses ne fournissent que très peu de renseignement sur la répartition des financements : 66% ARS / 33% DDSSAM pour une région, FNMF pour 75% des dépenses RH pour une autre et pas de répartition pour les autres Unions Territoriales (avec parfois quelques montants financiers).

Enfin pour le **modèle médico-économique des actes identifié et mis en place**, il n'est déterminé que pour la moitié des expérimentations : financement par du Fond d'Intervention Régional (FIR), facturation d'une Consultation de Spécialiste du site expert à l'EHPAD (FIR équivalent à une Consultation de Spécialiste versé par l'ARS à l'EHPAD) et accord ARS pour financement dérogatoire. Il est en cours de conception pour les autres régions. Il est très étonnant tout de même de constater que ce modèle est toujours en conception (même si elle est bien avancée) dans la moitié des régions car deux d'entre elles sont censées commencer très prochainement.

En résumé :

- Seules deux Unions Territoriales ont livré l'ensemble des données de dépenses et de recettes du projet en première intention. Une autre région a fourni par la suite de nouvelles données financières donc il est difficile d'avoir une image précise et exhaustive des postes budgétaires
- Les coûts « complets » du Système d'Information (SI) par projet ne sont pas identifiés notamment les coûts pris en charge par la région qui concernent l'infrastructure centrale de télémédecine (hébergeur, plateforme d'échange) et les fonctions supports SI (supervision, administration, hot line utilisateurs, maintenance).

Une Union Territoriale nous a adressé des données supplémentaires après avoir rempli son questionnaire.

Si on synthétise ces données, on obtient le tableau suivant :

Phases du projet	Démonstrateur		Industrialisation du déploiement			TOTALS
	2014	2015	2016	2017	2018	
Années	2014	2015	2016	2017	2018	
EHPAD connectés (prévisions)	4	6 (<i>cible non atteinte</i>)	46	86	86	
Actes de Télémedecine réalisés (prévisions)	30	500 (<i>actuellement 109 dont 80 pour la coordination</i>)	5500	11000	25000	
Investissements EHPAD (en k €)	54	27	540	540	-	1161
Investissements en ingénierie (en k €)	140	140	140	140	140	700 (<i>équipe projet</i>)
Budget d'exploitation EHPAD (en k €)	14	55	601	1159	-	1829
Cout de l'acte de Télémedecine	467 €	111 €	110 €	105 €	80 €	

Ces résultats donnent quelques ordres de grandeur à l'échelle d'une région (sachant que les coûts hospitaliers ont été sortis de ce tableau : 1 700 000 e environ) par rapport au cout supporté par la Mutualité.

D'autres Unions Territoriales ont fourni (lors des entretiens) des données intéressantes sur les **postes de dépenses pris en charges ou non par le Groupement de Coopération Sanitaire régional** :

- La licence de la solution logicielle, le support et la maintenance ainsi que la station de télémedecine (sans l'écran) ont été fournis / financés directement par le Groupement de Coopération Sanitaire ;
- Les autres équipements (PC annexe, écrans (deux à trois par salle de télémedecine (de 22 à 42 pouces), les caméras de visio, les webcams, les systèmes de son / micros (une à deux par salle de télémedecine) ainsi que les supports muraux / câbles / claviers / souris sont resté à la charge des établissements mutualistes.

Concernant les **achats** de ces matériels, aucune Union Territoriale n'a fait appel aux éventuels marchés cadre de centrales d'achat comme celle de la Mutualité, de l'UGAP, ... Ainsi les coûts ont été très variables d'une région à l'autre (une région a mis en avant qu'un raccordement au réseau variait de un à trois selon la situation de l'établissement) : une région a équipé ses neuf EHPAD pour un total de 28 230 € TTC (caméra visio, unité centrale un écran 22", une webcam, système de son, un écran supplémentaire de 40" et les supports muraux) soit 3136 € TTC par EHPAD.

6.6 Données collectées -Principaux résultats attendues à court terme

Question / Structures Mutualistes	Prévisions (volumes d'actes, nouvelles modalités, sites à inclure dans la démarche....)
Mutualité Française Côtes d'Armor SSAM	
Mutualité Française Anjou Mayenne	Objectifs après évaluation
Mutualité Retraite Loire Atlantique	inclusion de deux sites supplémentaires
Mutualité Française Loire SSAM	Inclusion de six sites supplémentaires
Mutualité Française Puy-de-Dôme SSAM	AUCUN
Mutualité Française Isère SSAM	perspective d'ouverture de huit sites supplémentaires en 2016 si financement ARS

Pour la projection des sites à trois/six mois en termes de **résultats**, la moitié des Unions Territoriales s'est fixé un résultat en termes d'inclusion supplémentaires de sites mutualistes (de deux à huit nouveaux) dans l'expérimentation alors que l'autre moitié ne s'est pas prononcée ou attend les résultats de l'évaluation pour se fixer des résultats.

Il est intéressant de noter que l'**ouverture de nouvelles modalités de télémédecine** (téléexpertise...) **et de nouvelles offres** (spécialités médicales) **ne font pas partie des résultats attendus** (la volumétrie escomptées en termes d'actes de télémédecine avait déjà été évoquée précédemment dans le questionnaire). Cela tend à démontrer que les Unions Territoriales ne sont pas suffisamment acteurs dans la démarche de déploiement à l'échelle de la région soit par manque de moyens ou par manque de représentativité dans les instances des projets régionaux.

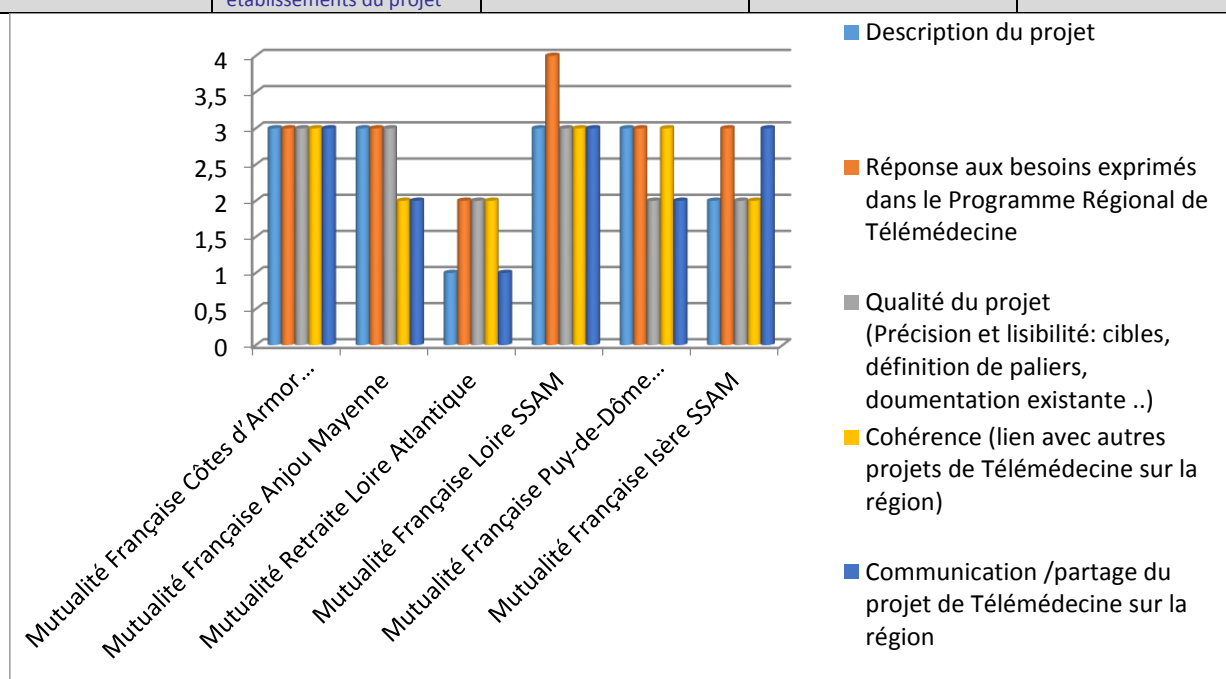
La seconde partie du questionnaire comportait des **questions réparties sur quatre axes** (plusieurs questions par axe) : les **réponses saisies dans le questionnaire ont été converties en chiffre** (afin de positionner chacun des projets sur une échelle de maturité allant de un à trois ou quatre selon les questions) et ont été enrichies par les données collectées lors des entretiens avec plusieurs répondants.

A noter que certains répondants (généralement le chef de projet assisté parfois du Médecin Coordinateur) n'ont pas répondu à certaines questions (non applicable ou question non comprise).

6.7 Questionnement - Axe organisation

• La visibilité régionale du projet et son alignement avec le Programme Régional de Télémedecine (PRT de l'ARS)

Description du projet	Réponse aux besoins exprimés dans le Programme Régional de Télémedecine	Qualité du projet (Précision et lisibilité: cibles, définition de paliers, documentation existante...)	Cohérence (lien avec autres projets de Télémedecine sur la région)	Communication / partage du projet de Télémedecine sur la région
1 - Informelle 2 - Objectifs (stratégiques) du projet connus 3 - Détaillée : objectifs (opérationnels) et indicateurs d'évaluation du projet connus	1 - Note / Echange avec l'ARS 2 - Activité de Télémedecine inscrite au PRT 3 - Activité inscrite au PRT + Contrat réalisé entre le porteur et l'ARS 4- (3)+Inscrit au CPOM des établissements du projet	1 - Faible 2 - Moyenne 3 - Elevée	1 - Faible ou pas identifiée 2 - Moyenne, des difficultés existent 3 - Elevée, le projet fédère l'ensemble des initiatives régionales de Télémedecine de même nature	1 - Faible 2 - Moyenne 3 - Elevée



Concernant la **description du projet**, elle est détaillée dans quatre Unions Territoriales sur six (objectifs opérationnels / stratégiques et indicateurs d'évaluation connus), moyennement détaillée pour une Union Territoriale (uniquement les objectifs stratégiques connus) et informelle pour une région.

Concernant la **réponse aux besoins exprimés dans le Programme Régional de Télémedecine**, elle a pris la forme d'une activité inscrite au PRT, d'un contrat réalisé entre le porteur et l'ARS et d'une inscription au CPOM des établissements du projet (en cours) pour une Union Territoriale (réponse élevée aux besoins du PRT), d'une activité inscrite au PRT et d'un contrat réalisé entre le porteur et l'ARS pour quatre Unions Territoriales et d'une activité inscrite au PRT pour la dernière région. Globalement, tous les projets de télémedecine des régions mutualistes sont inclus dans le PRT.

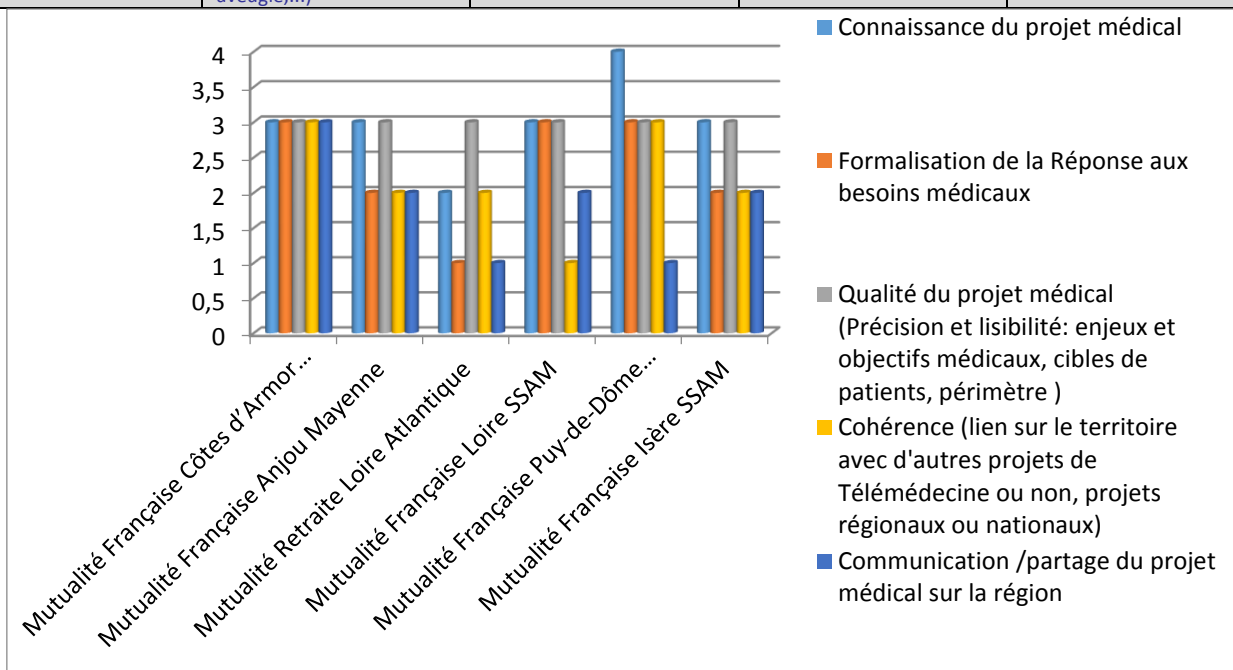
La **qualité** perçue du **projet (Précision et lisibilité: cibles, définition de paliers, documentation existante...)** est élevée pour la moitié des Unions Territoriales et moyenne pour l'autre moitié (ce qui est cohérent avec les réponses précédentes).

La **cohérence (lien avec autres projets de Télémédecine sur la région)** est élevée pour la moitié des Unions Territoriales (le projet fédère l'ensemble des initiatives régionales de Télémédecine de même nature dans la mesure où c'est bien souvent le seul projet dans le champ médico-social au niveau régional) et est moyenne pour l'autre moitié des régions (existence de certaines difficultés plutôt relationnelles).

Enfin concernant la **communication / partage du projet de Télémédecine sur la région**, elle est élevée pour la moitié des Unions Territoriales (plutôt réalisée par le Groupement de Coopération Sanitaire ou l'ARS), moyenne pour deux régions et faible pour une région (en démarrage de projet).

• Le projet médical de l'activité de Télémedecine

Connaissance du projet médical	Formalisation de la Réponse aux besoins médicaux	Qualité du projet médical (Précision et lisibilité: enjeux et objectifs médicaux, cibles de patients, périmètre)	Cohérence (lien sur le territoire avec d'autres projets de Télémedecine ou non, projets régionaux ou nationaux)	Communication / partage du projet médical sur la région
1 - Etat des lieux réalisé : de l'offre de soin actuelle et de ses carences 2 - Objectifs (Besoins médicaux) & Organisation cible connus en partie (spécialités médicales, partenaires demandeur/offreur de soin) pour le projet de Télémedecine 3 - Objectifs & Organisation cible du projet connus en totalité 4 - Détaillée : (3) + suivi d'indicateurs cliniques d'évaluation du service médical rendu	1 - Périmètre formalisé des actes médicaux de Télémedecine (lesquels? Contextes de prise en charge? Pour quelle(s) métier(s), spécialité(s), filière(s) et quel territoire, quelles sont les données médicales nécessaire à l'acte de Télémedecine) 2 - (1) + Protocoles d'acte(s) de Télémedecine établis et partagés, partiellement 3 - (2) + Protocoles d'acte(s) de Télémedecine établis et partagés en totalité 4 - (3) Complet + Evaluation des pratiques médicales de Télémedecine en place (assurance qualité, double aveugle,...)	1 - Faible 2 - Moyenne 3 - Elevée	1 - Pas identifiée 2 - Moyenne, des difficultés existent 3 - Elevée	1 - Faible 2 - Sponsor médical / un portage médical reconnu à l'échelle de la région 3 - (2)+ implication des conseils professionnels et/ou société savante



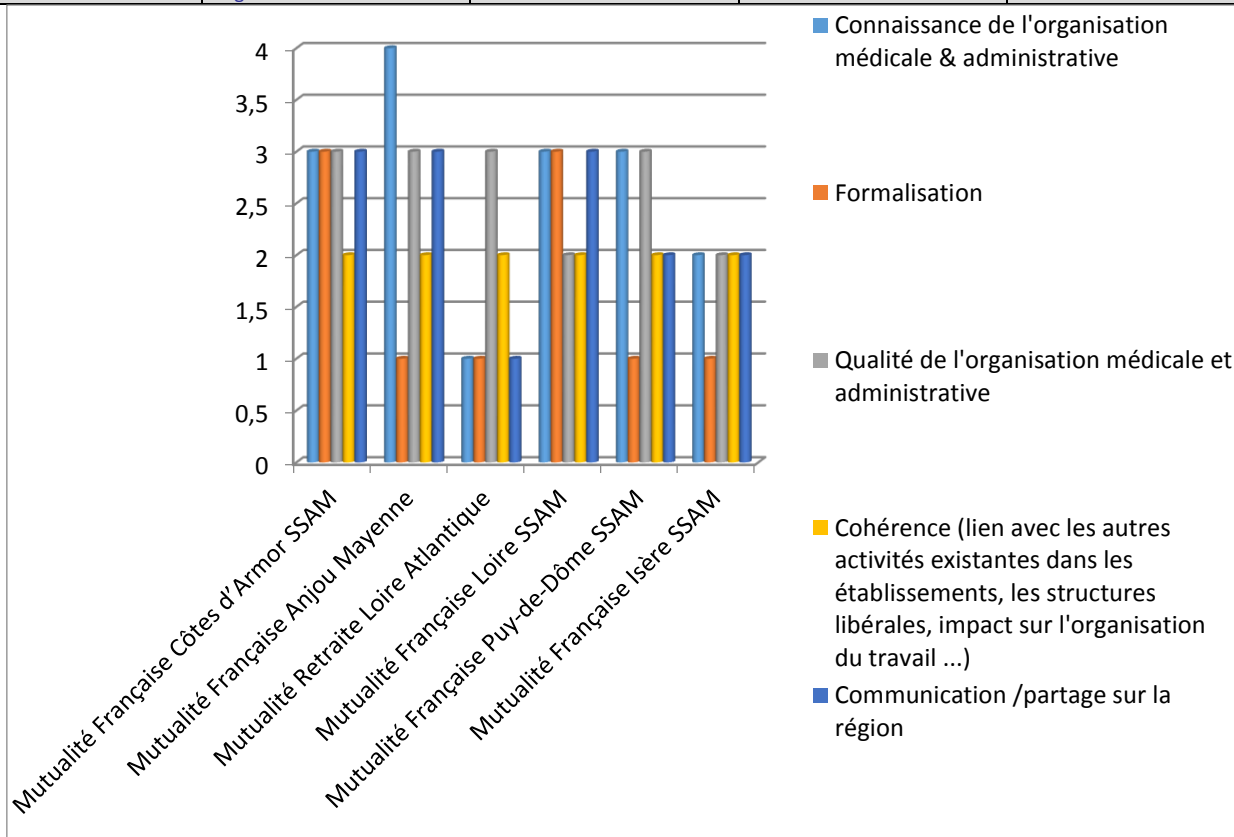
Pour la **connaissance du projet médical**, une seule Union Territoriale a une connaissance complète de ces éléments (objectifs et organisation cible ainsi que les indicateurs d'évaluation) : quatre Unions Territoriales connaissent les objectifs et organisation cible en totalité (mais pas ou peu les indicateurs d'évaluation) et une région les connaît partiellement. Le lien devrait se faire entre ces réponses et le degré de **formalisation de la réponse aux besoins médicaux** mais ce n'est que partiellement le cas : trois Unions Territoriales sur cinq perçoivent un degré de formalisation élevé du projet médical (périmètre et protocoles partagés). Deux autres régions perçoivent un degré de formalisation moyen (périmètre et protocoles partagés partiellement) alors qu'une région perçoit un degré de formalisation faible (périmètre formalisé). A noter que plusieurs Unions Territoriales ont ou vont inscrire la télémedecine dans leurs Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM).

Néanmoins, la **qualité** perçue du **projet médical** est élevée pour toutes les Unions Territoriales malgré les réponses précédentes. La **cohérence (lien sur le territoire avec d'autres projets de Télémedecine ou non, projets régionaux ou nationaux)** est plutôt moyenne pour la moitié des Unions Territoriales (des difficultés / des manques existent comme les liens inexistantes avec d'autres projets régionaux), élevée pour deux régions et faible pour une autre.

Enfin, la **communication / le partage sur la région** de ce projet médical est élevé pour une seule Union Territoriale (implication des acteurs régionaux), moyenne pour trois régions (existence d'un portage médical) et faible pour deux régions (sponsor médical surtout au début ou faiblement impliqué).

• L'organisation médicale et administrative de l'activité de Télémédecine

Connaissance de l'organisation médicale & administrative	Formalisation	Qualité de l'organisation médicale et administrative	Cohérence (lien avec les autres activités existantes dans les établissements, les structures libérales, impact sur l'organisation du travail ...)	Communication /partage sur la région
1 - Informelle 2 - Processus administratifs (facturation des actes, 'conciergerie') & impact(s) médicaux (nouvelles compétences, transfert ou renforcement de compétence, délégation d'acte à un personnel paramédical) et de prise en charge du patient (information préalable et consentement) connus, partiellement 3 - (2) connus en totalité 4 - Détaillée : (3) + Gouvernance (comité scientifique/médical,...) en place de l'organisation médicale de l'activité de Télémédecine sur le territoire	1 - Périmètre formalisé de l'organisation médicale (Qui intervient dans les actes de Télémédecine ? Quand ? Comment ?), des processus administratifs et de prise en charge du patient (note d'information au patient, la famille et la personne de confiance) 2 - (1)+ Charte d'utilisation du réseau de Télémédecine formalisée 3 - (2) +Convention établie entre les acteurs (PS/ES) + Protocole de coopération (HAS) établi (si besoin en cas de délégation à un paramédical) 4 - (3) + Evaluation des (nouvelles) compétences régulièrement réalisée	1 - Pas identifiée 2 - Moyenne 3 - Elevée, intégration de l'activité de télémédecine dans les processus d'assurance qualité des sites (événement indésirable, revue qualité,...)	1 - Pas identifiée 2 - Moyenne, des difficultés existent (ex. nouvelle activité chronophage de préparation de l'acte de TLM sur les personnels soignants) 3 - Elevée, très bonne intégration avec les autres activités des professionnels de santé	1 - Faible 2 - Moyenne 3 - Elevée + convention mise à la connaissance d'acteurs institutionnels de la région (avis des conseils ordinaires, avis Commission médicale d'établissement,...)



Pour la **connaissance de l'organisation médicale & administrative**, une seule Union Territoriale a une connaissance complète de ces éléments (processus et gouvernance associée) : la moitié des Unions Territoriales connaît les processus (mais pas la gouvernance médicale qui est plutôt régionale), une région les connaît partiellement et une région n'en a qu'une vision informelle. Le lien devrait se faire entre ces réponses et le degré de **formalisation** de ces éléments mais ce n'est pas le cas : la région qui

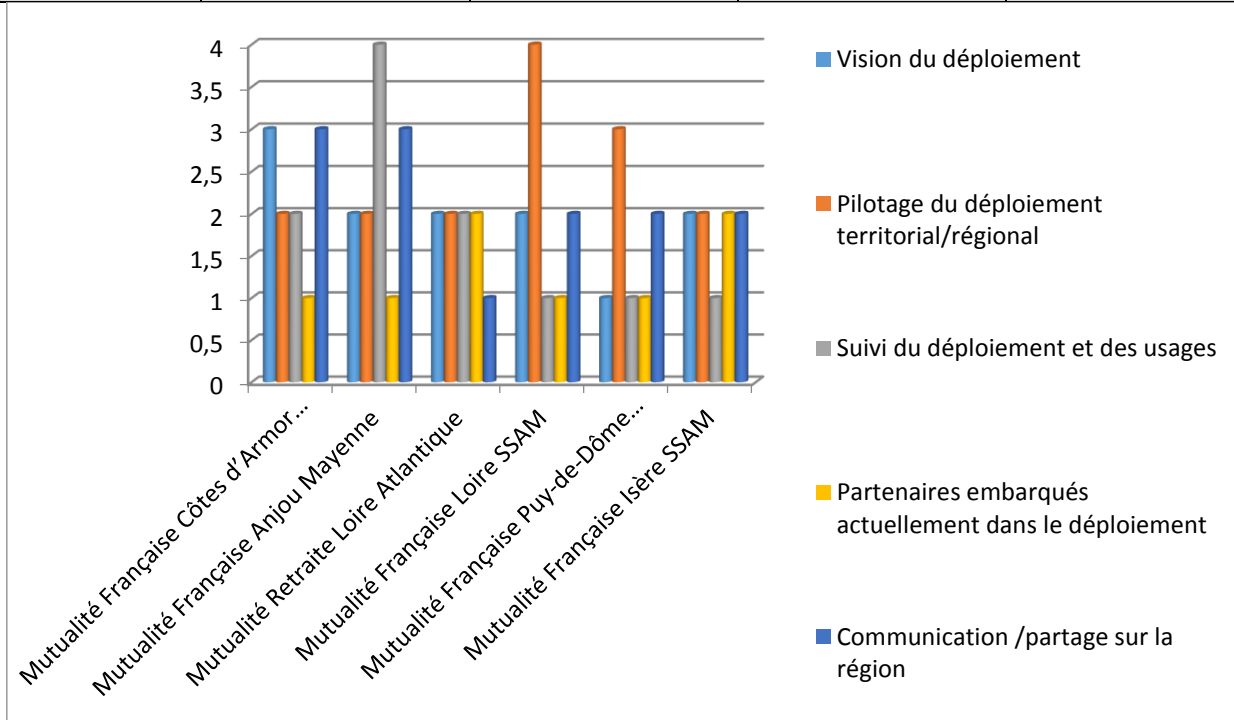
a une connaissance complète de ces éléments déclare un niveau de formalisation minimale. Deux autres Unions Territoriales ont un degré de connaissance et de formalisation en accord alors que trois autres régions ont déclaré également un faible degré de formalisation.

Au final, le degré de formalisation de l'organisation médicale et administrative est plutôt perçu comme faible. Néanmoins, la **qualité** perçue de **l'organisation médicale & administrative** (globale qui repose surtout sur les établissements Mutualistes) est plutôt élevée pour quatre Unions Territoriales sur six. Pour les deux autres régions, cette qualité perçue est plutôt moyenne. La **cohérence (lien avec les autres activités existantes dans les établissements, les structures libérales, impact sur l'organisation du travail ...)** est plutôt moyenne pour l'ensemble des régions (des difficultés existent comme le côté chronophage de cette activité qui était « externalisée » (consultations au CH / CHU) auparavant).

Enfin, la communication / partage sur la région de cette organisation médicale et administrative de l'activité de Télémédecine est plutôt élevé pour la moitié des Unions Territoriales (plutôt réalisée par le Groupement de Coopération Sanitaire ou l'ARS) alors qu'elle est moyenne pour deux autres régions et faible pour la dernière.

• La stratégie du déploiement de l'activité de Télémedecine et le suivi des usages

Vision du déploiement	Pilotage du déploiement territorial/régional	Suivi du déploiement et des usages	Partenaires embarqués actuellement dans le déploiement	Communication /partage sur la région
1 - Informelle 2 - Liste des sites à déployer 3 - (2) + Modélisation du déploiement "territorial" (structures et spécialités, filières explicitées)	1 - Non piloté, les établissements et professionnels de santé se portent "candidat" au projet sur la base du volontariat 2 - Gestion des recrutements des établissements et professionnels de santé de la région, sous l'impulsion et le pilotage du porteur de projet médical et/ou SI du projet de Télémedecine 3 - Gestion des recrutements des établissements et professionnels de santé sous pilotage de l'ARS 4 - Gestion des recrutements des établissements et professionnels de santé sous pilotage de l'ARS en concertation avec l'aménagement numérique du territoire (conseil régional, DATAR...)	1 - Informel 2 - Coût, Planning de déploiement (en terme de structures et professionnels de santé) et gestion des risques (mésusages,...) 3 - (2) + Avancement du déploiement en terme de suivi quantitatif des usages 4 - (3) + Avancement du déploiement en terme de suivi quantitatif des usages + objectifs en terme d'usages fixés	1 - Hospitaliers publics/EHPAD 2 - Plus large (ambulatoire (professionnels libéraux), clinique...)	1 - Faible 2 - Moyenne 3 - Stratégie et avancement du déploiement partagé avec les acteurs institutionnels régionaux (fédérations, ...)



Concernant la **vision du déploiement**, une seule Union Territoriale a modélisée le déploiement (elle précise que l'extension du projet est envisagée avec 80 EHPAD sur deux ans donc avec un rythme annuel de 40 EHPAD) alors que quatre régions ont une liste des sites à déployer et une seule a une vision informelle du déploiement en cours (non modélisée).

Le **pilotage du déploiement** (recrutement des établissements et des professionnels de Santé) se fait de manière concertée avec l'aménagement numérique du territoire (conseil régional, DATAR...) et avec un pilotage de l'ARS dans une seule Union Territoriale : une région fait piloter ce déploiement par l'ARS alors que les quatre autres régions s'appuient sur le porteur de projet médical et/ou SI du projet de Télémedecine (porteur régional mutualiste dans tous les cas). Ces réponses sont plutôt surprenantes dans la mesure où les projets ont un déploiement technique/SI souvent porté et piloté par le Groupement de Coopération Sanitaire (même si la Mutualité en est à l'initiative).

Le **suivi du déploiement et des usages** est réalisé par une seule Union Territoriale de manière exhaustive (surtout pour le volet usage) : deux régions suivent uniquement le planning et les coûts (mais pas les risques) alors que trois régions font ce suivi de manière informelle (pour le planning et les coûts uniquement).

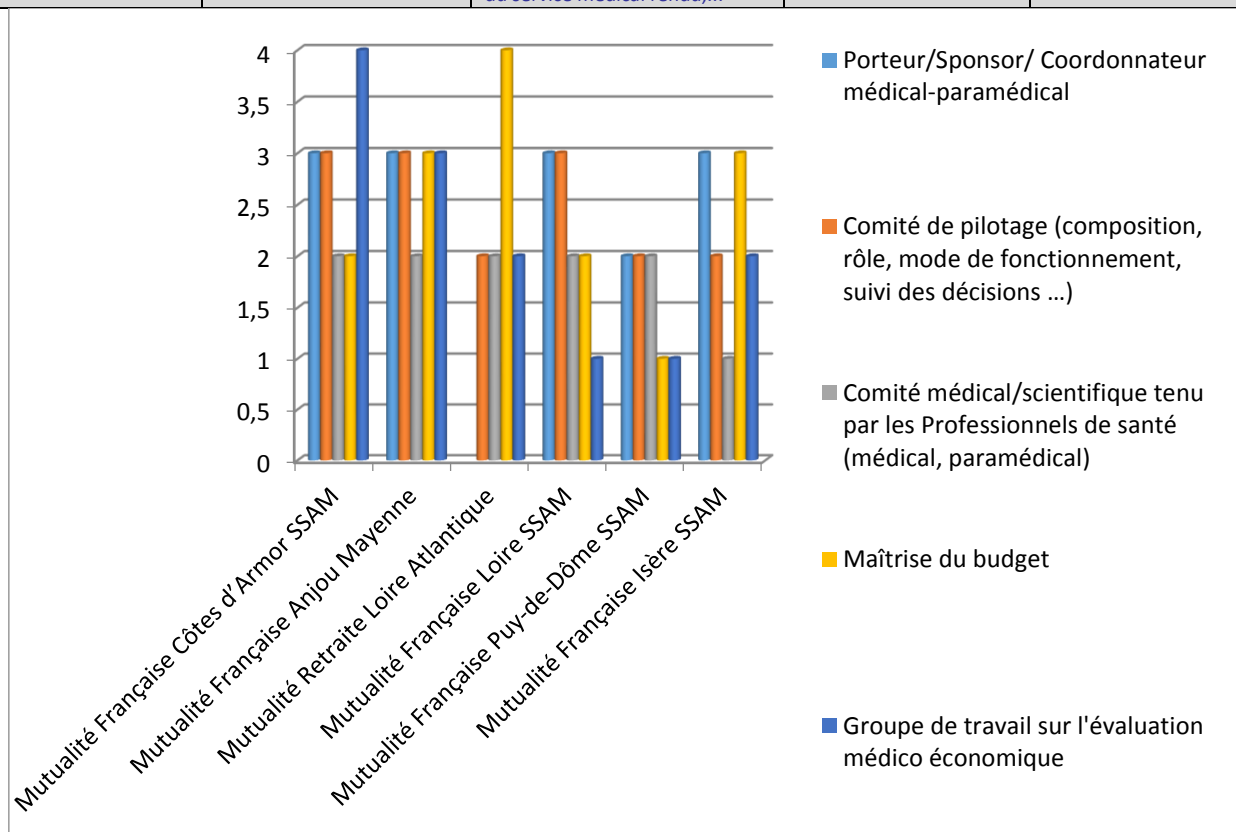
Ces réponses viennent renforcer l'idée que c'est le Groupement de Coopération Sanitaire (GCS) qui fait le pilotage et le suivi du déploiement technique / SI et que certains Unions Territoriales ont décidé de suivre également le déploiement en terme d'usages avec leurs propres outils.

Concernant les **partenaires associés au déploiement**, deux Unions Territoriales ont cherché à impliquer des partenaires au-delà de l'EHPAD (surtout des médecins libéraux) mais sans grand succès : les quatre autres Unions Territoriales n'ont impliqué que des partenaires directs (CH / CHU et EHPAD parfois hors de la Mutualité).

La **communication / partage de la stratégie et de l'avancement du déploiement** technique/SI ont été réalisés régionalement dans deux régions alors que trois régions ont moyennement communiqué (plutôt vers le grand public que les acteurs institutionnels) et une région a très faiblement communiqué.

- La gouvernance de pilotage du projet de Télémedecine (instances de pilotage, suivi de l'avancement, prise en compte d'arbitrages...)

Porteur/Sponsor/ Coordonnateur médical- paramédical	Comité de pilotage (composition, rôle, mode de fonctionnement, suivi des décisions ...)	Comité médical/scientifique tenu par les Professionnels de santé (médical, paramédical)	Maîtrise du budget	Groupe de travail sur l'évaluation médico économique
1 - Non 2 - Oui, mais disponibilité faible et/ou incertaine 3 - Oui, Disponibilité régulière et rôle clairement identifié	1 - Non 2 - Oui, mais manque de légitimité et/ou fréquence des comités trop lâche (manque de disponibilité des acteurs) 3 -Oui, reconnu (arbitrages réalisés, une représentation institutionnelle en plus des acteurs opérationnels du projet: ARS, CNSA, Assurance maladie,...) et fréquence des comités alignée avec l'avancement du projet	0 - Pas de mise en œuvre effective d'un comité scientifique/médical 1 - Repose sur 1 seule personne motivée pour les propositions et validations organisationnelles et médicales, la validation de l'outil SI pour les PS ,... 2 - Comité médical constitué d'un ensemble de professionnels de santé (du côté demandeur EHPAD, du côté expert) intervenant lors de la mise en œuvre de l'outil SI (conception du formulaire médical et du workflow, validation des tests,...), l'identification de l'organisation des actes médicaux et équipements biomédicaux nécessaire à de l'activité de télémedecine, l'animation / publication sur l'analyse des usages, l'évaluation médicale et du service médical rendu,...	1 - Faiblement suivi 2 - Suivi du budget du projet à fréquence annuelle 3 - Suivi analytique par postes de coût du projet 4 - (3) + budget cohérent avec le prévisionnel	1 - Inexistant 2 - Existant mais faiblement suivi et/ou peu représentatif 3 - Existant, régulier 4 - Existant, régulier et représentatif (tiers indépendant du projet,...)



Pour l'existence d'un **porteur/sponsor (décideur au nouveau de la Mutualité régionale)/coordonnateur médical-paramédical**, quatre Unions Territoriales sur six en disposent avec un rôle clairement identifié et du temps dédié : une région en dispose aussi mais sans disponibilité

clairement identifiée (en phase de déploiement avec usages) et une région n'a pas répondu à la question.

Le **comité de pilotage** est bien installé (organisé régulièrement) et reconnu dans la moitié des Unions Territoriales alors que l'autre moitié en dispose également mais à des fréquences très variables (planning des COPIL à la main du Groupement de Coopération Sanitaire).

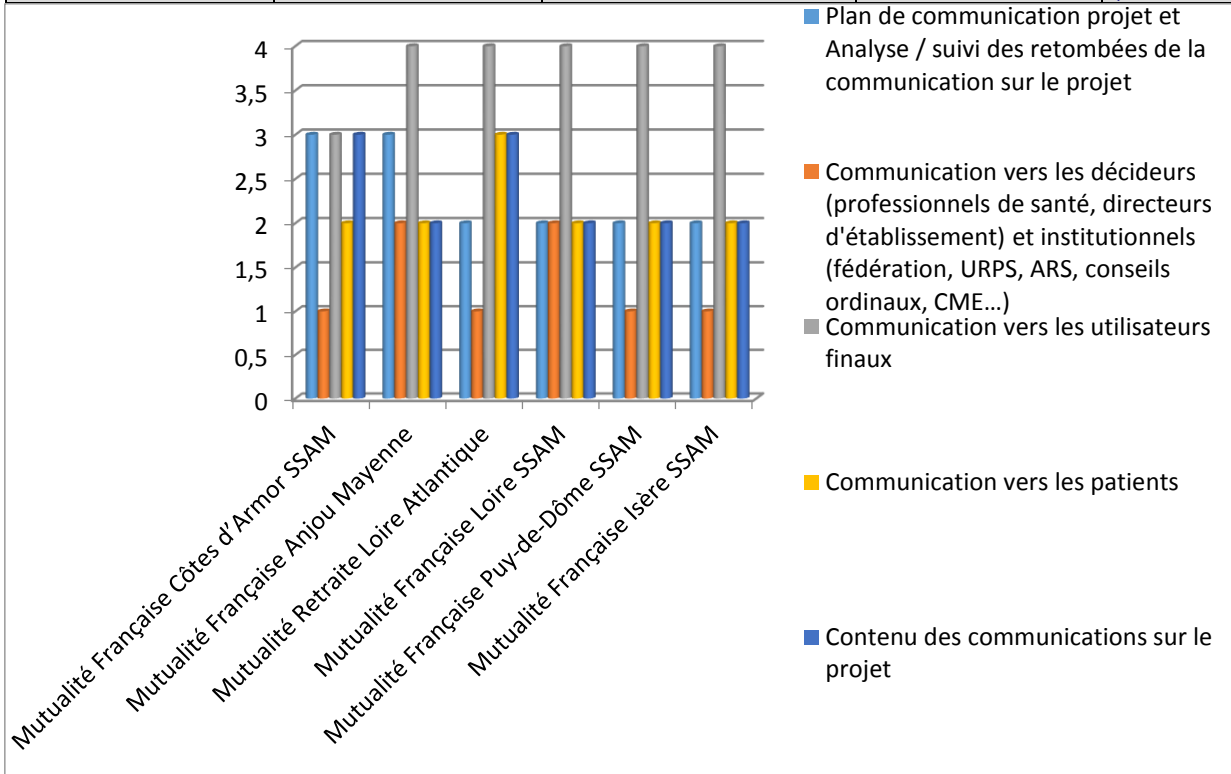
Un **comité médical / scientifique** existe ou a existé (lors du démarrage principalement) dans cinq Unions Territoriales sur six : il n'est plus très actif après le lancement des projets (pour le suivi des usages par exemple). Une seule région n'a pas de comité médical / scientifique et ce rôle est porté par un seul individu.

Concernant la **maitrise du budget**, une seule Union Territoriale réalise un suivi de budget en lien avec le prévisionnel alors que deux régions sur six réalisent un suivi budgétaire analytique par postes de coûts. Deux autres régions suivent annuellement leur budget alors qu'une seule déclare le suivre faiblement.

Enfin pour **l'évaluation médico-économique**, une Union Territoriale a un groupe de travail représentatif se réunissant régulièrement : une région a un groupe de travail se réunissant régulièrement (non représentatif), deux régions ont un groupe de travail se réunissant rarement et deux régions ne sont pas dotées d'un tel groupe de travail.

- La communication sur le déploiement du projet de Télémédecine (tout au long du projet depuis son initialisation jusqu'aux retours d'expérience et poursuite des paliers de déploiement)

Plan de communication projet et Analyse / suivi des retombées de la communication sur le projet	Communication vers les décideurs (professionnels de santé, directeurs d'établissement) et institutionnels (fédération, URPS, ARS, conseils ordinaires, CME...)	Communication vers les utilisateurs finaux	Communication vers les patients	Contenu des communications sur le projet
1 - Aucun 2 - Informel 3 - Formalisé / Chantier dédié	1 - Insuffisante +1 Réunions régulières +2 Référentiel (argumentaires de 'vente', objectifs, principes & méthode de déploiement du projet) partagé	1 - Informelle 2 - Plaquette projet 3- "Flash info" / "Newsletter" 4- Réunions de présentation + "démonstration"	1 - Informelle 2 "Plaquette" d'information 3 - (2) + Ciblée (selon filière de prise en charge, ...)	1 - Général 2- Complet /pertinent sur les bénéfices médicaux attendus, les services apportés et la démarche projet 3- Ciblé, selon l'acteur concerné et l'objectif recherché: promotionnel (ex. éléments de langage économique pour les décideurs et institutionnels; éléments du projet médical pour les professionnels de santé), qualification technique pour un DSI...

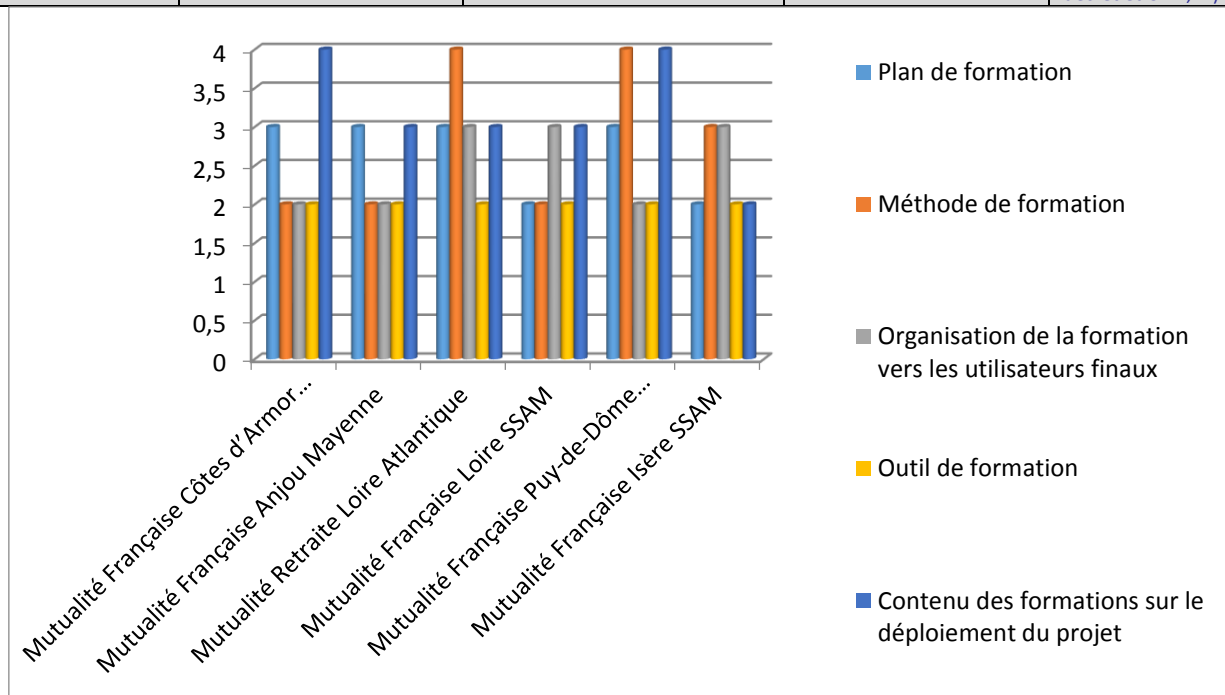


Seules deux Unions Territoriales sur six disposent d'un plan de communication formalisé / chantier dédié à la communication : les autres Unions Territoriales ont un plan de communication « informel ». Dès lors que l'on focalise sur la **communication à destination des décideurs** (professionnels de santé, DE...) **et des institutionnels** (fédération, URPS, ARS, Ordres Médicaux Régionaux, CME...), quatre régions sur six en font mais de manière jugée insuffisante (par eux-mêmes) alors que la communication vers l'utilisateur final est réalisée par toutes les régions avec les possibilités maximales (réunions et démonstrations).

Concernant la **communication vers les patients**, elle ne fait l'objet que d'une plaquette d'information dans cinq Unions Territoriales sur six : une seule région a réalisée de la communication ciblée vers ses patients. **Le contenu de ces communications** n'est ciblé (adaptée aux cibles visées) que dans deux Unions Territoriales sur six. A noter que certaines régions ont également réalisé de la communication grand public (interview dans la presse et médias). Elle reste donc très généraliste (centrée sur le projet en général).

• La formation des utilisateurs impliqués sur le projet de Télémedecine

Plan de formation	Méthode de formation	Organisation de la formation vers les utilisateurs finaux	Outil de formation	Contenu des formations sur le déploiement du projet
1 - Aucun 2 - Informel ou plan de formation générique 3 - Formalisé avec identification des parcours de formation	1 - Informelle 2- Formations seules ou en groupe sur site ou/et site dédié 3 - Formation à distance (utilisation de la visio, e-learning, téléformation, mooc...) 4 - Accompagnement du professionnel de santé lors des premiers usages par un "senior" / "formateur", suivi des pratiques	1 - Pas de formateur spécifique. Auto formation avec les outils de formation existants 2- Ceux sont les professionnels de santé qui forment leur confrère avec les outils de formation existants. 3 - Structurée: Formateur dédié ou/et Organisme de formation / Société externe; inscription dans la formation continue; évaluation des formations...	1 - Informel 2- Formation structurée avec possiblement plusieurs medias de formation qui coexistent (papier, électronique,...); 3- Plateforme de formation de Télémedecine dédiée (application, données cliniques de faux patients...)	1 - Général 2 - Complet /pertinent sur les fonctionnalités des outils, fourni par l'éditeur 3 - (2) + complet / pertinent sur les usages médicaux (ex. formation aux nouvelles pratiques médicales : protocoles médicaux, dispositifs biomédicaux...) 4 - (3) + Ciblé, selon l'acteur concerné: pour les personnels administratifs (facturation des actes, stockage des comptes rendus...); médical (protocole, dispositif médical...) & organisationnel (ex. conciergerie, respect décret et CNIL, ...)



Toutes les Unions Territoriales disposent d'un plan de formation et dans quatre régions sur six, ce même plan de formation comporte des parcours de formation. Pour les méthodes de formation, deux régions sur six réalisent un accompagnement personnalisé des professionnels de santé aux premiers usages, une seule région réalise des formations à distance et les trois autres régions réalisent des formations classiques.

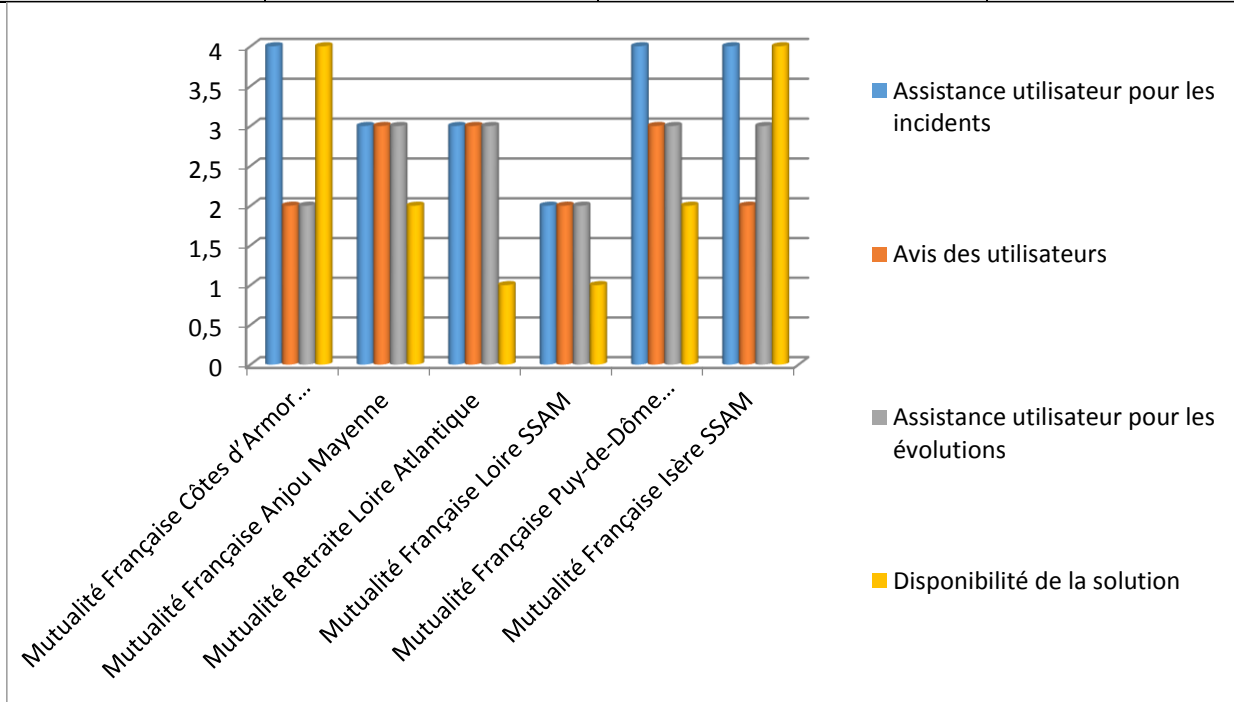
L'organisation des formations est structurée (formateur dédié et évaluation des formations) dans la moitié des Unions Territoriales alors que l'autre moitié a plutôt choisi de faire faire la formation des PS par d'autres PS dans un cadre moins formalisé que précédemment.

L'**ensemble des formations** se sont déroulées sur la plateforme « in vivo » en mixant les supports (papier et électroniques) mais pas sur une plateforme de formation ou de test dédiée.

Concernant le **contenu des formations**, la moitié des Unions Territoriales a enrichi le contenu fonctionnel standard du support de formation avec des usages médicaux (protocoles médicaux principalement) alors que deux régions sur six ont même adapté le contenu aux acteurs de santé formés. Une seule région a utilisé les supports fournis par l'éditeur.

• **Le support aux utilisateurs impliqués sur le projet de Télémedecine**

Assistance utilisateur pour les incidents	Avis des utilisateurs	Assistance utilisateur pour les évolutions	Disponibilité de la solution
1 - Aucune 2 - Informelle 3 - Gestion des incidents en place (hot line utilisateur, gestion de tickets) 4 - Hot line utilisateur disponible Heures de bureau, 5j/7, Existence d'un processus de gestion des tickets	1 - Aucune 2 - Informelle 3 - Evaluation régulière de la qualité perçue par les utilisateurs en terme de temps de réponse et ergonomie (appels mystères,...) 4 - (3) + Identification d'actions d'amélioration avec les utilisateurs	1 - Aucune 2 - Informelle 3 - Gestion des changements et mise en œuvre (implication des utilisateurs dans les besoins d'évolutions logicielles et matérielles; participation aux prototypes/tests...)	1 - Evaluée ponctuellement 2 - Mise en place de mode dégradé 3 - Disponibilité du service central supervisé 24/24, 7/7 4 - Disponibilité du service central optimisé régulièrement par la mise en place d'audits et de pénalités (suivi du SLA)



Pour **l'assistance utilisateur pour les incidents**, la moitié des Unions Territoriales dispose d'un support 5 jours sur 7, disponibles aux heures ouvrables et gérant des tickets. Deux régions disposent d'une gestion des incidents formalisée alors qu'une seule région gère ces incidents de manière informelle (via une ressource dédiée de la ARS).

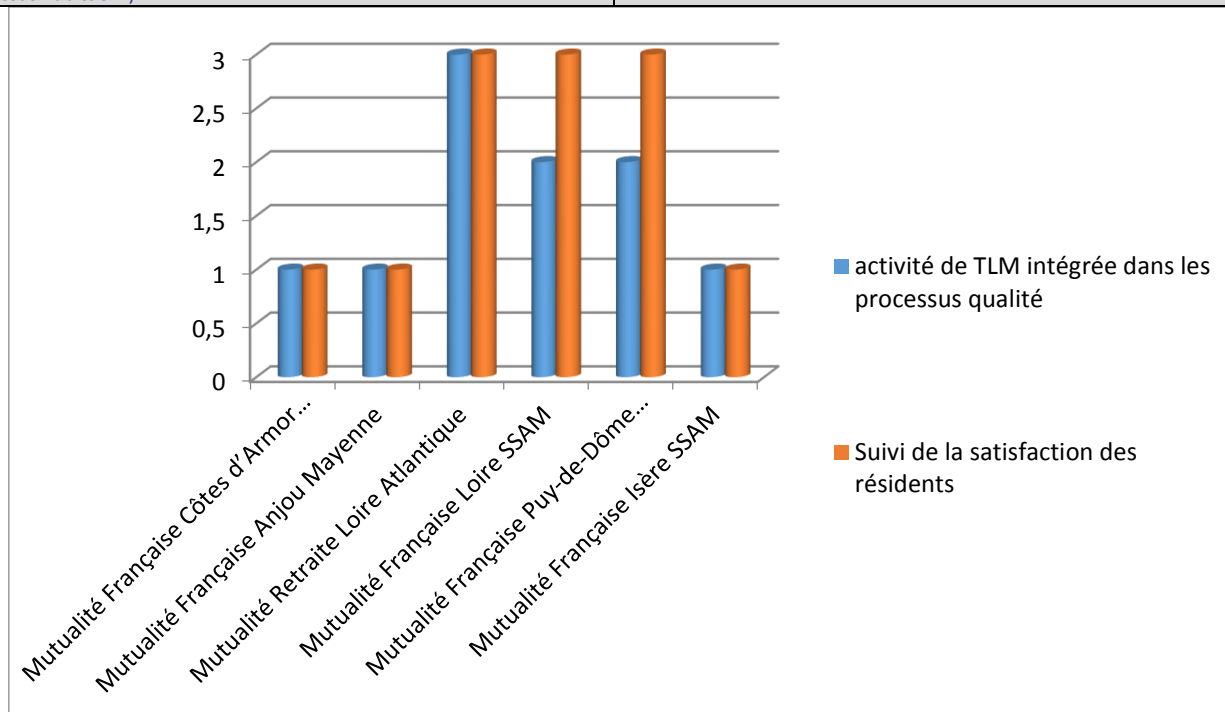
L'**avis des utilisateurs** (concernant le support utilisateur) est recueilli régulièrement pour la moitié des Unions Territoriales alors que pour l'autre moitié, cet avis est collecté de manière informelle (donc non systématique).

Concernant **l'assistance utilisateur pour les évolutions**, les Unions Territoriales sont consultées et impliqués dans quatre cas sur six alors que pour les deux autres régions, cela se fait de manière informelle.

Alors que la majorité des régions est doté d'une solution (plateforme de télémedecine) proposée et gérée par le Groupement de Coopération Sanitaire (sauf pour une région), la **disponibilité de la solution** n'est optimisée / auditée que pour deux Unions Territoriales sur six : deux autres régions n'ont qu'un simple mode dégradé (en cas de perte de service) et deux régions utilisent une solution évaluée ponctuellement (donc non monitorée et sans mode dégradé formel).

• Le suivi de la qualité du projet de Télémedecine

activité de TLM intégrée dans les processus qualité	Suivi de la satisfaction des résidents
1 - Non 2 - Oui partiellement (signalement des incidents par un processus dédié...) 3 - Oui complètement (signalement des événements indésirables dans le processus habituel...)	1 - Aucune 2 - Informelle 3 - Formalisé sous la forme de questionnaire analysés régulièrement



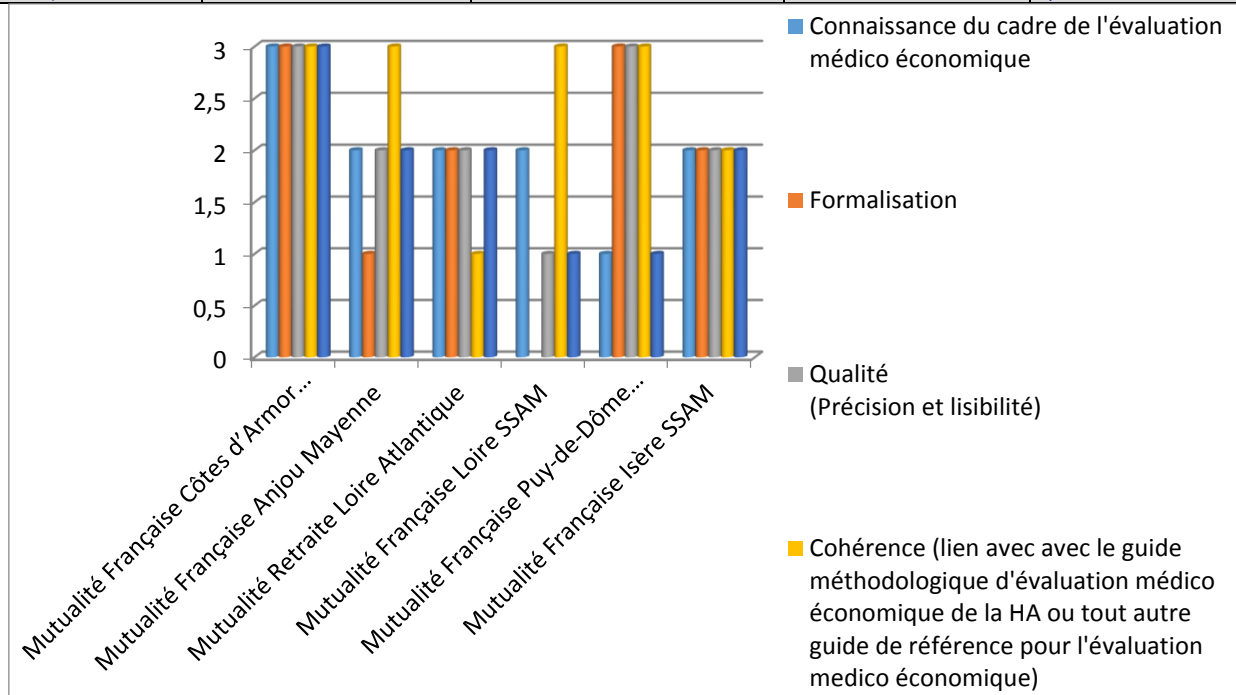
Une seule Union Territoriale a intégré **l'activité de télémedecine dans ses processus habituels de qualité au sein des établissements** alors que deux autres réalisent un suivi qualité dédié (à part des processus habituels). Trois Unions Territoriales sur six n'ont pas intégré du tout l'activité de TLM dans les processus qualité (une de ces régions affirme que ce suivi qualitatif sera mis en place dès que la VSR aura été validée : tous les actes font actuellement l'objet de rapports d'évaluation et d'incidents organisés par le Groupement de Coopération Sanitaire).

La **satisfaction des résidents** n'est recueillie dans un formulaire analysé régulièrement que dans la moitié des Unions Territoriales : l'autre moitié ne suit pas la satisfaction des résidents. Cela semble d'autant plus surprenant que toutes les régions ont choisi cet indicateur qualitatif dans l'évaluation pilotée par l'ARS. Cela peut laisser à penser que cette évaluation n'a pas encore commencé pour la seconde moitié des répondants.

6.8 Questionnement - Axe médico-économique

• Les bénéfices attendus & indicateurs médico économique du projet de Télémedecine

Connaissance du cadre de l'évaluation médico économique	Formalisation	Qualité (Précision et lisibilité)	Cohérence (lien avec le guide méthodologique d'évaluation médico économique de la HAS ou tout autre guide de référence pour l'évaluation médico économique)	Communication /partage des hypothèses
1 - Informelle 2 - Les bénéfices attendus (hypothèses à vérifier) dans l'analyse médico économique sont identifiées 3 - (2) + Les indicateurs à mesurer (pour confirmer ou infirmer les hypothèses) sont connus	1 - Benchmark / sourcing avec des études publiées 2 - Note / Echanges entre les porteurs du projet 3 - Document partagé entre les porteurs du projet et des acteurs institutionnels (ARS, ...)	1 - Faible ou Pas identifiée 2 - Moyenne 3 - Elevée, travail réalisé avec des professionnel(s) de santé et économiste(s) de la santé	1 - Faible ou pas identifiée 2 - Moyenne 3 - Elevée	1 - Faible ou pas identifiée 2 - Moyenne 3 - Elevée, partage des hypothèses avec des représentants de l'assurance maladie, la HAS, des sociétés savantes ou fédérations représentant la profession...



La **connaissance du cadre de l'évaluation médico économique** est exhaustive pour un seule Union Territoriale (bénéfices attendus et indicateurs à mesurer), moyenne pour quatre Unions Territoriales (connaissance partielle des indicateurs à mesurer) et faible pour une région.

La **formalisation** du cadre de l'évaluation est complète pour l'Union Territoriale ayant la plus grande connaissance du cadre, avec un document partagé entre les porteurs du projet et les acteurs institutionnels (ARS, la CPAM et la MSA départementales), a fait l'objet d'une note et quelques échanges pour deux Unions Territoriales et a fait l'objet d'un sourcing avec les études publiées pour une région. Une région n'a pas répondu à cette question (ne se prononce pas) alors qu'une autre région n'ayant qu'une connaissance informelle du cadre, a déclaré que la formalisation était très bonne (à sa connaissance donc pas eu d'accès au cadre).

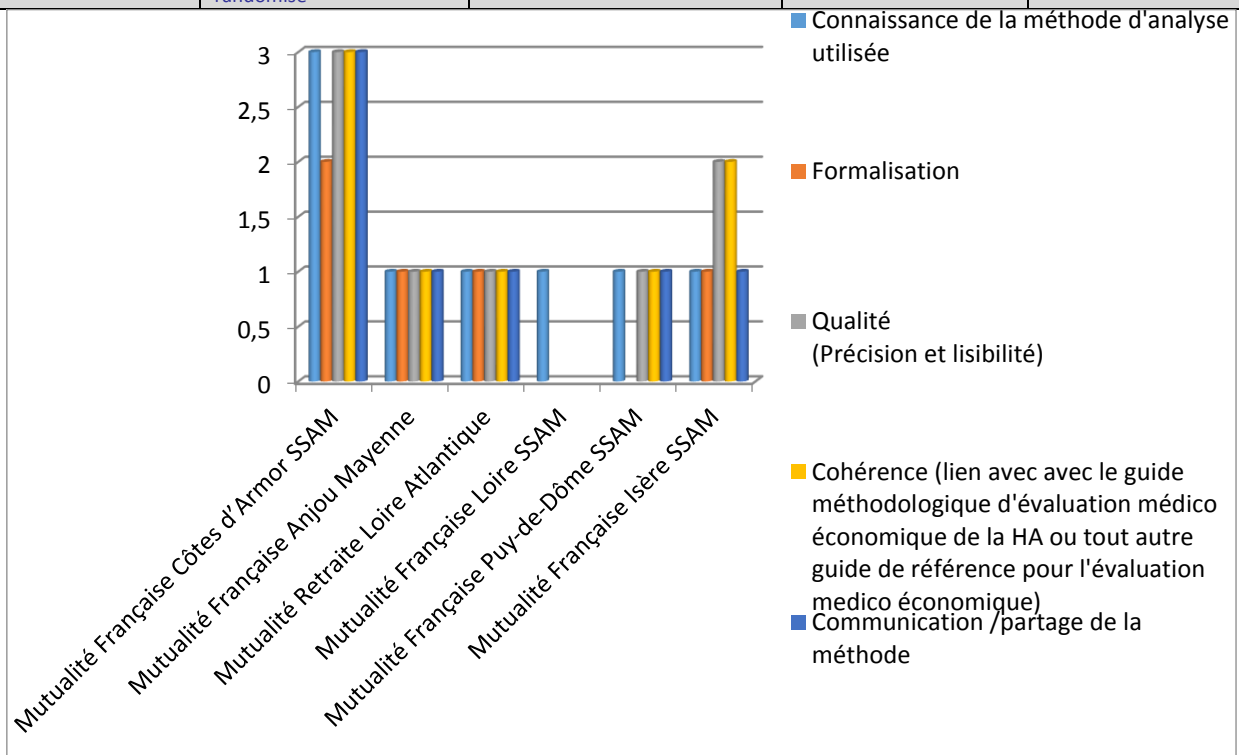
La **qualité** perçue du cadre de l'évaluation est élevée pour deux Unions Territoriales (travail réalisé avec des professionnel(s) de santé et économiste(s) de la santé), moyenne pour trois régions et faible pour une région.

La **cohérence (lien avec le guide méthodologique d'évaluation médico économique de la HAS ou tout autre guide de référence pour l'évaluation médico-économique)** est élevée dans quatre Unions Territoriales sur six (cadre réalisé par l'ARS), moyen pour une région et faible pour une région (projet en démarrage).

La **communication /partage des hypothèses** est très élevé pour une seule Union Territoriale (la même que pour les questions précédentes), moyenne pour trois autres et faible pour deux régions.

• **L'évaluation médico économique du projet de Télémédecine**

Connaissance de la méthode d'analyse utilisée	Formalisation	Qualité (Précision et lisibilité)	Cohérence (lien avec le guide méthodologique d'évaluation médico économique de la HAS ou tout autre guide de référence pour l'évaluation médico économique)	Communication /partage de la méthode
1 - Informelle ou pas identifiée 2 - Analyse par la minimisation des coûts 3 - Analyse coût - efficacité (clinique, accessibilité aux soins, économique, pratiques professionnelles...)	1 - Benchmark / sourcing avec des études publiées 2 - Les indicateurs sont mesurés / en cours sur la base de cohortes de patient avec un groupe contrôle 3 - Les indicateurs sont mesurés / en cours sur la base d'Essai contrôlé randomisé	1 - Faible ou Pas identifiée 2 - Moyenne 3 - Elevée, travail réalisé avec un partenaire tiers (professionnel(s) de santé et économiste(s) de la santé, école (étudiant en thèse, ...), ...)	1 - Faible ou pas identifiée 2 - Moyenne 3 - Elevée	1 - Faible 2 - Moyenne 3 - Elevée, partage des résultats avec des représentants de l'assurance maladie, la HAS, des sociétés savantes ou fédérations représentant la profession...



Concernant la **connaissance de la méthode d'analyse utilisée** pour l'évaluation médico économique, une seule Union Territoriale connaît la méthode utilisée. Toutes les autres régions n'ont pas identifié ou ne connaissent pas le type de méthode utilisé (même si certains indicateurs leur sont connus).

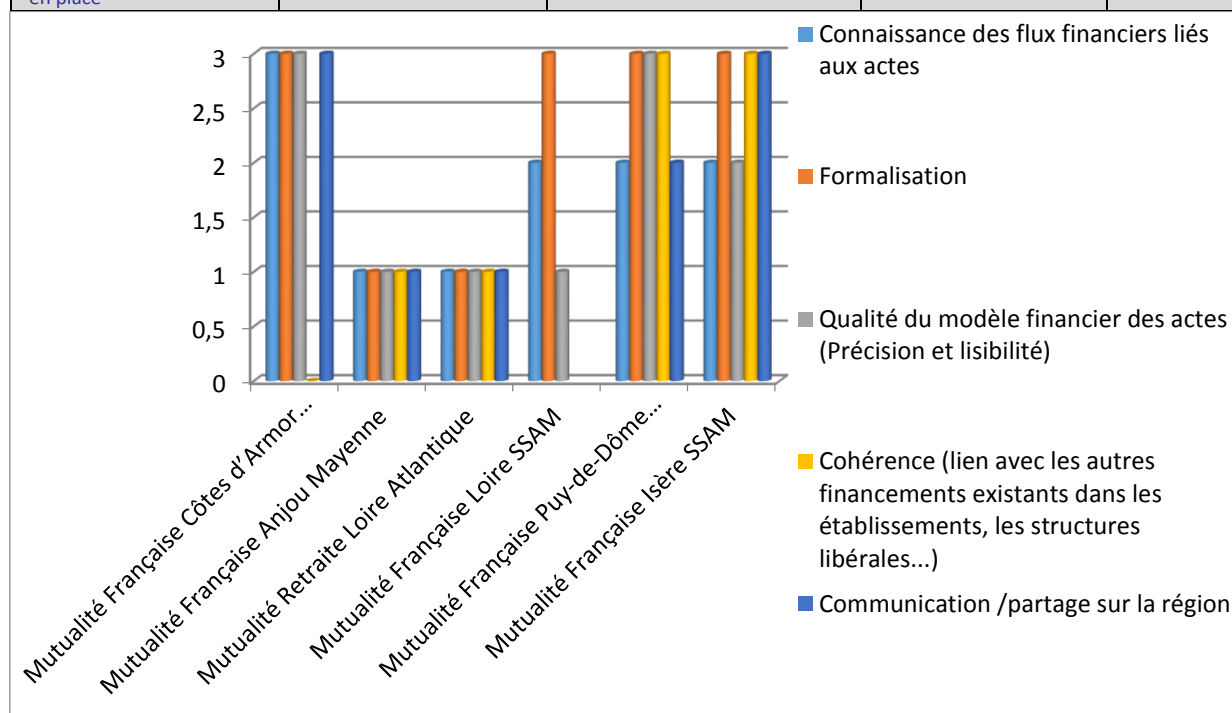
Pour la **formalisation** de cette méthode, une seule Union Territoriale a indiqué que les indicateurs sont mesurés et en cours sur la base de cohortes de patient avec un groupe contrôle. Les autres régions ont répondu que cette méthode avait été formalisée après des benchmark / sourcing avec des études publiées (trois régions) alors que deux n'ont pas répondu : la méthode de formalisation de la méthode d'analyse n'est que très peu connue des régions (ainsi que son stade d'avancement).

La **qualité** perçue de de la méthode d'analyse est élevée pour une seule Union Territoriale qui est accompagné d'un économiste de l'Ecole Centrale de Paris pour sa propre évaluation en parallèle de celle de l'ARS. Elle est faible pour trois Unions Territoriales. Une région a évalué cette qualité comme étant moyenne même si la méthode n'est que peu connue et une région n'a pas répondu (même niveau de réponse que pour la première question tend à démontrer que cet aspect n'est pas connu par la région).

La **cohérence, c'est-à-dire le lien avec le guide méthodologique d'évaluation médico économique de la HAS ou tout autre guide de référence pour l'évaluation médico-économique** est élevé pour une seule région (celle qui affirme connaître la méthode et sa construction), faible (pas identifiée) pour 3 régions. Une région a évalué cette qualité comme étant moyenne même si la méthode n'est que peu connue. Enfin, concernant la communication /partage de la méthode, une seule Union Territoriale la juge élevée alors que les autres la juge faible.

• **Les flux financiers entre les acteurs requérant et requis pour la prise en charge de l'acte de Télémedecine**

Connaissance des flux financiers liés aux actes	Formalisation	Qualité du modèle financier des actes (Précision et lisibilité)	Cohérence (lien avec les autres financements existants dans les établissements, les structures libérales...)	Communication /partage sur la région
1 - Informelle 2 - Flux financiers & contreparties d'autres nature, en place entre acteurs requérant et requis 3 - Reproductible et Pérenne : (1) + validation juridique des flux financiers et contreparties en place	1 - Informelle 2- Note / Echange entre les acteurs 3- Convention entre les acteurs décrivant le modèle financier des actes et les contreparties entre les acteurs	1 - Faible ou Pas identifiée 2 - Moyenne 3 - Elevée	1 - Faible ou pas identifiée 2 - Moyenne 3 - Elevée	1 - Faible ou pas identifiée 2 - Moyenne 3 - Elevée + convention mise à la connaissance d'acteurs institutionnels de la région



Pour la **connaissance des flux financiers liés aux actes**, une seule Union Territoriale déclare avoir mis en place des flux reproductibles et pérennes (même si ce n'est pas le cas car le financement n'est pas garanti après 2016). La moitié des Unions Territoriales déclare avoir mis en place des flux financiers & contreparties d'autres natures entre acteurs requérant et requis (paiement de téléconsultations ou financements de l'ARS aux établissements requis) alors que deux régions ont mis en place des flux financiers de manière informelle (projets en lancement donc partie pas complètement validée).

La **formalisation** a donné lieu à la signature d'une convention entre les acteurs décrivant le modèle financier des actes et les contreparties entre les acteurs dans quatre Unions Territoriales sur six (le délai de signature a d'ailleurs été généralement très long : plusieurs mois) alors que deux régions n'ont pas de convention signée ou de note formelle.

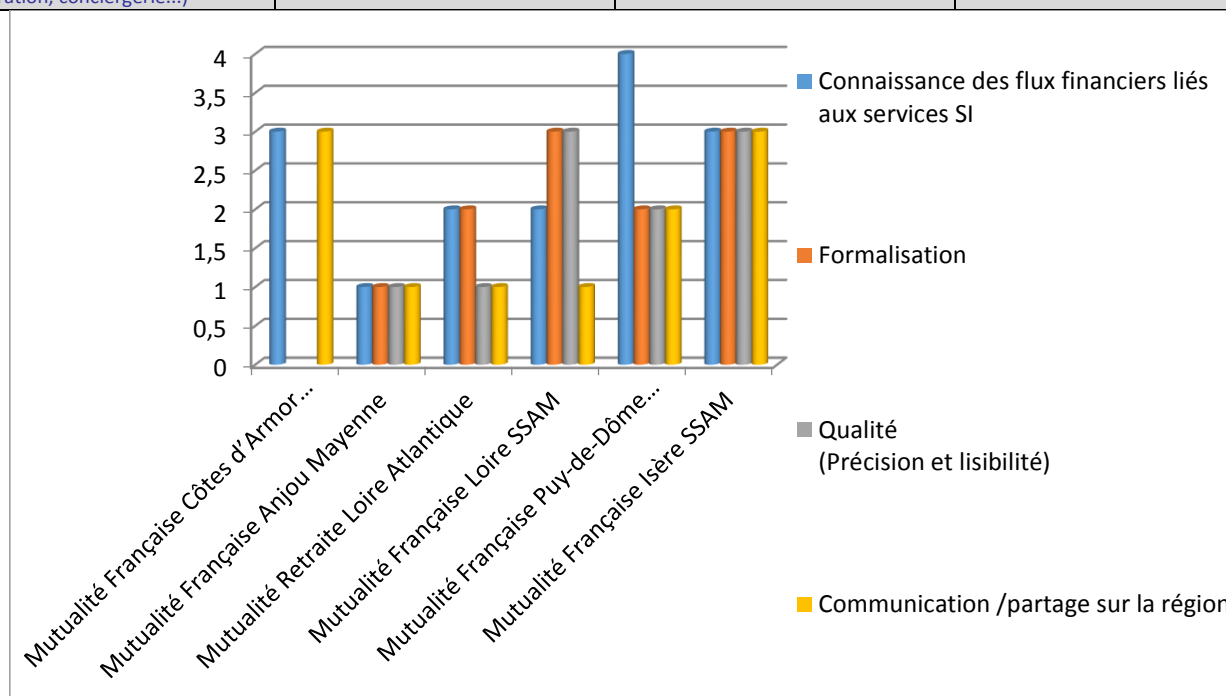
La **qualité** du modèle financier est jugé comme étant élevé dans deux Unions Territoriales, moyen dans une région et faible / non identifié dans trois régions (pas à même de l'estimer).

La **cohérence** (lien avec les autres financements existants dans les établissements, les structures libérales...) est élevée pour deux régions, faible pour deux régions et non estimée (pas de réponse) pour deux régions.

La **communication / partage sur la région** du modèle financier est élevée (convention mise à la connaissance d'acteurs institutionnels de la région) pour deux régions, moyenne pour une région (peu de communication), faible pour deux régions (pas de communication officielle) et non répondu pour une région (projet en démarrage).

- **Le modèle du coût du service SI en support de l'activité de Télémedecine (infrastructure, services fonctionnels, support...)**

Connaissance des flux financiers liés aux services SI	Formalisation	Qualité (Précision et lisibilité)	Communication /partage sur la région
1 - Informelle 2 - Cout du service reposant sur des financements basés uniquement sur des subventions et/ou fonds ministère de la santé (FMESPP, FIR) 3 - (2)+ Mixité de fonds : ministère(s), région (FEDER,...) 4 -Modèle de tarification établi, avec facturation aux acteurs : frais d'accès au service, abonnement/maintenance, tarification à l'usage, tarification à la carte en fonction du service utilisé, forfait/régie (ex. intégration, conciergerie...)	1 - Informelle 2- Note / Echange entre les acteurs 3- Convention entre les acteurs décrivant le modèle financier du coût du service SI en support de l'activité de Télémedecine	1 - Faible ou pas identifiée 2 - Moyenne 3 - Elevée	1 - Faible ou pas identifiée 2 - Moyenne 3 - Elevée + convention mise à la connaissance d'acteurs institutionnels de la région



La **connaissance des flux financiers liés aux services SI** est exhaustive pour une Union Territoriale (connaissance du modèle de tarification établi avec facturation aux acteurs), partielle pour deux régions (connaissance du coût du service reposant sur les financements basés uniquement sur des subventions mixtes), faible pour deux régions (connaissance du coût du service reposant sur les financements basés uniquement sur des subventions mutualistes) et informel pour une région (en cours pour tout ce thème). La **formalisation** de ces flux financiers est jugée comme étant élevée pour deux Unions Territoriales, moyenne pour deux régions (connaissance via une note), faible pour une région (projet en démarrage) et non répondue pour une région (une région précise que cette décision sera prise au terme de la première année de fonctionnement complète).

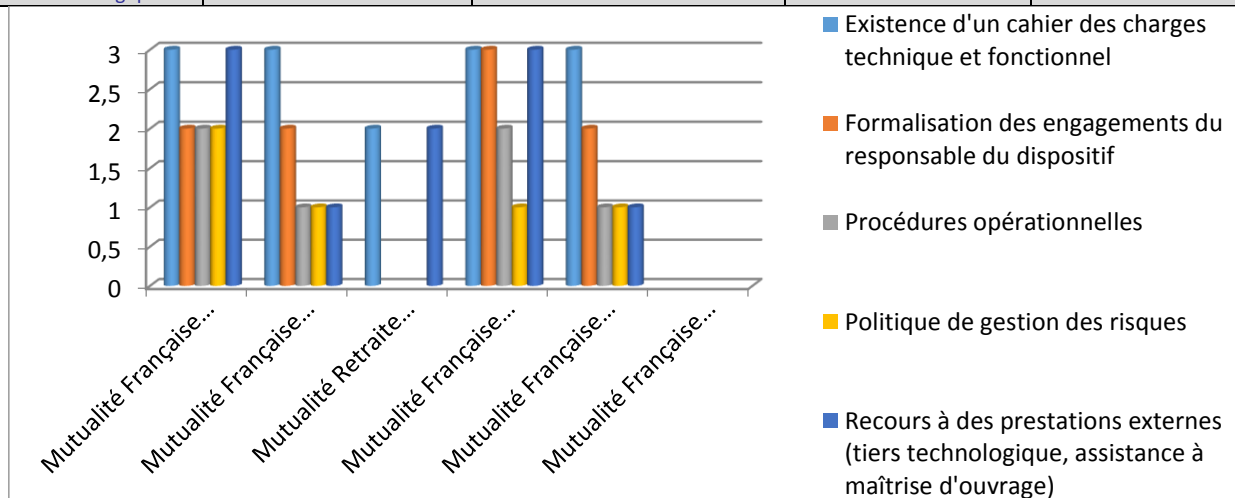
La **qualité** est perçue de la formalisation de ces flux financiers comme étant élevée pour deux régions (par celles qui ont logiquement estimées un niveau de formalisation élevée), moyenne pour une région, faible pour deux régions et non répondu par une région.

La **communication / partage sur la région** du modèle est élevée (convention mise à la connaissance d'acteurs institutionnels de la région) pour deux régions, moyenne pour une région (peu de communication), faible pour trois régions (pas de communication officielle). Les réponses très partagées sur les deux dernières questions accèdent le fait que ce modèle est peu connu donc peu diffusé pour plus de la moitié des régions.

6.9 Questionnement - Axe système d'information

• Les engagements du responsable du dispositif de télémédecine

Existence d'un cahier des charges technique et fonctionnel	Formalisation des engagements du responsable du dispositif	Procédures opérationnelles	Politique de gestion des risques	Recours à des prestations externes (tiers technologique, assistance à maîtrise d'ouvrage)
<p>1 - Pas de cahier des charges</p> <p>2 - Un cahier des charges existe, partiel et/ou non validé par les porteurs médicaux et/ou le comité médical-scientifique du projet</p> <p>3 - Un cahier des charges existe et validé par les porteurs médicaux et/ou le comité médical-scientifique du projet</p> <p>4- (3) + réponses formalisées au cahier des charges par le responsable du dispositif de télémédecine</p> <p>5 - (4) + Responsabilités identifiées entre le responsable du dispositif et le tiers technologique</p>	<p>1 - Pas de formalisation entre le responsable du dispositif et <u>tous</u> les partenaires utilisateur</p> <p>2 - Il y a une convention liant tous les partenaires utilisateur et le responsable du dispositif articulée avec le contrat ARS-Porteur du projet</p> <p>3 - (2) + Cette convention prévoit la contribution des partenaires utilisateurs au financement du dispositif (CAPEX et OPEX)</p>	<p>1 - les procédures de maintien en opération ne sont pas formalisées</p> <p>2- les procédures de maintien en opération par le responsable du dispositif sont formalisées</p> <p>3 - les procédures décrivent les responsabilités des partenaires utilisateurs dans le maintien en opération</p>	<p>1 - Il n'y a pas de politique de gestion des risques</p> <p>2 - Il y a une politique de gestion des risques formalisées dans un document projet</p> <p>3 - Il y a une politique de gestion des risques basé sur une méthode (exemple EBIOS) élaboré à la conception</p> <p>4 - Idem 2 avec actualisation régulière</p>	<p>1 - Pas de recours à des prestataires externes</p> <p>2 - L'ensemble des prestataires externes est titulaire d'un contrat de fourniture de prestation</p> <p>3 - Les niveaux de services des prestations sont complètement définies (SLA)</p> <p>4 - Le SLA des prestations externes est restitué dans la convention liant le responsable du dispositif avec les partenaires utilisant le dispositif de télémédecine</p>



Pour l'**existence d'un cahier des charges technique et fonctionnel**, quatre Unions Territoriales affirment qu'un cahier des charges existe et est validé par les porteurs médicaux et/ou le comité scientifique du projet (les régions n'en sont pas à l'origine car elles utilisent une solution existante) et une Union Territoriale répond qu'un cahier des charges existe, partiel et/ou non validé par les porteurs médicaux et/ou le comité scientifique du projet (car celui-ci n'est pas encore figé). A noter qu'une région a systématiquement renvoyé vers le Groupement de Coopération Sanitaire pour ces réponses.

Pour la **formalisation des engagements du responsable du dispositif**, une seule région affirme que ces engagements ont pris la forme d'une convention liant tous les partenaires utilisateur et le responsable du dispositif articulée avec le contrat ARS-Porteur du projet (incluant la contribution des partenaires utilisateurs au financement du dispositif) alors que pour trois régions, cette convention n'a pas inclus la contribution des partenaires utilisateurs au financement du dispositif (car mis à disposition par le Groupement de Coopération Sanitaire). Une région n'a pas répondu à cette question et aux suivantes (projet en démarrage).

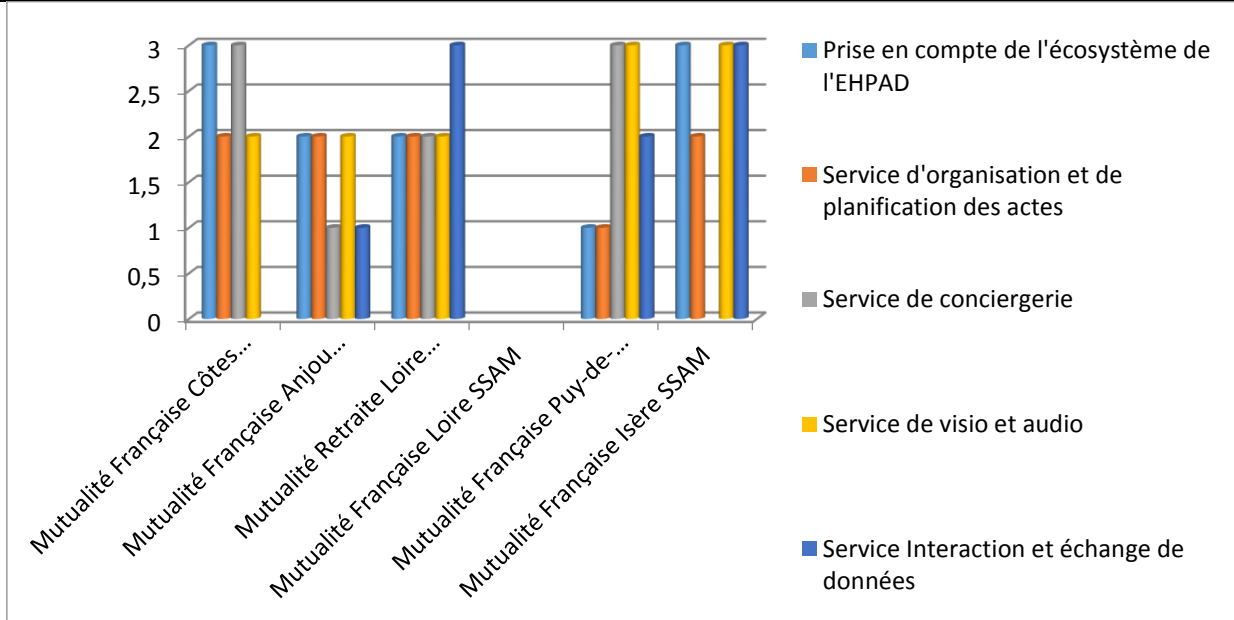
Les **procédures opérationnelles** de maintien en opération sont formalisées pour deux Unions Territoriales (sans description des responsabilités) et non formalisées pour deux régions.

Pour la **politique de gestion des risques**, une seule Union Territoriale affirme qu'il existe une politique de gestion des risques formalisée (sans connaître la méthode) et pour trois régions, il n'y a pas de politique de gestion des risques (connue car le Groupement de Coopération Sanitaire doit en posséder une).

Concernant le **recours à des prestations externes (tiers technologique, assistance à maîtrise d'ouvrage)**, trois Unions Territoriales y ont eu recours : deux régions ont un SLA (niveau de service) formalisé alors que la troisième n'a qu'un simple contrat de fourniture de services.

• L'urbanisation du projet de Télémedecine

Prise en compte de l'écosystème de l'EHPAD	Service d'organisation et de planification des actes	Service de conciergerie	Service de visio et audio	Service Interaction et échange de données
<p>1 - Il n'y a pas d'analyse relative à la contribution des logiciels métiers des participants à l'acte de télémedecine</p> <p>2 - Une analyse a été conduite pour l'ensemble des partenaires</p> <p>3 - L'analyse a conduit à ne faire aucune intégration avec les solutions logicielles déjà en place au sein des EHPAD, des solutions d'attente ou de contournement ont été trouvés</p> <p>4- L'analyse a conduit à la réalisation d'interfaces avec les solutions logicielles déjà en place au sein des EHPAD</p>	<p>1 - Ce service est manuel, il s'appuie sur des procédures papiers et/ou des contacts téléphoniques</p> <p>2 - Ce service est fourni par des outils spécifiques nécessitant de la ressaisie dans des outils externes et ne couvrent pas toutes les ressources nécessaires à la planification de l'acte</p> <p>3 - Idem 2 + couverture de l'ensemble des ressources nécessaires et intégration avec les outils des partenaires évitant la ressaisie</p>	<p>1 - Il n'y a pas de service de conciergerie proposé par le responsable du dispositif</p> <p>2 - Un service de conciergerie est opérationnel, mais selon le type de dysfonctionnement l'utilisateur doit solliciter différents types de support</p> <p>3 - Le service de conciergerie réalise le suivi de l'ensemble du dispositif offrant une réponse globale aux partenaires</p>	<p>1 - Les services de visio et audio utilisent des codecs matériels, installés sur les postes localement, sur site</p> <p>2 - Les services de visio et audio utilisent des codecs logiciels, installés sur les postes localement, sur site</p> <p>3- Les services de visio et audio sont "full web", sans aucune installation localement, sur le poste et sur site (sans installation de codec logiciel et matériel)</p>	<p>1 - Il n'y a pas de moyens synchrones de communication en dehors des services d'audio ou visio mis en œuvre dans le cadre du dispositif</p> <p>2 - Ce service existe mais n'est pas mis en œuvre par le responsable du dispositif, en dehors des services d'audio et visio</p> <p>3- Des équipements biomédicaux sont connectés à la plateforme d'échange de télémedecine et permettent d'échanger et visualiser des données numériques (ex. ECG connecté, ...)</p>



Pour la **prise en compte de l'écosystème de l'EHPAD**, seule deux Unions Territoriales déclarent avoir conduites une analyse allant jusqu'à l'intégration avec les SI en places (des solutions d'attente ou de contournement ont été trouvés : attente et copier/coller dans le SI existant). Deux Unions Territoriales ont mené cette analyse sans conclure sur l'intégration avec les SI en place et une région n'a pas mené cette analyse (expérimentation prévue sans lien avec les SI en place). A noter qu'une région n'a pas répondu aux questions de ce thème.

Concernant le **service d'organisation et de planification des actes**, quatre Unions Territoriales déclarent que ce service est fourni par des outils spécifiques nécessitant de la ressaisie dans des outils externes et une région s'appuie sur un service téléphonique avec recopie dans les agendas des EHPAD.

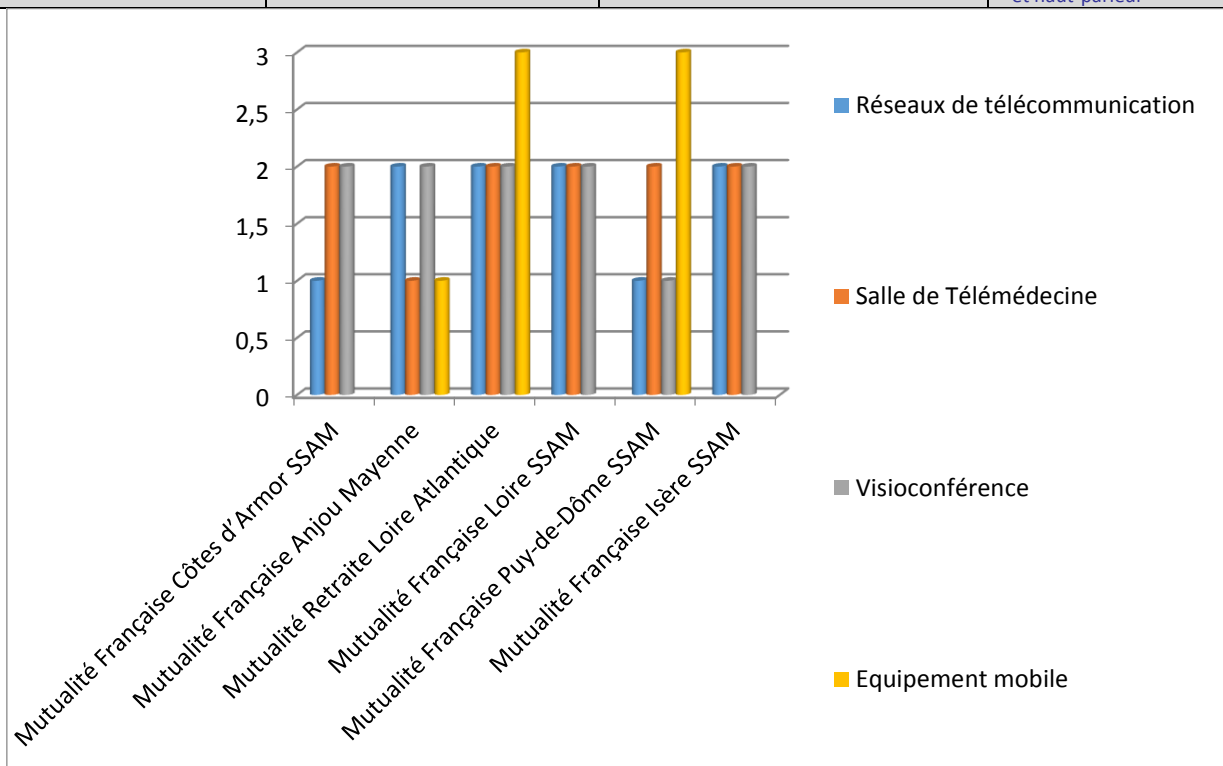
Le **service de conciergerie** réalise le suivi de l'ensemble du dispositif offrant une réponse globale aux partenaires (point de contact unique) pour deux Unions Territoriales seulement et est opérationnel mais selon le type de dysfonctionnement l'utilisateur doit solliciter différents types de support pour une région. Une Union Territoriale ne dispose pas de service et une région n'a pas répondu à cette question.

Le **service de visio et audio** est "full web", sans aucune installation localement, sur le poste et sur site (sans installation de codec logiciel et matériel) pour deux Unions Territoriales et utilise des codecs logiciels installés sur les postes localement (sur site) pour trois Unions Territoriales (codecs physique sous la forme de boitiers pour une région).

Enfin, le **service d'interaction et d'échange de données** est censé fournir des équipements biomédicaux connectés à la plateforme d'échange de télémédecine et permettent d'échanger et visualiser des données numériques dans deux Unions Territoriales (juste en test dans une région et non constaté dans l'autre région), est disponible dans une mais non mis en service et n'existe pas dans une région. Une région n'a pas répondu à cette question.

• **L'Infrastructure & les équipements mobiles du projet de Télémedecine**

Réseaux de télécommunication	Salle de Télémedecine	Visioconférence	Equipement mobile
<p>1 Le réseau de télécommunication internet est hors du champ de responsabilité et de préconisation du responsable du dispositif de télémedecine</p> <p>2 - Le réseau de télécommunication internet est préconisé ou fournis par le responsable du dispositif de télémedecine</p> <p>3 - Le réseau de télécommunication internet n'est pas dédié pour l'usage de la télémedecine, mais un réseau interne WIFI est dédié à l'usage de la télémedecine</p>	<p>1 - Il n'y a pas de salle dédiée à la télémedecine, une salle est utilisée pour l'activité de télémedecine</p> <p>2 - Une salle est dédiée à la télémedecine</p> <p>3 - Il n'y a pas de salle dédiée à la télémedecine. Le chariot de télémedecine se déplace au lit du patient.</p>	<p>1 - Il n'y a pas de service de visioconférence ou d'audioconférence utilisé</p> <p>2 - Un service de visioconférence ou audioconférence est utilisé et il est dédié à la télémedecine</p> <p>3 - Le service est mutualisé avec d'autres usages et dispose d'une convention de service</p>	<p>1 - le chariot de télémedecine comprend une caméra pour la visio, une prise de son et un haut-parleur pour la visio, 1 ou 2 écrans... Le coût du chariot est intégré au coût d'investissement du projet</p> <p>2 - (1) + le chariot de télémedecine est équipé d'équipements biomédicaux (écho, ECG, camera main,...) . Les équipements biomédicaux ne sont pas intégrés au cout du projet</p> <p>3- il n'y a pas de chariot mais un autre système mobile équipé d'un écran, d'une caméra et d'une prise de son et haut-parleur</p>



Le **réseau de télécommunication** est fourni par le responsable du dispositif de télémedecine dans quatre Unions Territoriales (inclus dans le projet mutualiste, dédié ou non) et ne fait pas partie du périmètre dans deux régions (mis à disposition par le Groupement de Coopération Sanitaire : réseau régional).

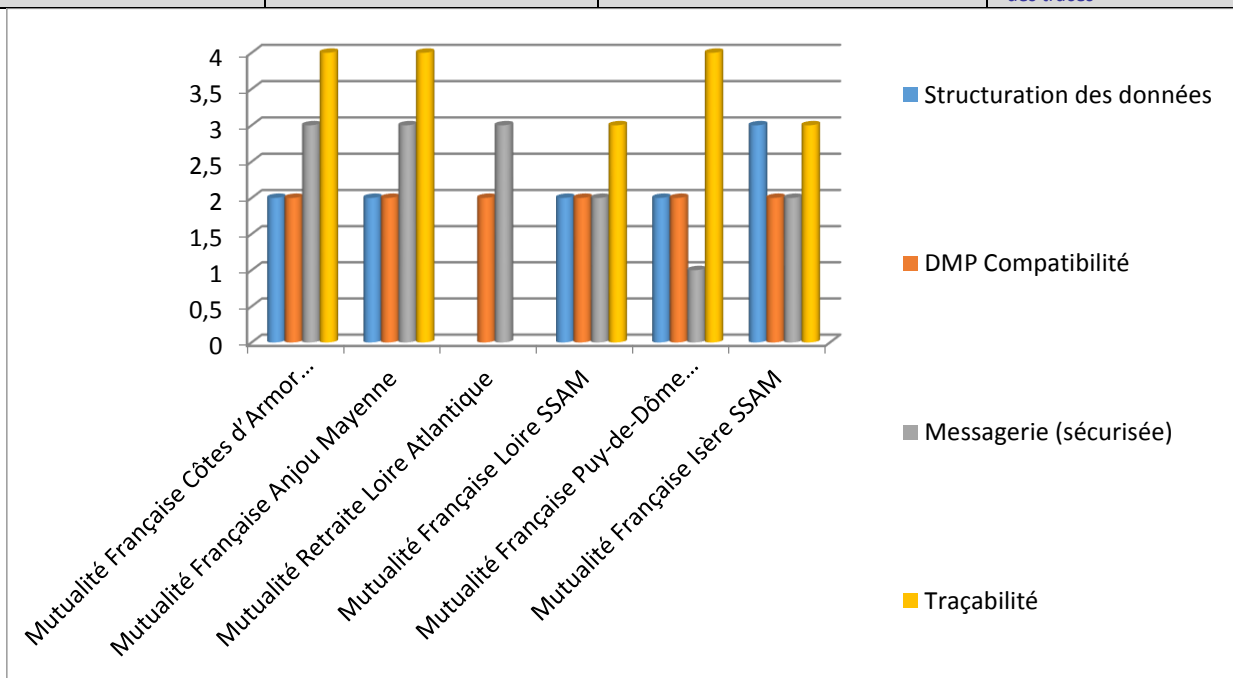
La **salle de télémedecine** est dédiée à ce seul usage pour cinq Unions Territoriales (certaines ont même inclus cette salle dans les plans de nouveaux bâtiments) et une seule région n'a pas de salle dédiée (mais l'envisage à terme). Le service de **visioconférence** est utilisé uniquement dans le cadre de la télémedecine pour 5 régions (pas d'autres usages envisagés) et une seule région a déclaré qu'il n'a pas de service de visioconférence ou d'audioconférence utilisé (or il existe mais est intégré dans la solution d'où peut-être cette confusion).

Concernant les **équipements mobiles** (chariot de télémedecine, tablette...), trois Unions Territoriales n'ont pas répondu car ces équipements ne sont pas utilisées, deux régions déclarent un système mobile

équipé d'un écran, d'une caméra et d'une prise de son et haut-parleur (non constaté en région car une région utilise une télécabine fixe et l'autre, une solution fixe) et une région utilise effectivement un chariot de télémédecine (mais également une salle de télémédecine). A noter qu'une seconde région a démarré un projet avec une télécabine dans une pharmacie mutualiste.

• Le respect des référentiels SI

Structuration des données	DMP Compatibilité	Messagerie (sécurisée)	Traçabilité
1 - Le dispositif de TLM (Télé médecine) ne prévoit pas de recevoir en entrée des documents structurés ou des flux de message 2 - Le dispositif de TLM accepte en entrée un flux ou un document lui permettant d'initialiser le contexte de l'acte (différent d'un appel contextuel) 3 - Le flux entré est conforme au CI-SIS (document CDA niveau 1 minimum et/ou flux IHE/PAM)	1 - Le dispositif de TLM n'est pas DMP compatible et n'a pas prévu de l'être 2 - Le dispositif de TLM est DMP compatible mais la fonction n'est pas activée 3 - Le dispositif de TLM est DMP Compatible et la fonction est activée	1 - Le dispositif de TLM n'interagit pas avec la messagerie des utilisateurs 2 - Le dispositif TLM interagit en envoyant des notifications anonymes aux acteurs 3 - Le dispositif TLM a prévu d'intégrer la messagerie sécurisée	1 - Le dispositif de TLM ne fournit pas de trace 2 - Le dispositif de TLM dispose de traces fonctionnelles consultables par les utilisateurs 3 - Le dispositif de TLM exporte de manière spécifique les traces d'utilisation (par une action technique) 4 - Le dispositif de TLM met à disposition à chaque fin de session des utilisateurs une trace des actions entreprises au cours de l'acte + Archivage des traces



Pour la **structuration des données**, une seule Union Territoriale déclare un flux en entrée conforme au CI-SIS (document CDA niveau un minimum et/ou flux IHE/PAM) et 4 régions déclarent que le dispositif de TLM accepte en entrée un flux ou un document lui permettant d'initialiser le contexte de l'acte. Une seule région n'a pas répondu car elle n'a pas accès à un flux de données (télécabine qui fournit juste des résultats).

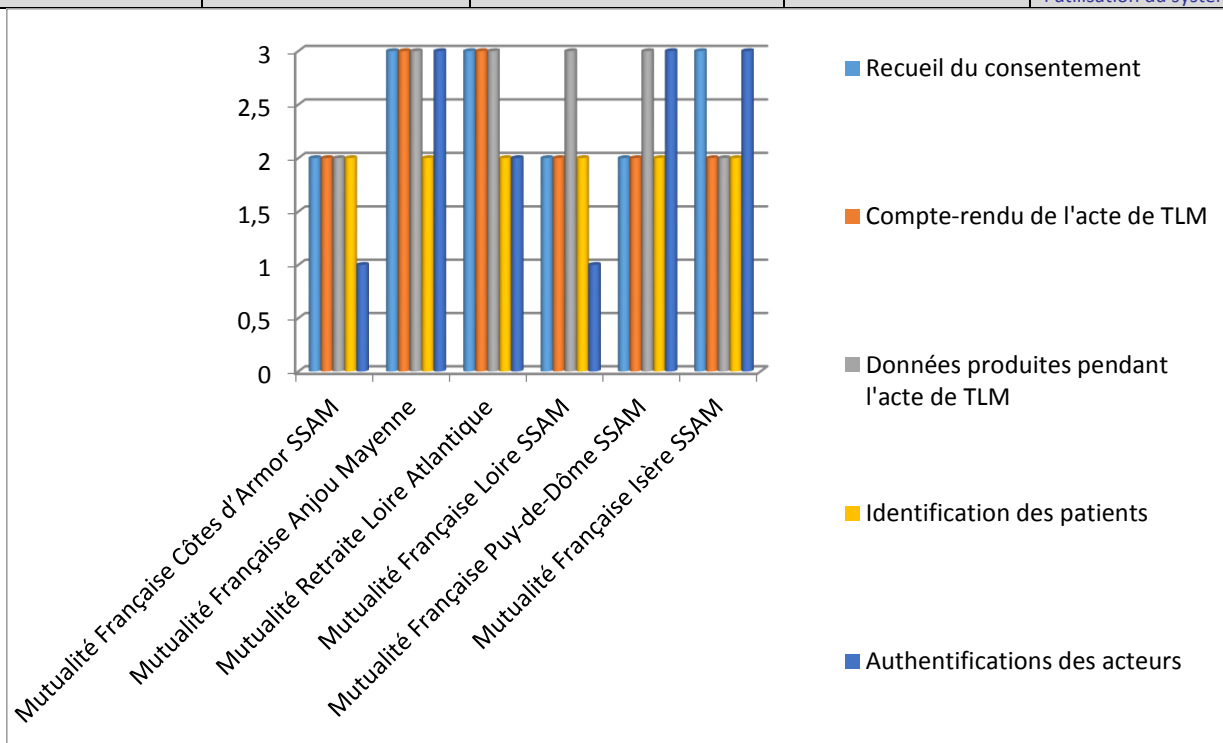
Concernant la **DMP compatibilité**, tous les Unions Territoriales sont en mesure d'envoyer des données vers le DMP mais cette fonction n'est pas activée (pas évoquée lors des entretiens).

La **messagerie sécurisée** est prévue dans la solution pour trois régions (à terme), le dispositif TLM interagit en envoyant des notifications anonymes aux acteurs pour deux régions et pas d'interaction avec la messagerie des utilisateurs pour une seule région.

La **traçabilité** des actions est élevée pour trois régions (archivage des traces) et moyenne pour deux régions (sans archivage des traces mais de simples exports à la demande). Une région n'a pas répondu (région utilisant la télécabine).

• Les fonctionnalités de la solution déployée dans le cadre du projet de Télémedecine

Recueil du consentement	Compte-rendu de l'acte de TLM	Données produites pendant l'acte de TLM	Identification des patients	Authentifications des acteurs
<p>1 - Le recueil du consentement à l'acte de TLM est réalisé par chaque participant dans son SI</p> <p>2 - Le recueil du consentement est réalisé par chaque participant dans le dispositif de TLM,</p> <p>3 - Idem 1 Il est complété par la trace de l'information donnée au patient pour le partage d'information médicale</p>	<p>1 - Il n'y a pas de gestion du compte-rendu de l'acte de TLM présent dans le dispositif technique</p> <p>2 - Le dispositif de TLM possède une fonctionnalité de compte-rendu qui est exploitée depuis cet environnement par chaque acteur</p> <p>3 - Idem 1 avec possibilité de récupérer dans le SI de chaque acteur le CR de TLM et de supprimer le CR de TLM, une fois la récupération du CR faite</p>	<p>1 - Il n'y a pas de données médicales produites par le dispositif de TLM</p> <p>2 - Il y a des données médicales produites mais elles sont mises à disposition des utilisateurs pour qu'ils les intègrent dans leur propre SI et supprimées après l'acte</p> <p>3 - Idem 1 et les données sont stockées dans le dispositif de TLM, ce qui nécessite le recours à un hébergeur agréé</p>	<p>1 - Le dispositif de TLM ne gère pas l'identification du patient qui est du ressort de chaque participant</p> <p>2 - Le dispositif de TLM gère l'identité du patient saisie par un des participants et partagée entre les différents acteurs</p> <p>3 - Le dispositif de TLM est certifié INS, qui complète les données d'identification</p>	<p>1 - Il n'y a pas de mécanisme d'authentification fort, l'identification se fait par login/mot de passe</p> <p>2 - La carte CPS est utilisée par le dispositif de TLM après un enrôlement de la part de l'utilisateur avec vérification de la liste de révocation des cartes CPS</p> <p>3 - La création d'utilisateurs est conditionnée par la détention d'une carte CPS qui est utilisée en mode nominal. L'accès en login/mot de passe limite l'utilisation du système.</p>



Concernant le **recueil du consentement**, il est réalisé par chaque participant dans le dispositif de TLM et complété par la trace de l'information donnée au patient pour le partage d'information médicale dans la moitié des Unions Territoriales (trois/six) et est réalisé par chaque participant dans le dispositif de TLM (sans trace de l'action) pour l'autre moitié des régions. A noter qu'il est / sera parfois réalisé à chaque demande d'acte de télémedecine (avec saisie du tuteur à chaque demande donc potentiellement du juge).

Pour le **compte-rendu de l'acte de TLM**, deux Unions Territoriales déclarent que le dispositif de TLM possède une fonctionnalité de compte-rendu qui est exploitée depuis cet environnement par chaque acteur et offre la possibilité de récupérer dans le SI de chaque acteur le CR de TLM / de supprimer le CR de TLM, une fois la récupération du CR faite (or aucune de ces régions n'ayant d'interface entre le système de TLM et les SI existants, on se situe plutôt dans une cible souhaitée). Les quatre autres régions

déclarent que le dispositif de TLM possède une fonctionnalité de compte-rendu qui est exploitée depuis cet environnement par chaque acteur (conforme à la réalité observée).

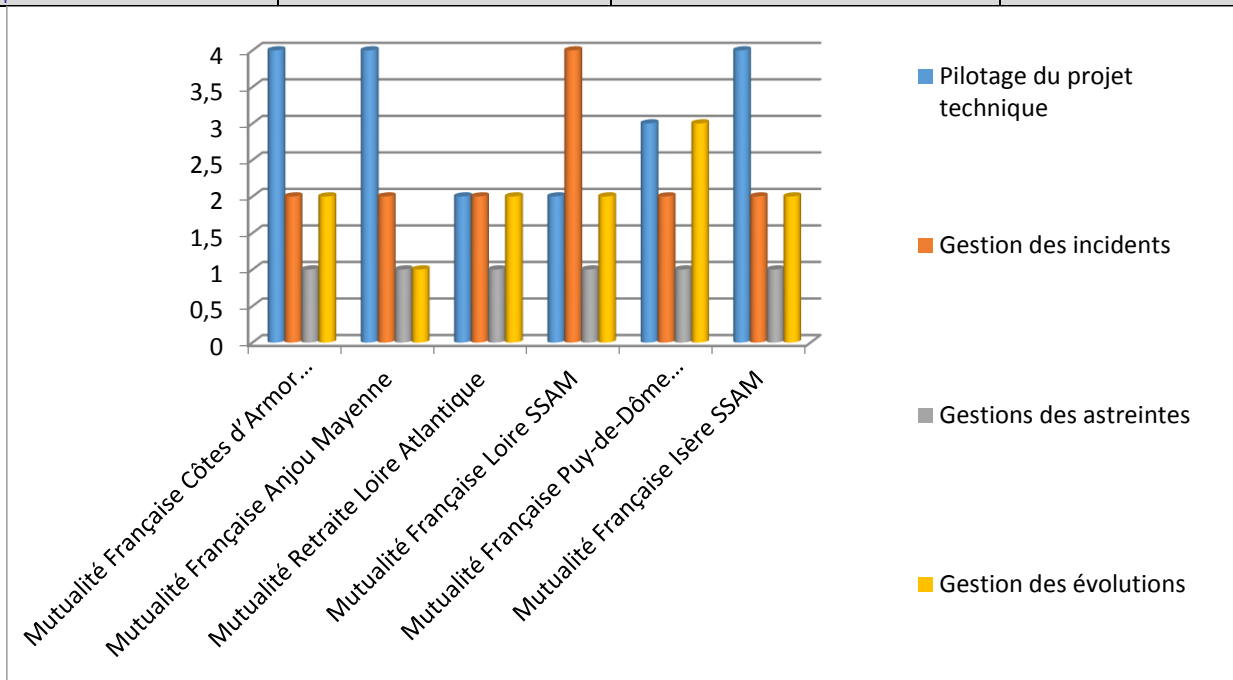
Concernant les **données produites pendant l'acte de TLM**, quatre Unions Territoriales déclarent que des données médicales sont effectivement produites mais qu'elles sont mises à disposition des utilisateurs pour qu'ils les intègrent dans leur propre SI (et supprimées après l'acte) et que les données sont stockées dans le dispositif de TLM, ce qui nécessite le recours à un hébergeur agréé. Deux régions fonctionnent selon le même principe mais ne mentionnent pas le recours à un hébergeur agréé (or c'est bien le cas avec la solution régionale mise à disposition par le Groupement de Coopération Sanitaire).

L'**identification des patients** est gérée de la même manière pour tous les Unions Territoriales : le dispositif de TLM gère l'identité du patient saisie par un des participants et elle est ensuite partagée entre les différents acteurs (au sein du système de TLM). Le système n'est donc pas certifié INS.

Enfin pour l'**authentification des acteurs**, la création de passe est conditionnée par la détention d'une carte CPS qui est utilisée en mode nominal (l'accès en login/mot de passe limite l'utilisation du système) dans trois Unions Territoriales (non constaté lors des visites), la carte CPS est utilisée par le dispositif de TLM après un enrôlement de la part de l'utilisateur avec vérification de la liste de révocation des cartes CPS dans deux régions (non constaté lors des visites) et il n'y a pas de mécanisme d'authentification fort (l'identification se fait par login/mot de passe) dans deux régions (constaté lors des visites).

• **Le volet technique du projet de Télémedecine**

Pilotage du projet technique	Gestion des incidents	Gestions des astreintes	Gestion des évolutions
1 - Le pilotage du projet technique est assuré par le porteur de projet médical 2 - Le porteur du projet médical a plusieurs interlocuteurs techniques en interface 3 - Le porteur du projet médical à un seul interlocuteur pour toutes les questions techniques 4 - Le pilote technique est en interaction avec l'ensemble des correspondants techniques des sites partenaires	1 - Il n'y a pas de gestion d'incident formalisé 2 - Une gestion des incidents est formalisée, chaque utilisateur sait comment déclarer les incidents 3 - La gestion des incidents s'appuie sur un critère de gravité constatée par l'utilisateur 4 - Les incidents sont gérés dans un outil particulier. Ils font l'objet de suivi et d'un contrôle qualité	1 - Il n'y a pas de support en dehors des horaires ouvrés 2 - Une astreinte est organisée pour répondre aux dysfonctionnements en dehors des heures ouvrés. Elle couvre les niveaux 1 et 2	1 - Il n'y a pas d'environnement de test avant mise en production 2 - Il y a un environnement de test qui permet de diffuser de nouvelles version avant mise en service 3 - Idem 1 + Les évolutions se font sans interruption du service fournis



Pour le **pilotage du projet technique**, la moitié des Unions Territoriales déclarent que le pilote technique (souvent issu du Groupement de Coopération Sanitaire régional) est en interaction avec l'ensemble des correspondants techniques des sites partenaires (EHPAD Mutualistes), une région déclare que le porteur du projet médical à un seul interlocuteur pour toutes les questions techniques et deux régions déclarent que le porteur du projet médical a plusieurs interlocuteurs techniques en interface (Groupement de Coopération Sanitaire, éditeur...).

La **gestion des incidents** est gérée dans un outil particulier (objet de suivi et d'un contrôle qualité) pour une seule Union Territoriale et s'appuie sur un critère de gravité constatée par l'utilisateur pour les 5 autres régions (sans outil en particulier).

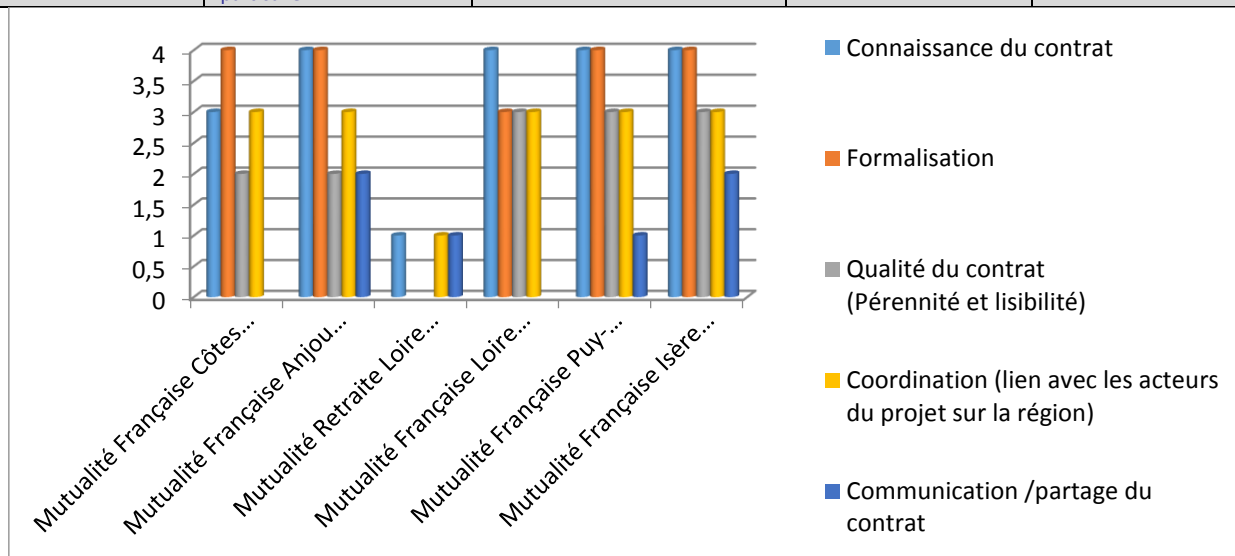
La **gestion des astreintes** est gérée de la même manière dans tous les Unions Territoriales : pas de support en dehors des horaires ouvrés (de la part de l'éditeur et du Groupement de Coopération Sanitaire donc difficile de faire de l'urgence comme le souhaitent certaines régions).

Enfin la **gestion des évolutions** s'effectue dans un environnement de test qui permet de diffuser de nouvelles version avant mise en service (sans interruption de services) pour une seule Union Territoriale et dans un environnement de test qui permet de diffuser de nouvelles version avant mise en service (avec possiblement des interruptions de services, non constaté lors des visites) pour les 5 autres régions.

6.10 Questionnement - Axe juridique

• Le niveau de contractualisation avec l'ARS/ les partenaires du projet de Télémedecine

Connaissance du contrat	Formalisation	Qualité du contrat (Pérennité et lisibilité)	Coordination (lien avec les acteurs du projet sur la région)	Communication /partage du contrat
1 - Informelle 2 - Prise de connaissance du "guide contractualisation" publié par la DGOS 3 - Contrat formalisé et en cours de relecture pour validation entre les acteurs réalisant l'activité de Télémedecine 4- Contrat formalisé et signé par l'ensemble des acteurs et l'ARS / les partenaires	1 - Note / Echange avec l'ARS / les partenaires et les porteurs du projet 2 - Contrat de Télémedecine formalisé et inscrit dans un contrat ayant pour objet d'améliorer la qualité et la coordination des soins (CAQCS) 3 - Contrat de Télémedecine formalisé et inscrit dans un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) 4 - Contrat de Télémedecine formalisé et inscrit dans un contrat particulier	1 - Pas de contrat 2 - Des objectifs sans engagements financier de l'ARS / les partenaires, objectifs alignés avec le PRT et les 5 priorités nationale du déploiement de la Télémedecine 3 - Des objectifs avec engagements financiers de l'ARS / les partenaires, alignement avec le PRT et les 5 priorités nationale de Télémedecine 4 - Des engagements financiers de l'ARS / les partenaires avec sanction prévue, si inexécution. Alignement avec le PRT et les 5 priorités nationales de la Télémedecine.	1 - Faible ou pas identifiée 2 - Moyenne, une coordination avec plusieurs acteurs sans "coordonnateur" identifié 3 - Elevée, le projet de Télémedecine a identifié un coordonnateur (représentant l'ensemble des acteurs du projet de Télémedecine) et l'ARS / les partenaires ont traité avec ce coordonnateur pour finaliser le contrat	1 - Faible 2 - Moyenne 3 - Elevée, par exemple, le contrat a déjà été conclu avec de nouveaux acteurs



Pour la **connaissance du contrat** (signé avec l'ARS / les partenaires), quatre Unions Territoriales ont connaissance d'un contrat formalisé et signé par l'ensemble des acteurs et l'ARS / les partenaires, une région a un contrat en cours de signature et une région a une connaissance informelle de ce contrat.

Concernant la **formalisation** de ce contrat, quatre Unions Territoriales possèdent un contrat de télémedecine formalisé et inscrit dans un contrat particulier (normal vu les résultats à la question précédente) et une région possède un contrat de Télémedecine formalisé et inscrit dans un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM). Une région n'a pas répondu (projet en démarrage).

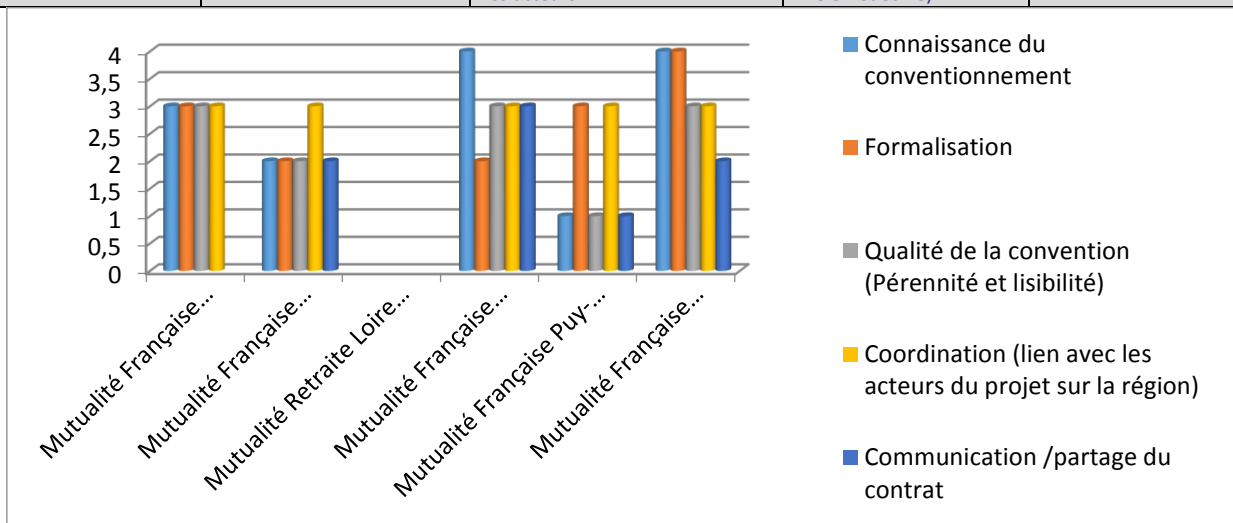
La **qualité** perçue du contrat est plutôt élevée pour trois régions avec la fixation d'objectifs avec engagements financiers de l'ARS / les partenaires, un alignement avec le PRT et les 5 priorités nationale de Télémedecine. Pour deux autres régions, c'est la fixation d'objectifs sans engagements financiers de l'ARS / les partenaires, un alignement avec le PRT et les 5 priorités nationale de Télémedecine. Une région n'a pas répondu (projet en démarrage).

La **coordination (lien avec les acteurs du projet sur la région)** est élevée pour cinq Unions Territoriales (un coordonnateur identifié (représentant l'ensemble des acteurs du projet de Télémédecine) et l'ARS / les partenaires ont traité avec ce coordonnateur pour finaliser le contrat). Une seule région n'a pas identifié une ou plusieurs ressources pour effectuer cette coordination (projet en démarrage).

Enfin, pour la communication /partage du contrat, deux régions ont moyennement partagés cette activité, deux ont faiblement partagés cette activité et deux régions n'ont pas répondues.

• **Le niveau de conventionnement entre les acteurs de l'activité de Télémédecine**

Connaissance du conventionnement	Formalisation	Qualité de la convention (Pérennité et lisibilité)	Coordination (lien avec les acteurs du projet sur la région)	Communication /partage du contrat
1 - Informelle 2 - Prise de connaissance du "guide contractualisation" publié par la DGOS 3 - Convention formalisée et en cours de relecture pour validation entre les acteurs réalisant l'activité de Télémédecine 4- Convention formalisée et signée par l'ensemble des acteurs	1 - Note / Echange entre les porteurs du projet, sans intervention de l'ARS 2 - Note / Echange entre les porteurs de projet et l'ARS 3 - Convention de Télémédecine formalisée, en cours de finalisation entre les acteurs 4-Convention de Télémédecine formalisée et signée entre les acteurs	1 - Pas de convention et / ou pas de contrat 2 - Principe de subsidiarité: articulation prévue entre le « contrat télémédecine » et la « convention télémédecine » 3 - (1) + Identification claire des rôles et responsabilités de chacun, des protocoles médicaux ou tout autre document permettent de guider la réalisation de l'acte de télémédecine, les relations financières sont décrites entre les acteurs	1 - Faible ou pas identifiée 2 - Moyenne, une coordination avec plusieurs acteurs sans "coordonnateur" identifié 3 - Elevée, le projet de Télémédecine a identifié un coordonnateur (représentant l'ensemble des acteurs du projet de Télémédecine)	1 - Faible 2 - Moyenne 3 - Elevée, la convention a déjà été communiquée aux ordres professionnels et à l'ARS



Pour la **connaissance du conventionnement**, seules deux Unions Territoriales ont une convention formalisée et signée par l'ensemble des acteurs, une région a sa convention en cours de relecture, une région a simplement pris connaissance du « guide contractualisation » publié par la DGOS et une région n'a qu'une connaissance informelle de ce conventionnement. Une région n'a pas répondu aux questions de ce thème (projet en démarrage).

La **formalisation** de ce conventionnement est conforme à sa connaissance pour une seule Union Territoriale (convention formalisée et signée par l'ensemble des acteurs), le répondant de la seconde région, qui a connaissance de la convention formalisée et signée par l'ensemble des acteurs, n'a eu qu'une note et des échanges entre les porteurs de projet et l'ARS. Une autre région n'a eu également qu'une note et des échanges entre les porteurs de projet et l'ARS. Enfin deux régions ont une convention de Télémédecine formalisée mais en cours de finalisation entre les acteurs. Les écarts entre les réponses aux questions une et deux montrent simplement que les répondants n'ont pas forcément été associés à toutes les phases du conventionnement (conception, relecture, signature...).

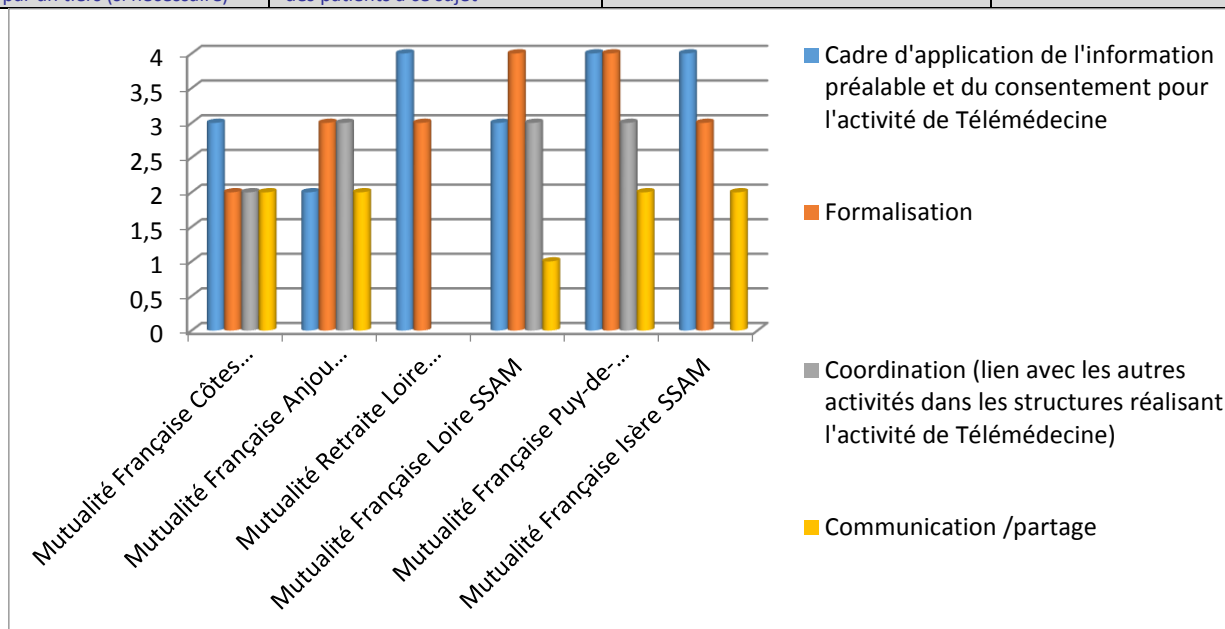
La **qualité** de ce conventionnement est perçue comme étant élevée pour la moitié des Unions Territoriales (logique), moyenne pour une région et faible pour une autre (logique car le contrat est en cours de finalisation).

La **coordination (lien avec les acteurs du projet sur la région)** est également élevée pour cinq Unions Territoriales (comme pour le contrat) avec un coordonnateur identifié (représentant l'ensemble des acteurs du projet de Télémedecine).

Enfin, concernant la **communication /partage** du conventionnement, une seule région a partagé le contrat avec les instances professionnelles, deux régions ont moyennement partagés cette activité et une a faiblement partagé cette activité. Une région n'a pas répondu.

- **La prise en compte de l'information préalable et du recueil du consentement du patient dans le cadre du projet de Télémedecine**

Cadre d'application de l'information préalable et du consentement pour l'activité de Télémedecine	Formalisation	Coordination (lien avec les autres activités dans les structures réalisant l'activité de Télémedecine)	Communication /partage
1 - Non identifiée 2 - L'activité de Télémedecine s'inscrit dans l'information et le recueil du consentement de l'acte de soin 3 - L'activité de Télémedecine s'inscrit dans l'information et le recueil du consentement à l'acte de soin (exceptions habituelles: urgence, impossibilité d'informer, volonté d'une personne d'être tenue dans l'ignorance) <u>et</u> au partage de l'information (droit d'opposition) 4 - consentement exprès du patient à l'hébergement de données de santé par un tiers (si nécessaire)	1 - Aucune délivrance de l'information au patient n'est tracée 2 - Support(s) d'information au patient formalisé(s) et aucune délivrance de l'information n'est tracée 3 - Les délivrances de l'information ne sont pas toutes tracées, de façon dématérialisées ou non, de manière partielle au regard du droit des patients sur ce sujet 4- Toutes les délivrances de l'information sont tracées, de façon dématérialisées ou non, respectant ainsi en totalité le droit des patients à ce sujet	1 - Faible ou pas identifiée 2 - Moyenne 3 - Elevée, par exemple, support(s) unifiés d'information au patient dans certains établissements participant à l'activité de Télémedecine	1 - Faible 2 - Moyenne 3 - Elevée, par exemple, les support(s) d'information au patient sont distribués à tous les acteurs réalisant l'activité de Télémedecine, les associations de patient sont informées



Concernant le **cadre d'application de l'information préalable et du consentement pour l'activité de Télémedecine**, la moitié des Unions Territoriales respecte au maximum ce cadre (en allant jusqu'au consentement exprès du patient à l'hébergement de données de santé par un tiers (si nécessaire), deux régions inscrivent l'activité de TLM dans l'information et le recueil du consentement à l'acte de soin et le partage de l'information et une région inscrit l'activité de TLM dans l'information et le recueil du consentement à l'acte de soin.

La **formalisation** est donc elle aussi poussée : deux Unions Territoriales tracent toutes les délivrances de l'information respectant ainsi en totalité le droit des patients à ce sujet, trois régions tracent partiellement toutes les délivrances de l'information et une seule région remet formellement un support d'information au patient mais aucune délivrance de l'information n'est tracée.

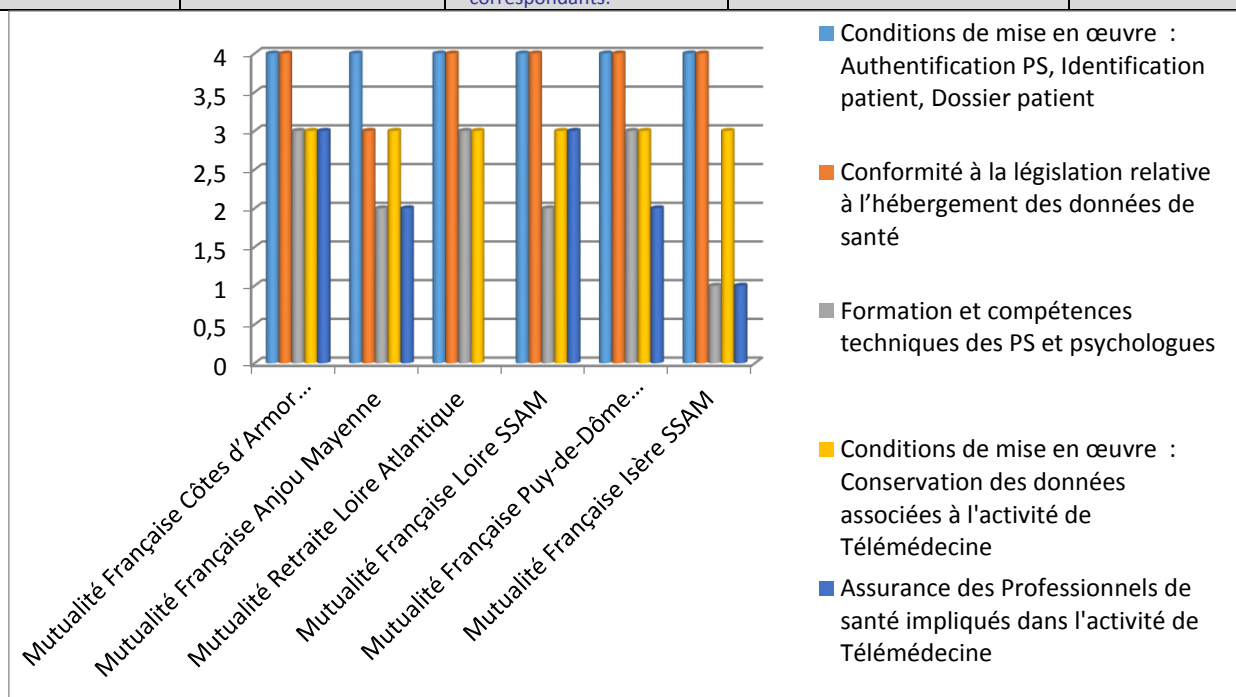
La **coordination (lien avec les autres activités dans les structures réalisant l'activité de Télémedecine)** est elle aussi élevée pour trois Unions Territoriales (support archivé dans le dossier patient). Une région n'assure qu'une coordination moyenne en centralisant les informations dans une cellule de

télémedecine dédiée. Deux régions n'ont pas répondu (projet en démarrage pour l'une des deux régions).

Enfin la **communication /partage** est moyenne pour quatre régions (malgré l'information réalisée au patient, aux familles aux médecins traitants...). Une région a estimé qu'elle était faible sur ce point et une région n'a pas répondu (projet en démarrage).

• **La prise en compte des conditions de mise en œuvre inscrites dans le décret Télémedecine du 19 octobre 2010 dans le cadre du projet de Télémedecine**

Conditions de mise en œuvre : Authentification PS, Identification patient, Dossier patient	Conformité à la législation relative à l'hébergement des données de santé	Formation et compétences techniques des PS et psychologues	Conditions de mise en œuvre : Conservation des données associées à l'activité de Télémedecine	Assurance des Professionnels de santé impliqués dans l'activité de Télémedecine
1 - Non identifié 2- L'activité de Télémedecine respecte la condition d'authentification des professionnels de santé intervenant dans l'acte 3 - L'activité de Télémedecine respecte la condition d'identification du patient 4 - L'activité de Télémedecine respecte la condition d'accès des professionnels de santé aux données médicales du patient nécessaires à la réalisation de l'acte	1 - Besoin non identifié de recours à un hébergeur agréé 1 - En instruction afin de savoir si besoin d'un recours à un hébergeur agréé 2 - Pas de besoin de recourir à un hébergeur agréé 3 - Besoin identifié de recourir à un hébergeur, appel d'offre en cours pour choisir le prestataire 4- Hébergement de données de santé chez un hébergeur agréé + consentement exprès de la personne, prévu au premier alinéa de ce même article L. 1111-8, exprimé par voie électronique	1 - Besoin non identifié 2 -Les organismes et les professionnels libéraux de santé qui organisent une activité de télémedecine s'assurent que les professionnels de santé et les psychologues participant aux activités de télémedecine ont la formation requise pour l'utilisation des dispositifs correspondants 3 - Les organismes et les professionnels libéraux de santé qui organisent une activité de télémedecine s'assurent que les professionnels de santé et les psychologues participant aux activités de télémedecine ont les compétences techniques requises pour l'utilisation des dispositifs correspondants.	1 - Pas de politique de conservation identifiée 2 - Conservation des données de santé dans le dispositif de Télémedecine sur une période temporaire de quelques mois 3 - Respect du cadre législatif : archivage des données de santé dans le dossier du patient tenu par chaque professionnel médical intervenant dans l'acte de télémedecine et dans la fiche d'observation mentionnée à l'article R. 4127-45 : Le compte rendu de la réalisation de l'acte; Les actes et les prescriptions médicamenteuses effectués dans le cadre de l'acte de télémedecine ; 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 - Déclaration assurantielle liée à cette nouvelle activité médicale, non effectuée par tous les PS 2 - Déclaration en cours par tous les PS impliqués dans l'activité de Télémedecine 3 - Tous les PS sont couverts



Les **conditions de mise en œuvre (authentification PS, identification patient, dossier patient) du décret de télémedecine** sont conformes dans tous les Unions Territoriales aux standards demandés (sans grande surprise car ce volet est maîtrisé depuis longtemps par les Groupements de Coopération Sanitaire sous l'impulsion des travaux de l'ASIP santé). Il en est de même pour la **conformité à la législation relative à l'hébergement des données de santé** dans cinq Unions Territoriales sur six. Pour la sixième région, cette démarche sera envisagée avec l'évolution du projet.

La **formation et les compétences techniques des PS et psychologue** sont conformes aux attentes en la matière (les professionnels de santé et les psychologues participant aux activités de télémédecine ont les compétences techniques requises pour l'utilisation des dispositifs correspondants) pour la moitié des régions. Deux régions estiment que les PS et les psychologues ont la formation adéquate pour utiliser le dispositif de TLM (niveau inférieur à la maîtrise) et une région a mal compris la question. A noter qu'aucun psychologue ou PS libéral n'intervient dans la solution de TLM.

Les **conditions de mise en œuvre (conservation des données associées à l'activité de Télémédecine)** sont conformes au cadre législatif pour toutes les régions.

Concernant l'**assurance des Professionnels de santé impliqués dans l'activité de Télémédecine**, seules deux régions affirment que tous les PS participants sont couverts, dans deux autres régions, la déclaration est en cours alors qu'une région que cette démarche n'a pas été faite par tous els PS et qu'une région n'a pas répondu (projet en démarrage).

6.11 Questionnement - Questions ouvertes

La dernière partie du questionnaire comportait une zone de questions libres : les **réponses saisies dans le questionnaire ont été reportées ci-dessous en l'état et les réponses collectées lors des entretiens ont, elles aussi, été reportées ci-dessous avec la mention « verbatim »**. Plusieurs répondants ont participé sur chacun des sites étudiés.

Cette analyse traite donc des réponses écrites et orales (d'où certaines redondances parfois dans les réponses).

Avez-vous abordés / traités des questions éthiques durant votre projet (futur ou en cours)? Donnez des exemples SVP	
Mutualité Française Côtes d'Armor	OUI lors de l'écriture du projet, lors des COPIL et COMED et lors des formations avec participation du Conseil de l'ordre des médecins + présentations aux Conseil de la vie sociale des établissements
Mutualité Française Anjou Mayenne	Le projet est présenté en CPP et les questions éthiques ont été abordées en amont avec un protocole spécifique
Mutualité Retraite Loire Atlantique	Oui, implication du comité éthique MR dans le processus de réflexion et traitement du consentement éclairé du patient
Mutualité Française Loire	Vide Pas de passage du projet en comité éthique car responsabilité des médecins et délégation des actes vus en formation Telem'ehbox (<i>verbatim</i>) Consentement du référent (<i>verbatim</i>) Contact de l'ordre des médecins / pharmaciens pour le projet de télécabine (<i>verbatim</i>) Accord du médecin traitant présenté en commission gériatrique mais peu de succès (<i>verbatim</i>) Arbitrage consultation initiale en Tc ou en présentiel : TC plutôt pour le suivi mais pas en première consultation (<i>verbatim</i>)
Mutualité Française Puy-de-Dôme	Oui, dans notre procédure, nous avons souhaité exclure de la télémédecine, "l'annonce d'une maladie engageant le pronostic vital" Recueil du consentement de la tutelle (<i>verbatim</i>)
Mutualité Française Isère	Consentement, qui fait quoi, confidentialité, implication des médecins traitants, qui participe à la TC (<i>verbatim</i>) Support de la part du SISRA sur ces thèmes (<i>verbatim</i>) Débats éthiques ont donné lieu à une recherche bibliographique (<i>verbatim</i>)
Analyse	Les questions éthiques ont été au cœur de tous les projets et ce, bien avant leur démarrage opérationnel (les retards au démarrage ont laissé du temps pour explorer cette problématique).

	<p>Le traitement des questions éthique a englobé autant les modes de fonctionnement de la télémédecine (processus / organisation associée) que les documents / procédures associés (consentement du résident / médecin traitant / famille / tutelle) pour tous les projets.</p> <p>Néanmoins, le traitement de ces points a été plus ou moins abordé : simples échanges internes / passage en comité éthique / recherche d'études sur le sujet. La réflexion a autant concernés les régions qui ont suivis la formation Télém'Ehbox que celles qui ne l'ont pas suivi. Reste que cette problématique est bien au cœur des préoccupations des équipes projet régionales.</p>
--	---

Quels sont les facteurs clés de succès à même de favoriser la réussite de votre projet (futur ou en cours) ? Donnez des exemples (SVP)	
Mutualité Française Côtes d'Armor	<p>1 / Forte implication de la direction de la MFCA</p> <p>2 / Actions fédératrices au niveau régional</p> <p>3 / Définition des prérequis</p> <p>Respect des filières (<i>verbatim</i>)</p> <p>Le diaporama transmis décrit les facteurs clés de succès :</p> <ul style="list-style-type: none"> Un projet médical répondant à un besoin Un portage médical fort par le coordonnateur Un portage administratif fort Une équipe projet investie depuis deux ans TELEHPAD se nourrit de TELEGERIA Un modèle économique construit (ECP) Un périmètre du démonstrateur limité Un projet territorial fédérateur des partenaires Un projet construit sur la durée Une solution régionale de TLM STERENN Une anticipation des prérequis technologiques Un accompagnement métier en EHPAD (formation) Une organisation adaptée et protocolisée Des potentialités de déploiement industriel territorial
Mutualité Française Anjou Mayenne	<p>Implication des professionnels des EHPAD, Implication des médecins du CHU, simplicité de mise en place et d'usage</p> <p>Simplicité d'usage de la solution technologique (<i>verbatim</i>)</p> <p>Réussir à intégrer la téléconsultation dans les pratiques habituelles (<i>verbatim</i>)</p> <p>Co-construction des projets médicaux (<i>verbatim</i>)</p> <p>Capacité du CHU à évoluer dans un micro-projet à travers la motivation des PUPH (<i>verbatim</i>)</p> <p>Capacité du CHU à se coordonner avec les réseaux d'intervention (équipe mobile du sésame – Gérontopsy) (<i>verbatim</i>)</p>
Mutualité Retraite Loire Atlantique	<p>Motivation des équipes et implication des médecins (C-Terme), financement ARS pour reconnaître le temps passé (une heure par téléconsultation en moyenne), évacuation de la question de la prescription et recueil (en amont) de l'avis / autorisation du médecin traitant pour les actes en télémédecine (M-Terme et L-Terme) (<i>verbatim</i>)</p>

Mutualité Française Loire	<p>Fiabilité technique : Accès à un réseau dont le débit est suffisant et avoir un flux dédié à la TLM-Portage des projets par les professionnels de santé-Interface entre la solution covotem et Medisys</p> <p>Liaison dédiée (<i>verbatim</i>)</p> <p>Automatiser le lien DPI / solution de TLM (<i>verbatim</i>)</p> <p>Portage médical (<i>verbatim</i>)</p> <p>Retour d'expérience de l'Union Territoriale du Puy-de-Dôme (<i>verbatim</i>)</p> <p>Portage médical au CHU qui repose sur l'individu plutôt que sur la structure (<i>verbatim</i>)</p>
Mutualité Française Puy-de-Dôme	<p>Dynamisme et implication du médecin coordonnateur / participation des soignants "référents" / augmentation des spécialités disponibles</p> <p>Lien entre le médecin co et le CHU (<i>verbatim</i>)</p>
Mutualité Française Isère	<p>Relations intuitu personae avec le Pr Couturier du CHU (<i>verbatim</i>)</p> <p>Formation Télém'Ehbox (<i>verbatim</i>)</p> <p>Implication de la Direction et de la Mutualité (appui financier (<i>verbatim</i>))</p> <p>Motivation des équipes dans les EHPAD et ayant une certaine facilité à manipuler le système (<i>verbatim</i>)</p> <p>Solution technique fournie par le SISRA (<i>verbatim</i>)</p> <p>Culture technologique de la région (<i>verbatim</i>)</p> <p>Confort pour le résident (<i>verbatim</i>)</p>
Analyse	<p>La liste des facteurs clés de succès est très longue (preuve de la difficulté d'un tel projet) et diffère d'une région à l'autre. On peut retenir quelques thèmes clés comme la qualité de la relation avec l'établissement requis / expert (que ce soit avec les professionnels de santé ou la direction du CHU), l'implication et la motivation des équipes en EHPAD (que ce soit de la part des professionnels de santé « portage médical » et des équipes soignantes) et en région (Direction de l'Union Territoriale) ainsi la qualité des éléments techniques (autant du réseau que de la solution de TLM).</p> <p>D'autres facteurs clés de succès, tous aussi importants, ne sont pas repris par toutes les régions comme la qualité du projet médical, l'intégration de la télémédecine dans les pratiques habituelles, l'apport de la formation Télém'Ehbox, la variété de l'offre (coté CHU) ou encore une forte impulsion régionale.</p> <p>La variété des facteurs clés de succès collectés démontre, au-delà des difficultés rencontrées, que chaque projet a été mené de façon différente (préparation plus ou moins importante, motivation plus ou moins forte à différents niveaux...) et a également rencontré des difficultés différentes (techniques, organisationnelles, humaines...) à cause de ces différentes méthodes de gestion de projet.</p> <p>Le contexte régional a également pesé dans la réussite des projets (volonté régionale forte en Bretagne au niveau de l'ARS, qualité des réseaux informatiques en Isère, culture projet en Puy-de-Dôme...)</p>

Quels éléments / évènements vous ont surpris depuis le début de votre projet? Donnez des exemples (SVP)	
Mutualité Française Côtes d'Armor	Peur de l'informatique vite effacée par la prise en main facile de la solution de télémedecine (<i>verbatim</i>)
Mutualité Française Anjou Mayenne	Mobilisation du CHU (+) Evolution de la solution technique suite à la rédaction des projets médicaux : salles fixes avec téléconsultation / téléexpertises sont devenus des chariots / une seule salle fixe avec des téléconsultations uniquement (<i>verbatim</i>) Changement de posture des EHPAD à travers le processus de co-construction des projets médicaux : passage d'une certaine réserve vis-à-vis de la télémedecine vers l'implication (<i>verbatim</i>) Implication de certaines spécialités dont la médecine interne (très partante) mais finalement moins impliquée car téléconsultations assurées par un consultant transverse (<i>verbatim</i>)
Mutualité Retraite Loire Atlantique	Bonne acceptation des résidents (se sont sentis concernés) et capacité à identifier la singularité de la télémedecine, lenteur de l'ARS pour mettre en œuvre ce genre de démarche, les jeunes professionnels de santé voudraient des solutions plus simples (sur Ipad par exemple) (<i>verbatim</i>)
Mutualité Française Loire	Le temps pour un retour du contrat de télémedecine signé avec ARS-La forte adhésion des soignants au projet- Les délais trop importants entre les dysfonctionnements repérés et les solutions apportées : livraison et installations des salles Délai de signature du contrat avec l'ARS (un an) (<i>verbatim</i>) Réactivité de l'éditeur sur la partie matériel (<i>verbatim</i>)
Mutualité Française Puy-de-Dôme	Très surprise par l'absence de réticences des personnes âgées (y compris celles ayant des troubles cognitifs) devant un nouvel outil de communication / il existe le plus souvent une bonne participation et coopération de la part du résident Aucun refus de TC (<i>verbatim</i>) Très bon accueil de la part des auxiliaires de proximité (<i>verbatim</i>)
Mutualité Française Isère	Engouement des élus (<i>verbatim</i>) Faible engagement des médecins traitants (<i>verbatim</i>) Surprise des résidents de s'adresser à une télévision (<i>verbatim</i>) Quelques bugs de la solution (<i>verbatim</i>)
Analyse	De façon générale, les éléments notables concernent surtout le facteur humain : réaction positive des résidents, faible engagement des médecins traitants, mobilisation variable des professionnels de santé des centres experts, réaction plus ou moins rapide de l'éditeur et lenteur de l'ARS. L'existence de résistances au changement ou l'implication variable des parties prenantes peuvent laisser penser que ces dimensions ont été sous-estimées ou non identifiées sur les

	<p>différents projets alors que les facteurs clés de succès listent également des éléments humains comme favorisant la réussite des projets.</p> <p>A noter que l'implication des équipes en EHPAD, que ce soit les professionnels de santé « portage médical » et les équipes soignantes, et en région (les Unions Territoriales) n'a pas été mentionné comme une surprise par les répondants : cela apparaît comme étant normal.</p>
--	--

Quels sont les points d'attention / de vigilance à prendre en compte pour favoriser la réussite de votre projet (futur ou en cours)? Donnez des exemples SVP	
Mutualité Française Côtes d'Armor	<p>Accompagnement des requis +++ Validation des conditions d'intégration (prérequis)</p> <p>Devenir du projet avec l'ouverture aux autres acteurs de la santé en dehors de la mutualité (<i>verbatim</i>)</p> <p>Devenir du projet au-delà de 2016 (modèle économique) (<i>verbatim</i>)</p> <p>Intégration de la télémédecine dans les usages : pas encore un réflexe (<i>verbatim</i>)</p>
Mutualité Française Anjou Mayenne	<p>Simplicité de la mise en œuvre de l'acte, mobilisation de médecins du CHU, plages de consultation suffisantes, délais de 7 jours respectés...</p> <p>Interopérabilité des SI (<i>verbatim</i>)</p> <p>Mobilisation des médecins traitants (<i>verbatim</i>)</p> <p>Technologie simple et opérationnelle (<i>verbatim</i>)</p>
Mutualité Retraite Loire Atlantique	<p>Ecueils matériels (fonctionnement et compatibilité), transmission des informations (sécurisation des données), préservation de la confidentialité du patient et aspects juridiques (responsabilité) (<i>verbatim</i>)</p>
Mutualité Française Loire	<p>avoir un interlocuteur unique référent technique car tout le projet repose sur le Système d'information</p>
Mutualité Française Puy-de-Dôme	<p>Laisser un délai suffisant entre demande d'acte et date de RDV (dans notre procédure, nous l'avons fixé à une semaine minimum) afin de permettre une bonne "préparation" du résident et son entourage : information, visite de la salle, recueil de consentement, préparation du dossier, information des soignants pour qu'ils soient disponibles au moment de la consultation</p>
Mutualité Française Isère	<p>Offre médicale coté CHU (<i>verbatim</i>)</p> <p>Financements (<i>verbatim</i>)</p> <p>Charges en moyens humains (<i>verbatim</i>)</p> <p>Questions éthiques (<i>verbatim</i>)</p> <p>Ecart entre la motivation du médecin co et celle des médecins traitants (<i>verbatim</i>)</p> <p>Manipulation simple (<i>verbatim</i>)</p> <p>Lien avec le DPI (<i>verbatim</i>)</p>
Analyse	<p>A l'image des facteurs clés de succès, les points de vigilance sont très différents d'un projet à l'autre. Néanmoins les aspects techniques ressortent plus que les autres : performance du</p>

	<p>réseau, fonctionnement de la solution et interopérabilité de la solution de télémédecine avec les autres composants SI, contact technique identifié... Cela peut être interprété comme un signal fort des difficultés actuelles de certains projets (difficultés d'ordre techniques).</p> <p>Peu de projets ont mis en avant des points de vigilance pourtant essentiels comme la disponibilité de l'offre médicale ou l'intégration de la télémédecine dans les usages habituels.</p>
--	---

Quels sont les difficultés anticipées ou rencontrées durant votre projet (futur ou en cours)? Donnez des exemples SVP	
Mutualité Française Côtes d'Armor	Coût du réseau élevé pour les EHPAD Test sur les connexions satellitaires Tension sur les effectifs (saisie informatique prend du temps) mais gros bénéfice médical pour les hébergements temporaires (<i>verbatim</i>)
Mutualité Française Anjou Mayenne	Conduite du changement au sein des EHPAD et des services du CHU Implication des médecins traitants (pas d'implication) (<i>verbatim</i>)
Mutualité Retraite Loire Atlantique	Pas de difficulté pour la télécabine et adhésion des médecins traitants (pas contre mais ne veulent pas de nouvelles interfaces) / public extérieur (<i>verbatim</i>)
Mutualité Française Loire	Ne pas avoir en interne un référent correspondant technique dégagé que pour la TLM
Mutualité Française Puy-de-Dôme	Quid du recueil de consentement du résident présentant des troubles cognitifs mais n'ayant pas de représentant légal (tuteur) ? Quelques difficultés de connexion au tout début du projet (problème de sons ou d'images) mais qui ont été rapidement résolutive / manque de spécialités disponibles Passage de l'expérimentation à la « routine » (<i>verbatim</i>) Peu de participation de la part du médecin traitant (<i>verbatim</i>)
Mutualité Française Isère	Pas de difficultés techniques particulières (<i>verbatim</i>) Lourdeur administrative du CHU : un an pour signer la convention (<i>verbatim</i>) Lenteur de la réactivité de l'éditeur pour la moindre modification de formulaire : regrette presque d'avoir personnalisé un formulaire (<i>verbatim</i>) Manipulations parfois définitives dans la solution nécessitant de refaire la saisie depuis le début (<i>verbatim</i>) Lien avec le CHU (<i>verbatim</i>) Accord du médecin traitant / famille / tutelle : que faire sans accord ? pas encore réglé (<i>verbatim</i>) Réaction du patient ? (<i>verbatim</i>)
Analyse	La question concernait les difficultés anticipées ou rencontrées mais les réponses concernent surtout les difficultés rencontrées : en effet, les réponses apportées renvoient à des difficultés actuelles (charges en termes de ressources humaines pour le fonctionnement de la solution, manque d'implication des médecins traitants, difficultés techniques, difficultés à développer l'usage...) ou futures (questions éthique non réglées, réactions de patient inconnue...).

	Cela tend à démontrer que les projets gèrent peu ou pas les risques en cours / à venir car dans le cas contraire, le suivi des risques ainsi les plans d'actions associés auraient été évoqués mais cela n'a pas été le cas lors des entretiens.
--	---

Quels sont les axes d'amélioration possibles pour votre projet (futur ou en cours)? Donnez des exemples SVP	
Mutualité Française Côtes d'Armor	Déploiement large de la Téléexpertise sur dossier sans visio possible dès ce jour avec un équipement minimal
Mutualité Française Anjou Mayenne	NC Implication des médecins traitants (<i>verbatim</i>)
Mutualité Retraite Loire Atlantique	Plus de communication rapide et multi-cibles, un déploiement technique plus rapide (mais manque de financements) (<i>verbatim</i>)
Mutualité Française Loire	à terme, avoir un temps dédié avoir une coordination dédiée sous la forme d'une infirmière de TLM (<i>verbatim</i>)
Mutualité Française Puy-de-Dôme	Avoir d'autres spécialistes, notamment dermatologue et psychiatre
Mutualité Française Isère	- Rien de plus (<i>verbatim</i>)
Analyse	Les axes d'améliorations font références soit à des modalités de déploiement revues (périmètre plus large ou plus rapide, offre médicale plus large) ou des interventions humaines à corriger (implication des médecins traitants ou renforcement des ressources impliquées sur la TLM). Les personnes interrogées ont d'ailleurs été peu inspirée par cette question. A noter qu'un seul projet reverrait ses actions de communication malgré le fait que toutes les régions rencontrent des difficultés (évoquées dans les facteurs clés de succès et les surprises) concernant les aspects humaines (implication, motivation...) qui pourraient être traités par la communication et la conduite du changement.

Que referiez-vous différemment dans votre projet (futur ou en cours)? Donnez des exemples SVP	
Mutualité Française Côtes d'Armor	Intégration d'objets connectés et déploiement en tache d'huile vers le domicile
Mutualité Française Anjou Mayenne	NC Développer la motivation dès le début car cette absence d'implication a entraîné un changement d'ambition : uniquement les TC programmées (<i>verbatim</i>)

Mutualité Retraite Loire Atlantique	Négociation plus dure avec le fournisseur de la télécabine et certainement un choix plus souple que celui de la télécabine (<i>verbatim</i>)
Mutualité Française Loire	Equiper et démarrer sur un seul site et montée en charge progressive après avoir levé les dysfonctionnements - SI simple, réactif, fiable car tout repose dessus - avoir une personne SI dédiée Faire un pilote d'abord avant de lancer la généralisation (<i>verbatim</i>) Intégrer le SI de l'EHPAD avec la solution de TLM (<i>verbatim</i>)
Mutualité Française Puy-de- Dôme	Peut-être une implication plus précoce de l'infirmière coordinatrice et du chef d'établissement lors de la mise en place de la procédure, afin de favoriser le développement de l'information et faciliter la mise en place dans le quotidien de l'EHPAD
Mutualité Française Isère	Gestion de la communication durant la période d'attente (<i>verbatim</i>) Planning (<i>verbatim</i>) Coopération entre les unités territoriales (inertie qui a cassé u peu la dynamique) (<i>verbatim</i>)
Analyse	Il ressort de cette question que les régions modifieraient les modalités de déploiement (méthode, planning et périmètre avec un pilote par exemple) et en profiteraient pour impliquer certaines ressources plus précocement (équipe projet ou ressources plus exposées comme l'IDE coordinatrice de TLM ou le DE). Ces réponses renvoient plus généralement aux modalités de gestion de projet. La gestion de la communication pourrait elle aussi être rattachée à ce thème.

Vous semble-t-il nécessaire de compléter ce questionnaire en interrogeant les partenaires du projet (politiques, financiers, technologiques...)? Si oui sur quels axes ou thèmes en particulier?	
Mutualité Française Côtes d'Armor	Contacteur Stephanie Quiguer au Groupement de Coopération Sanitaire (<i>non contacté faute de temps et d'une réception tardive du questionnaire</i>)
Mutualité Française Anjou Mayenne	Oui - pour les questions de l'analyse multidimensionnelle et le modèle médico-économique (<i>non contacté faute de temps et d'une réception tardive du questionnaire</i>)
Mutualité Retraite Loire Atlantique	Non (<i>verbatim</i>)
Mutualité Française Loire	Oui contacter le CHU et interrogez-les quant à la pérennisation du projet : environ 300 consultations financées mais après ? (<i>non contacté faute de temps et d'une réception tardive du questionnaire</i>)
Mutualité Française Puy-de- Dôme	Non
Mutualité Française Isère	-

Analyse	<p>La majorité des répondants n'a pas proposé de rencontre avec les sponsors politiques des Unions Territoriales ou l'éditeur. Seuls les partenaires directs comme le Groupement de Coopération Sanitaire ou le CHU nécessiteraient un entretien complémentaire (sur quel thème ?).</p> <p>A noter que la moitié des répondants a estimé que leurs réponses n'avaient pas besoin d'être complétées par d'autres.</p>
----------------	--

7. Proposition d'axes d'amélioration

Au-delà des constats établis précédemment, il est possible de proposer des axes d'améliorations pour les projets de télémédecine mutualiste en EHPAD étudiés afin de favoriser la réussite des projets en cours.

Il s'agit aussi de créer les conditions de réussite pour les Unions Territoriales qui souhaitent développer cette nouvelle forme de prise en charge au sein de leurs établissements.

Les axes d'amélioration sont :

Au niveau national :

- **Proposer un cadre référentiel national d'un design d'étude et d'une démarche opérationnelle d'évaluation** de la télémédecine en EHPAD pour tous les projets mutualistes ;
- **Renforcer la gestion de projet** (utilisation systématique dans la durée d'outils de gestion de calendrier / budget prévisionnel et budget consommé / suivi et maîtrise des risques et indicateurs de projet) ;
- **Anticiper au niveau régional et national de la mutualité la fin des subventions nationales** (venant de la Mutualité) **et régionales** (venant de l'ARS) ;
- **Mettre à disposition une offre négociée et compétitive ou la faire connaître si elle existe** : réseau Telecom Internet, équipement visio et audio pour tout EHPAD souhaitant faire de la télémédecine.

Au niveau local :

- **Améliorer le partage du projet médical de télémédecine entre acteurs de l'offre de soin** (CHU et CH) et demandeur en EHPAD sur le territoire ;
- **Mettre en place un comité médical pérenne** qui poursuive son effort au-delà du déploiement technique de la solution, dans l'animation et le développement des usages ;
- **Envisager une trajectoire de mise en œuvre et de prise en main de la solution technologique au sein de l'EHPAD**, qui ne commence pas par la téléconsultation (complexe et consommateur de temps) mais qui soit plus progressive : commencer par la téléexpertise ou des réunions par visio entre professionnels de santé (coordination, staff, formation...).

Ces propositions sont complétées par un document appelé « **Retours d'expériences d'établissements mutualistes terrain** » dont l'objectif est de faire partager aux Unions Territoriales les points forts des projets actuels et apporter des repères pratiques dans la manière de construire un projet de télémédecine.

Annexe - sources et références documentaires

Liste des personnes interrogées dans le cadre de l'étude (septembre et octobre 2015)

Unions Territoriales	Identités	Fonctions
Mutualité Française Côtes d'Armor SSAM	Dr ESPINOSA	Médecin expert en télémédecine
	L. LECLERE	Directeur Général
	Personnels de la cellule de télémédecine et personnels d'EHPAD de la région des Côtes d'Armor	
Mutualité Française Isère SSAM	B. BIJU DUVAL	Chargé de développement
	Dr FACHLER-BUATOIS	Médecin
	Stagiaire MF Isère SSAM	
	Personnels d'EHPAD de la région Iséroise	
Mutualité Française Loire SSAM	C. MONTUY-COQUARD	Directrice moyen et long séjour
	L. HAMMADI	Chef de projet
	Personnels d'EHPAD de la région de la Loire	
Mutualité Française Puy-de-Dôme SSAM	F. RAYNAUD	Directeur Général
	C. BUTTEZ	Directrice développement et projets
	Personnels d'EHPAD de la région du Puy-de- Dôme	
Mutualité Retraite Loire Atlantique	E. MARSAN	Adjoint de Direction – Coordination des soins et projets médicaux
	M. BRETIN	
Mutualité Française Anjou Mayenne SSAM	J. HAJJAM	Directeur études et développement DU CENTICH

Tableau des études traitées pour la revue littéraire

N°	Auteur	Année	N° ID Référence / Titre	Source	Type de télé-médecine	Spécialité médicale couverte	Pays
1	T. Dantoine 1, F. Breurec	2014	Télé-médecine, gérontologie et ruralité Doi : 10.1016/j.eurtel.2014.10.016	Soc. savantes	Téléconsult	gériatrie	France
2	Muriel Hautenuave	2014	Étude prospective et observationnelle, sur un an, de l'activité des téléconsultations de plaies chroniques en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes 1 UB - Université de Bordeaux	Sites franco.	Téléconsult	dermatologie	France
3	Meredith A Achey, Christopher A Beck, Denise B Beran, Cynthia M Boyd, Peter N Schmidt, Allison W Willis, Sara S Riggare, Richard B Simone, Kevin M Biglan and E Ray Dorsey	2014	Virtual house calls for Parkinson disease (Connect.Parkinson): study protocol for a randomized, controlled trial	PubMed	Téléconsult	Cardiologie pneumologie diabétologie	Etats-Unis
4	Gray LC1, Wright OR, Cutler AJ, Scuffham PA, Wootton R.	2009	Geriatric ward rounds by video conference: a solution for rural hospitals.	PubMed	Téléconsult	gériatrie	Afrique du sud
5	Vestal L1, Smith-Olinde L, Hicks G, Hutton T, Hart J Jr.	2006	Efficacy of language assessment in Alzheimer's disease: comparing in-person examination and telemedicine.	PubMed	Téléconsult	gériatrie	Etats-Unis
6	Stern A1, Mitsakakis N, Paulden M, Alibhai S, Wong J, Tomlinson G, Brooker AS, Krahn M, Zwarenstein M.	2014	Pressure ulcer multidisciplinary teams via telemedicine: a pragmatic cluster randomized stepped wedge trial in long term care.	PubMed	Téléconsult	gastroenterologie	Canada
7	Barbieri JS1, Nelson CA1, James WD2, Margolis DJ3, Littman-Quinn R2, Kovarik CL2, Rosenbach M2.	2014	The reliability of teledermatology to triage inpatient dermatology consultations.	PubMed	Téléconsult	dermatologie	Etats-Unis
8	Dijksman I1, Dinant GJ, Spijt MG.	2013	eDiagnostics: a promising step towards primary mental health care.	PubMed	Téléconsult	psychiatrie	Pays-bas
9	Henderson CI, Knapp M, Fernández JL, Beecham J, Hirani SP, Cartwright M, Rixon L, Beynon M, Rogers A, Bower P, Doll H, Fitzpatrick R, Steventon A, Bardsley M, Hendy J, Newman SP; Whole System Demonstrator evaluation team.	2013	Cost effectiveness of telehealth for patients with long term conditions (Whole Systems Demonstrator telehealth questionnaire study): nested economic evaluation in a pragmatic, cluster randomised controlled trial.	PubMed	Téléconsult	Cardiologie pneumologie diabétologie	Grande-Bretagne
10	Dorsey ER1, Venkataraman V, Grana MJ, Bull MT, George BP, Boyd CM, Beck CA, Rajan B, Seidmann A, Biglan KM.	2013	Randomized controlled clinical trial of "virtual house calls" for Parkinson disease.	PubMed	Téléconsult	neurologie	Etats-Unis
11	Shea S, Weinstock RS, Teresi JA, Palmas W, Starren J, Cimino JJ, Lai AM, Field L, Morin PC, Golland R, Izquierdo RE, Ebner S, Silver S, Petkova E, Kong J, Eimicke JP; IDEATel Consortium.	2009	A randomized trial comparing telemedicine case management with usual care in older, ethnically diverse, medically underserved patients with diabetes mellitus: 5 year results of the IDEATel study.	PubMed	Téléconsult	diabétologie	Etats-Unis
12	Singh SP1, Arya D, Peters T.	2008	Accuracy of telepsychiatric assessment of new routine outpatient referrals.	PubMed	Téléconsult	psychiatrie	Nouvelle-zélande
13	Sisira Edirippulige, Melinda Martin-Khan, Elizabeth Beattie, Anthony C Smith and Leonard C Gray	2013	A systematic review of telemedicine services for residents in long term care facilities	PubMed	Téléconsult	gériatrie	Australie

Sources et références documentaires pour la revue juridique

- Dispositions générales du Code de la Santé Publique
- Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires
- Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de soins
- Décret n° 2010-1229 du 19 octobre 2010 relatif à la télémédecine
- Décret en Conseil d'État du 4 janvier 2006 - conditions de délivrance de l'agrément pour l'hébergement des données de santé à caractère personnel
- Cahier des charges des expérimentations de la tarification d'actes de télémédecine publié au Journal officiel le 23 avril 2015
- Code de déontologie médicale - articles 35 et 36
- Rapport du CNOM relatif à la télémédecine
- Synthèse et Recommandations de la Haute Autorité de Santé relatives aux conditions de mise en œuvre de la télémédecine en unité de dialyse médicalisée (HAS – Télémédecine – Unité de dialyse médicalisée)
- Télémédecine - Conseil National de l'Ordre des Médecins - <http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/telemedecine2009.pdf>
- Fiche thématique du CISS n° 46 - La télémédecine - 2015
- ASIP santé - L'agrément des hébergeurs de données de santé à caractère personnel - <http://esante.gouv.fr/services/reperes-juridiques/l-agrement-des-hebergeurs-de-donnees-de-sante-a-caractere-personnel>
- http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_de_contractualisation_des_dotations_financant_les_MIG-3.pdf

III. Retour d'expériences d'établissements mutualistes « terrain » dans la mise en œuvre de la télémédecine

Avant-propos.....	102
1. Rappel du cadre juridique de l'activité de télémédecine	103
1.1 Définitions officielles.....	103
1.2 Organisation de la télémédecine	104
1.3 Conditions de mise en œuvre de la télémédecine	104
1.3.1 Consentement du patient.....	104
1.3.2 Authentification des professionnels de santé, du patient et échange de données 105	
1.3.3 Hébergement de données de santé (si besoin)	106
1.3.4 Délégation d'acte (si besoin)	107
1.3.5 Législation relative aux dispositifs médicaux (si besoin).....	107
1.3.6 Prise en charge financière de l'acte de télémédecine	109
2. Le cadrage du projet	112
2.1 Identifier les besoins médicaux et les changements induits (cadrage stratégique)...	112
2.2 Définir la méthode de mise en œuvre.....	113
A retenir.....	114
3. La gouvernance et la gestion de projet	115
3.1 Définir et mettre en œuvre la gouvernance.....	115
3.2 Définir et mettre en œuvre la gestion opérationnelle du projet.....	117
A retenir.....	118
4. Les aspects techniques.....	119
4.1 Mettre en place une démarche pérenne de suivi des aspects techniques	119
4.2 Définir et superviser les prérequis dans la durée	120
A retenir.....	121
5. Les ressources humaines	122
5.1 Evaluer l'impact de la télémédecine sur les personnels	122

5.2	Intégrer la télémédecine dans les pratiques habituelles	123
	A retenir.....	124
6.	Les aspects juridiques et éthiques	125
6.1	Entreprendre les démarches juridiques au plus tôt	125
6.2	Prendre en compte les obligations juridiques vis-à-vis de l'acte de télémédecine	125
	A retenir.....	126
7.	Les aspects financiers	127
7.1	Construire un budget dans la durée	127
7.2	Suivre et évaluer le budget	128
	A retenir.....	129
8.	L'évaluation.....	130
8.1	Construire et réaliser sa propre évaluation de la télémédecine	130
8.2	Utiliser les données de l'évaluation de la télémédecine	131
	A retenir.....	131
	Points essentiels pour construire et lancer un projet de Télémédecine.....	132
	1-Le cadrage du projet	132
	2-La gouvernance et la gestion de projet.....	132
	3-Les aspects techniques	133
	4-Les ressources humaines	133
	5-Les aspects juridiques et éthiques.....	133
	6-Les aspects financiers.....	134
	7-L'évaluation	134

Avant-propos

Ce document synthétise les **retours d'expériences « terrain »** des établissements mutualistes pour personnes âgées **lors de la mise en place de leur projet de télémédecine.**

Il s'appuie sur le **rapport d'étude sur la télémédecine dans les établissements mutualistes pour personnes âgées** ainsi que sur les observations terrain et les entretiens réalisées avec les porteurs et équipes des projets.

Ainsi, ce document vient compléter :

- l'état des lieux réalisé **décrit dans le rapport d'étude sur la télémédecine dans les établissements mutualistes pour personnes âgées** ;
- les outils et démarches existantes en Mutualité : **l'outil TELEM'EHBOX et autres dispositifs de formation.**

L'étude a concerné six régions et sept projets :

- Les **quatre projets en cours** concernent la Mutualité Française Côtes d'Armor, la Mutualité Française Isère, la Mutualité Française Loire et la Mutualité Française Puy-de-Dôme ;
- Les **trois projets à venir** concernent la Mutualité Retraite Loire Atlantique, la Mutualité Française Anjou Mayenne et la Mutualité Française Loire ;

La Mutualité Française Puy-de-Dôme a aussi été interrogée sur son dispositif de formation à l'usage de la télémédecine (TELEM'EHBOX).

Ce document a pour objectifs de :

- **Apporter un éclairage supplémentaire sur les expériences et applications concrètes** des établissements étudiés dans le cadre du **rapport d'étude** ;
- **Favoriser la réflexion au moment du montage d'un projet de télémédecine** (en s'appuyant sur l'expérience du terrain) ;
- **Créer du lien** avec les porteurs et acteurs de projets existants.

1. Rappel du cadre juridique de l'activité de télémédecine

1.1 Définitions officielles

La télémédecine est définie dans la **loi HPST (Hôpital Patient Santé Territoire) du 21 juillet 2009** comme étant une « une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication ». Elle met en rapport, entre eux ou avec un patient, un ou plusieurs professionnels de santé, parmi lesquels figure nécessairement un professionnel médical et, le cas échéant, d'autres professionnels apportant leurs soins au patient. Elle permet d'établir un diagnostic, d'assurer, pour un patient à risque, un suivi à visée préventive 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, ou d'effectuer une surveillance de l'état des patients ».

La **définition des actes de télémédecine** ainsi que leurs conditions de mise en œuvre et de prise en charge financière sont fixées par le **décret n° 2010-1229 du 19 octobre 2010** en tenant compte des déficiences de l'offre de soins dues à l'insularité et l'enclavement géographique.

- La **téléconsultation**, qui a pour objet de permettre à un professionnel médical de donner une consultation à distance à un patient. Un professionnel de santé peut être présent auprès du patient et, le cas échéant, assister le professionnel médical au cours de la téléconsultation. Les **psychologues** mentionnés à l'**article 44 de la loi n° 85-septsept2 du 25 juillet 1985** portant diverses dispositions d'ordre social peuvent également être présents auprès du patient ;

Exemples : téléconsultation entre un service de gériatrie et un EHPAD (projet Télémur 38, projet Telehpad, projet Télégéria IF, ...).

- La **téléexpertise**, qui a pour objet de permettre à un professionnel médical de solliciter à distance l'avis d'un ou de 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;

Exemple : avis neurochirurgicale à partir de données médicales et d'images (projet francilien ortif-teleneuro), dépistage de la rétinopathie diabétique (projet ophdiat de détection de la rétinopathie)...

- La **télésurveillance médicale**, qui a pour objet de permettre à un professionnel médical d'interpréter à distance les données nécessaires au suivi médical d'un patient et, le cas échéant, de prendre des décisions relatives à la prise en charge de ce patient. L'enregistrement et la transmission des données peuvent être automatisés ou réalisés par le patient lui-même ou par un professionnel de santé ;

Exemples : télésuivi de l'insuffisance cardiaque (projet pimps, projet cardiauvergne), télésuivi des femmes enceintes à distance (hospitalisation à domicile)...

- La **téléassistance médicale**, qui a pour objet de permettre à un professionnel médical d'assister à distance un autre professionnel de santé au cours de la réalisation d'un acte ;

Exemple : lors d'une intervention chirurgicale, l'acte de thrombolyse dans la prise en charge de l'AVC...

- La **réponse médicale** qui est apportée dans le cadre de la régulation médicale mentionnée à l'**article L. 6311-2 et au troisième alinéa de l'article L. 6314-1 du Code de la santé publique** ;

Exemple : SAMU

1.2 Organisation de la télémédecine

Toujours selon le **décret n°2010-1229 du 19 octobre 2010**, l'activité de télémédecine et son organisation font l'objet :

- Soit d'un **programme national défini par arrêté** des ministres chargés de la santé, des personnes âgées, des personnes handicapées et de l'assurance maladie ;
- Soit d'une **inscription dans l'un des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens ou l'un des contrats** ayant pour objet d'améliorer la qualité et la coordination des soins ;
- Soit d'un **contrat particulier signé par le directeur général de l'agence régionale de santé** et le professionnel de santé libéral ou, le cas échéant, tout organisme concourant à cette activité.

En outre, **les organismes et les professionnels de santé qui organisent une activité de télémédecine** (à l'exception de la réponse médicale donnée dans le cadre de la régulation médicale) **doivent conclure des conventions qui organisent leurs relations et les conditions de mise en œuvre**. La CNIL recommande que les engagements et responsabilités de chacun soient rappelés.

Les signataires de la convention sont les partenaires impliqués dans l'activité de télémédecine ; Il peut s'agir d'une convention entre plusieurs hôpitaux et une autre structure de type EHPAD par exemple.

1.3 Conditions de mise en œuvre de la télémédecine

1.3.1 Consentement du patient

Selon l'**article L.1111-quatre du code de la santé publique**, aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment. De même, en application des **articles 35 et 36 du code de déontologie médicale**, le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose.

Le consentement libre et éclairé du patient est donc requis pour la réalisation des actes de télémédecine sauf urgences et cas particuliers.

En observation de ces dispositions, il faut distinguer plusieurs hypothèses :

- **Le patient est en état d'exprimer son consentement libre et éclairé** : il appartient alors au médecin « demandeur » de **l'informer et de recueillir son consentement pour procéder aux actes de télémédecine**;
- **Le patient est hors d'état d'exprimer sa volonté ou en cas d'urgence** : le médecin « demandeur » peut **s'exempter de l'information du patient pour procéder aux actes de télémédecine**. La personne de confiance ou la famille, ou à défaut, un des proches du patient doit alors être consulté, sauf urgence ou impossibilité de les contacter.

Ainsi **la mise en œuvre de la télémédecine n'est possible que dans le respect des droits fondamentaux des patients** (information et consentement).

Type d'actes	Principes juridiques		Textes applicables
Actes de soins	Information préalable	Consentement express (exceptions dans les cas d'urgence, dans les cas où l'intéressé est hors d'état de manifester sa volonté ou si, au cours d'une intervention, un acte non prévu avec le patient s'avère nécessaire et urgent dans un but thérapeutique).	Art. L1111-4 alinéas 1 et 3 du Code de la Santé publique : « Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il fournit les décisions concernant sa santé (...). Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment. »
Actes de télémédecine	Information préalable	Non opposition	Art. R6316-2 du Code de la Santé publique : « Les professionnels participant à un acte de télémédecine peuvent, sauf opposition de la personne dûment informée , échanger des informations relatives à cette personne, notamment par le biais des technologies de l'information et de la communication. »
Hébergement des données de santé	Information préalable	Consentement explicite, possiblement dématérialisé (électronique)	Art. L1111-8 du Code de la Santé publique : « Les professionnels de santé ou les établissements de santé ou la personne concernée peuvent déposer des données de santé à caractère personnel, recueillies ou produites à l'occasion des activités de prévention, de diagnostic ou de soins, auprès de personnes physiques ou morales agréées à cet effet. Cet hébergement de données, quel qu'en soit le support, papier ou informatique, ne peut avoir lieu qu'avec le consentement exprès de la personne concernée. »

Source : Fiche thématique du CISS n° 46 - La télémédecine – 2015

En pratique, le consentement du patient aux soins pratiqués dans le cadre d'un acte de télémédecine emporte, de fait, son consentement à l'échange des données médicales le concernant. Un patient qui s'y opposerait ne pourrait en effet bénéficier par nature d'un acte de télémédecine.

De la même façon, un patient qui ne consentirait pas à l'hébergement de ses données de santé collectées lors de la réalisation d'un acte de télémédecine ne pourrait accepter la réalisation de l'acte de télémédecine.

Le consentement du patient aux soins pratiqués sous la forme d'actes de télémédecine est réputé alors acquis pour tous les échanges entre professionnels de santé organisant l'activité de télémédecine. Ainsi, il est d'autant plus primordial de veiller à une complète information préalable de l'utilisateur.

1.3.2 Authentification des professionnels de santé, du patient et échange de données

Selon le **décret n°2010-1229 du 19 octobre 2010**, chaque acte de télémédecine est réalisé dans des conditions garantissant :

- L'**authentification des professionnels de santé** intervenant dans l'acte **ainsi que l'identification du patient** ;
- L'**accès des professionnels de santé aux données médicales** du patient nécessaires à la réalisation de l'acte ;
- Lorsque la situation l'impose, la formation ou la préparation du patient à l'utilisation du dispositif de télémédecine ;

• Sont inscrits dans le **dossier du patient tenu par chaque professionnel médical** intervenant dans l'acte de télémédecine et dans la fiche d'observation associée :

- Le compte rendu de la réalisation de l'acte ;
- Les actes et les prescriptions médicamenteuses effectués dans le cadre de l'acte de télémédecine ;
- La date et l'heure de l'acte ;
- Le cas échéant, les incidents techniques survenus au cours de l'acte.

Selon l'**article L1110-quatre du code de la santé publique**, « Toute personne prise en charge par un professionnel, un établissement, un réseau de santé ou tout autre organisme participant à la prévention et aux soins a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant. Deux ou plusieurs professionnels de santé peuvent toutefois, sauf opposition de la personne dûment avertie, échanger des informations relatives à une même personne prise en charge, afin d'assurer la continuité des soins ou de déterminer la meilleure prise en charge sanitaire possible. Lorsque la personne est prise en charge par une équipe de soins dans un établissement de santé, les informations la concernant sont réputées confiées par le malade à l'ensemble de l'équipe. ».

Ces principes s'appliquent à tous les professionnels de santé intervenant dans la prise en charge du patient.

1.3.3 Hébergement de données de santé (si besoin)

La **loi n° 2002-303 du 4 mars 2002** relative aux droits des malades et à la qualité du système de soins a redéfini la relation entre les patients et les professionnels de santé. En posant le principe du droit à l'information du patient et en réaffirmant le droit à la confidentialité des données de santé, la loi a imprimé une évolution marquante dans l'organisation du système de santé.

Le droit à la confidentialité des données de santé conditionne leurs modalités d'hébergement. Ainsi les professionnels de santé sont tenus, selon les règles déontologiques qui leur sont applicables, de tenir à jour une fiche d'information sur chaque patient. En établissement de santé, un dossier hospitalier est ouvert pour chaque patient pris en charge. Ces documents sont conservés sous la responsabilité du professionnel de santé ou de l'établissement de santé qui les détient.

En tant que responsables du traitement, **les établissements de santé et les professionnels de santé sont tenus de déclarer leurs fichiers à la CNIL.** À cet effet, certaines professions bénéficient pour la déclaration de leurs fichiers de formalités allégées.

La déclaration de traitement est effectuée, quelles que soient les modalités d'hébergement des données de santé à caractère personnel définies à l'**article L.1111-8 du Code de la santé publique**. En effet, les professionnels de santé peuvent choisir de conserver eux-mêmes les données de santé de leurs patients ou de les confier à un hébergeur agréé pour cette activité.

L'hébergeur est chargé d'assurer **la confidentialité, la sécurité, l'intégrité et la disponibilité des données de santé qui lui sont confiées** par un professionnel de santé, un établissement de santé ou directement par la personne concernée par les données.

Pour exercer son activité, l'hébergeur doit démontrer sa capacité à mettre en œuvre une politique de sécurité et de confidentialité renforcée, en vue de **l'obtention d'un agrément pour l'hébergement des données de santé à caractère personnel.**

L'article L.1111-8 du code de la santé publique précise les conditions dans lesquelles les données de santé peuvent être confiées à un hébergeur. Ainsi :

- La personne concernée par les données de santé doit avoir consenti expressément à l'hébergement de ses données ;
- L'hébergeur doit être agréé pour son activité ;
- L'hébergeur est soumis aux règles de confidentialité prévues à l'**article L.1110-quatre du Code de la santé publique** et à des référentiels d'interopérabilité et de sécurité ;
- Lorsque les professionnels de santé ou les établissements de santé hébergent leurs propres données de santé, ils ne sont pas soumis à l'agrément et ne sont pas tenus de recueillir le consentement exprès de l'intéressé pour conserver ces données.

En revanche, **dès lors qu'une entité héberge des données de santé de patients dont elle n'assure pas la prise en charge, elle est considérée comme hébergeur et doit obtenir un agrément.**

Les conditions de délivrance de l'agrément sont fixées par le décret en Conseil d'État du quatre janvier 2006, pris après avis de la CNIL et après concertation avec les représentants des patients et des professionnels de santé, et codifié aux **articles R.1111-9 à R.1111-14 du Code de la santé publique**. L'agrément est délivré par le ministre en charge de la Santé, après avis de la CNIL et d'un comité d'agrément créé ad hoc, dont l'ASIP Santé assure le secrétariat.

L'agrément est délivré pour trois ans et peut être renouvelé, après présentation d'une nouvelle demande. Le ministre de la Santé peut décider le retrait de l'agrément d'un hébergeur si des manquements graves à ses obligations sont constatés.

Les obligations pesant sur les hébergeurs de données de santé à caractère personnel découlent du droit du patient à la confidentialité de ses données de santé. En ce sens, **c'est bien la sensibilité des données qui leur sont confiées qui justifie la nécessité d'obtention d'un agrément préalable**. Les démarches à effectuer par les candidats sont recensées sur le site de l'ASIP Santé, au sein d'un référentiel de constitution des demandes d'agrément. L'ASIP Santé, qui assure le secrétariat du comité d'agrément, est chargée de la gestion des candidatures à l'agrément.

1.3.4 Délégation d'acte (si besoin)

Par définition des actes de télémédecine, ces derniers se font toujours par un médecin. Cependant, **il peut arriver qu'un acte de soin dans le cadre de l'activité de télémédecine, nécessite une délégation**. Cette délégation d'acte peut nécessiter alors de s'engager dans un protocole de coopération.

Le cadre juridique est l'article 51 de la loi HPST du 21 juillet 2009 qui permet la mise en place, à titre dérogatoire et à l'initiative des professionnels sur le terrain, de transferts d'actes ou d'activités de soins et de réorganisations des modes d'intervention auprès des patients. Ces initiatives locales prennent la forme d'un protocole de coopération qui est transmis à l'ARS. Celle-ci vérifie la cohérence du projet avec le besoin de santé régional, avant de le soumettre à la validation de la HAS.

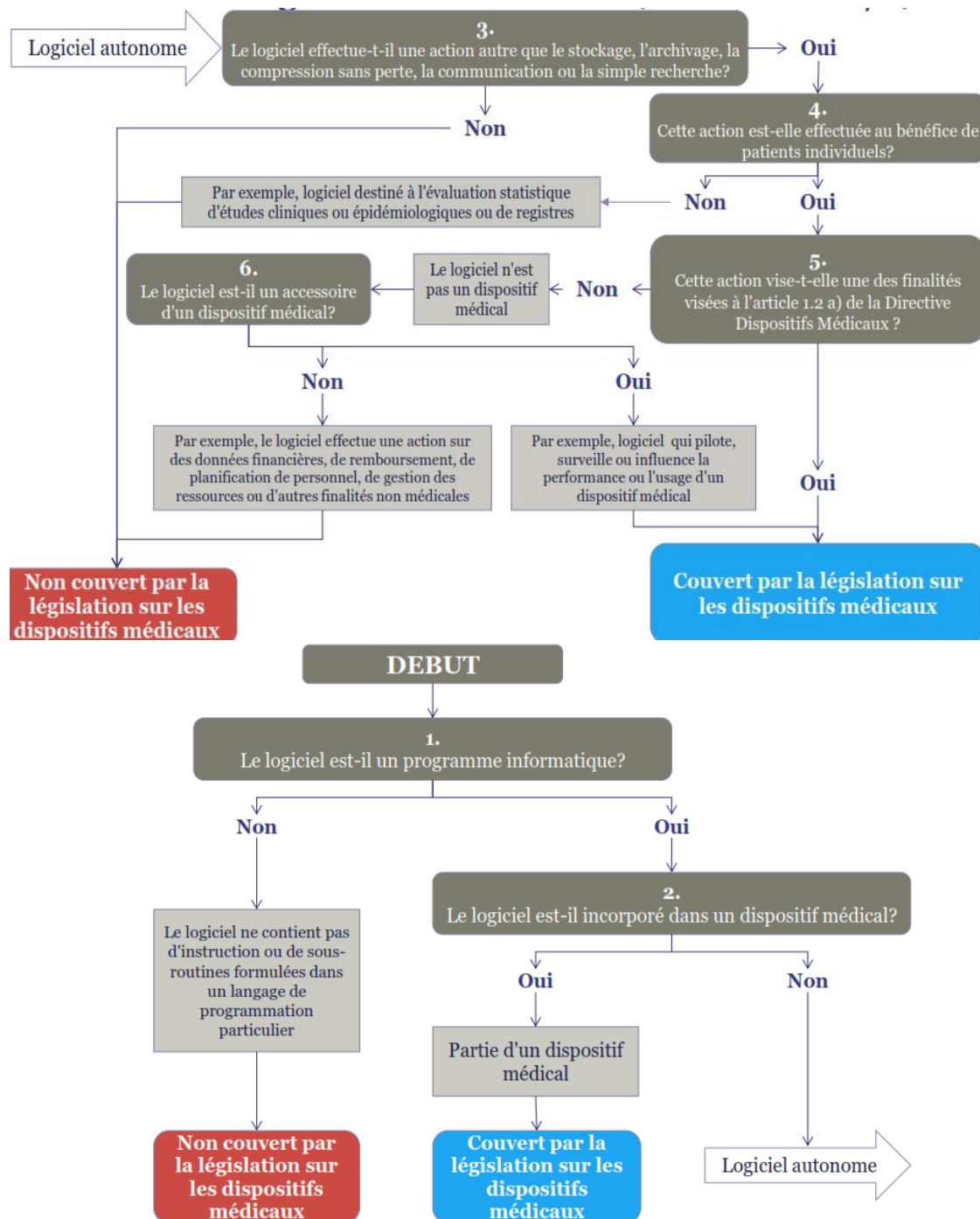
1.3.5 Législation relative aux dispositifs médicaux (si besoin)

La **réglementation européenne évolue actuellement sur ce sujet** : il existe aujourd'hui des lignes directrices relatives à la qualification et à la classification des « logiciels » utilisés dans le cadre des soins de santé dans le cadre réglementaire des dispositifs médicaux.

Ainsi doit être considéré comme dispositif médical, tout logiciel, tout instrument, appareil, équipement, matière ou autre article, utilisé seul ou en association, y compris le logiciel destiné par le fabricant à être utilisé spécifiquement à des fins diagnostique et/ou thérapeutique, et nécessaire au bon fonctionnement de celui-ci, destiné par le fabricant à être utilisé chez l'homme à des fins :

- de diagnostic, de prévention, de contrôle, de traitement ou d'atténuation d'une maladie ;
- de diagnostic, de contrôle, de traitement, d'atténuation ou de compensation d'une blessure ou d'un handicap ;
- d'étude ou de remplacement ou modification de l'anatomie ou d'un processus physiologique ;
- de maîtrise de la conception.

Une question peut aussi se poser sur la **règlementation qui régit le logiciel de télémédecine d'un dispositif médical** : le diagramme de décision (MEDDEV 2.1/6) ci-dessous, permet de lever l'incertitude et de déterminer si le logiciel dépend ou non de la législation sur les dispositifs médicaux.



1.3.6 Prise en charge financière de l'acte de télémedecine

Le **décret du 19 octobre 2010** prévoit que la rémunération et le remboursement des actes s'organisent conformément aux dispositions du Code de la Sécurité sociale. Ainsi, ils dépendent de leur inscription à la classification commune des actes médicaux (CCAM) décidée par l'Union nationale des caisses d'Assurance maladie (UNCAM), après avis de la Haute Autorité de Santé (HAS) et de l'Union nationale des organismes complémentaires d'Assurance maladie (UNOCAM).

En outre, le texte précise que « l'activité de télémedecine peut bénéficier des financements » du **Fonds d'Intervention Régional (FIR)** ou de la **dotations des Missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC)**, ainsi que de dotations de l'Etat et des départements aux établissements sociaux et médico-sociaux.

Quelques actes de télémedecine peuvent être **pris en charge directement par l'assurance maladie**. Les cas recensés sont présentés ci-dessous :

- **L'acte DEQP001 « Electrocardiographie avec enregistrement évènementiel déclenché et télétransmission »** : il s'agit d'une évaluation diagnostique et pronostique des troubles du rythme paroxystiques et des événements arythmiques rares et ressentis, difficiles à mettre en évidence par enregistrement ambulatoire (holter). Son tarif est de 13,52 € égal à celui de l'électrographie sur au moins douze dérivation ;
- **L'acte FGRP009 relatif au test de provocation conjonctival par allergène administré à concentration croissante, avec une évaluation allergologique et ophtalmologique apportée par un ou deux professionnels** nécessaires à la réalisation de cet acte, tarifé 28,8€ ;
- Depuis le 8 février 2014 (Décision du 17 décembre 2013 de l'UNCAM), **trois actes de télémedecine peuvent être facturés** dans le cadre du dépistage de la rétinopathie diabétique (2 actes d'orthoptistes et 1 d'ophtalmologistes). C'est la première fois que l'UNCAM autorise la facturation d'actes disjoints, l'un pour le professionnel de santé requérant et l'autre pour le médecin requis. C'est une avancée importante qui pourrait préfigurer d'autres facturations d'actes de télémedecine.

Certains actes et modalités de prise en charge sont **susceptibles d'aider éventuellement à une tarification des actes de télémedecine** :

- La consultation entre deux omnipraticiens (médecin généraliste) avec une tarification de C 1,5 (34,50 €) pour le médecin au cabinet dans lequel a lieu la consultation et V1,5 (34,50€) pour le second médecin ;
- L'avis ponctuel de consultant C2 (46€), cette cotation ne s'applique qu'à la consultation du médecin spécialiste correspondant, sollicité par le médecin traitant, sous certaines conditions : ne pas avoir reçu le patient dans les six mois qui précèdent l'avis et ne pas le revoir dans les six mois qui suivent l'avis ; adresser au médecin traitant les propositions thérapeutiques et lui laisser la charge d'en surveiller l'application ;
- La surveillance du patient par le médecin à une intervention chirurgicale, cette assistance que le médecin traitant participe ou non à l'intervention – ouvrant droit à un honoraire égal à K10 (19,2€) pour les actes dont le tarif est compris entre 104,5 € et 167,2 € et à K15 (28,8€) pour les actes dont le tarif excède 167,2€.

Quelques dispositifs médicaux utilisés dans une activité de télémedecine peuvent être pris en charge directement par l'assurance maladie. Cette prise en charge repose sur l'inscription du dispositif sur une liste mentionnée à l'article L.162-1 du code de la sécurité sociale. Cette liste mentionne la prise en charge

de systèmes de télésurveillance, associés à des dispositifs médicaux implantables (défibrillateurs ou stimulateurs cardiaques), qui assurent la transmission d'informations du DMI à un centre d'analyse de données diagnostiques et techniques qui reflètent l'état du système. Le financement par le biais de la LPP couvre le coût du matériel permettant la surveillance (le boîtier) ainsi que la transmission d'informations (par fax, sms, ou courrier électronique) programmées et automatiques du patient vers le centre de référence et de ce centre vers le praticien.

Une dizaine de produits sont à ce jour inscrits sur la LPP. La tendance est l'inscription de la prise en charge financière dans les GHS concernés.

Il faut donc retenir, **en dehors des actes, prestations et produits mentionnés ci-dessus, que les actes de télémédecine ne sont, actuellement, pas remboursés directement en tant que tels par l'Assurance maladie.**

Dans le cas où les actes de télémédecine ne sont pas pris en charge directement par l'Assurance maladie. **Il existe des modèles médico économiques qui reposent sur l'entente entre les acteurs.** Nous présentons ci-dessous, une liste non exhaustive de ces modèles mais qui sont les plus couramment rencontrés :

- **Dans beaucoup d'activités de télémédecine entre établissements**, ces derniers se refacturent des «Prestations Inter Etablissements» (PIE). Ces prestations découlent des situations dans lesquelles un établissement de santé a recours au plateau technique ou aux équipements d'un autre établissement pour assurer aux patients hospitalisés des soins ou des examens qu'il ne peut effectuer lui-même. Deux conditions doivent être réunies : le patient est provisoirement transféré de l'établissement demandeur A vers l'établissement prestataire B ; le séjour du patient dans l'établissement B dure moins de 2 jours civils (pas plus d'une nuitée hors de l'établissement A). Dès lors, l'établissement demandeur A facture le séjour à l'assurance maladie (GHS intégrant la prestation réalisée dans l'établissement B) et l'établissement requis B facture sa prestation à l'établissement A réalisé par télémédecine ;
- **Dans les activités de téléradiologie** comme dans le contexte de la permanence des soins radiologique, il est souvent admis entre les acteurs que dans le cadre d'un examen en coupe (SCAN, IRM, TEP), le forfait intellectuel de l'acte de radiologie est reversé au télé-radiologue par la structure qui réalise l'imagerie médicale. Cette modalité est reprise par le conseil professionnel de radiologie G4.

Enfin, la loi de financement de la sécurité sociale de 2014 (article 36 de la LFSS) a acté **l'expérimentation de la tarification d'actes de télémédecine**. Le cahier des charges (sous la forme d'un arrêté de 38 pages) des expérimentations a été publié au **Journal officiel le 23 avril 2015**.

L'objectif principal des expérimentations est de fixer « une **tarification préfiguratrice des actes de télémédecine** permettant aux professionnels de santé, en particulier de proximité, quel que soit leur mode d'exercice, et aux structures médico-sociales de développer des projets cohérents et pertinents, en réponse aux besoins de santé et à l'offre de soins régionale.

Les actes de télémédecine définis dans le cahier des charges pouvant faire l'objet d'une prise en charge dans le cadre de l'expérimentation sont à déployer en milieu ambulatoire, en structure médico-sociale, établissements de santé.

A titre d'exemple, pour la prise en charge par télémédecine des plaies complexes et chronique, soit à l'occasion d'une **téléconsultation** (synchrone) au bénéfice d'un patient se situant :

- En structure médico-sociale ;
- Au sein d'une structure d'exercice coordonné (centre de santé ou maison de santé pluri professionnelle).

Dans ce cas, le médecin requis (ou l'infirmier expert dans le cadre d'un protocole de coopération art. 51) est rémunéré **28 € par acte**.

Autre exemple, pour la prise en charge par télémédecine des plaies complexes et chronique, soit à l'occasion d'une **téléexpertise** (asynchrone) au bénéfice d'un patient se situant :

- En structure médico-sociale ;
- Au sein du cabinet de son médecin traitant ou d'une structure d'exercice coordonnée (centre de santé ou maison de santé pluri professionnelle) ;
- À son domicile.

Dans ce cas, le médecin requis (ou l'infirmier expert dans le cadre d'un protocole de coopération art. 51) est rémunéré **14 € par acte**.

Actuellement, **seuls les professionnels de santé de neuf régions peuvent participer à ces expérimentations de financement** : l'Alsace, la Basse-Normandie, la Bourgogne, le Centre Val de Loire, la Haute-Normandie, le Languedoc-Roussillon, la Martinique, les Pays-de-la-Loire et la Picardie (cf. arrêté du 10 juin 2014).

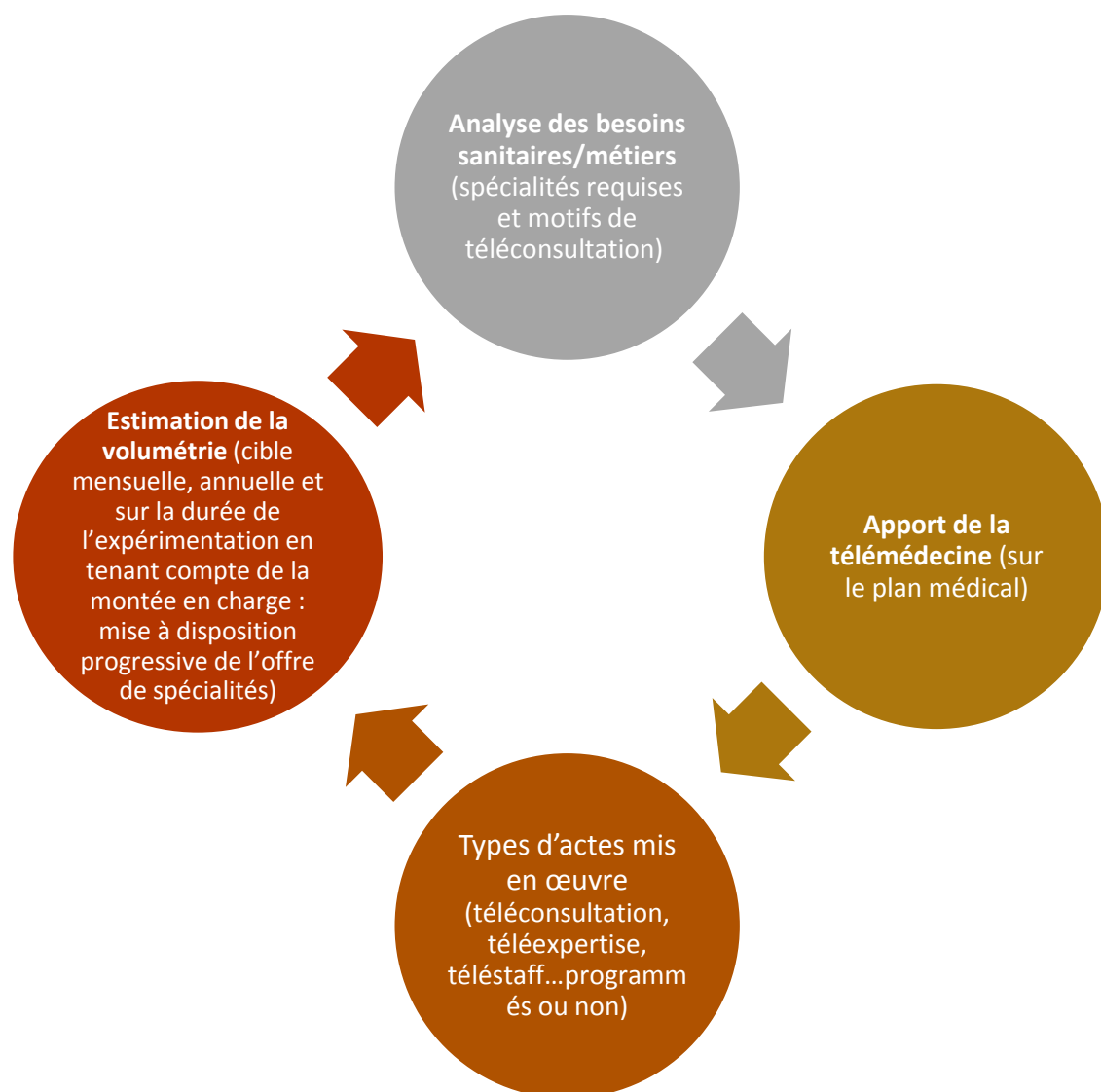
Cependant d'autres régions peuvent y participer, dans ce cas, les ARS devront les financer sur leur FIR (Fond d'Intervention Régional). C'est le cas de la région Ile de France, notamment. L'évaluation des expérimentations (autorisées jusqu'au 31 décembre 2017) sera menée par la Haute autorité de santé.

2. Le cadrage du projet

2.1 Identifier les besoins médicaux et les changements induits (cadrage stratégique)

Un **projet de télémédecine est avant tout une nouvelle organisation des soins**, complémentaire des pratiques de prise en charge existantes, 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.

Toutes les régions rencontrées ont construites un projet médical à travers le cheminement suivant :



Concernant le **type d'actes mis en œuvre**, la **MF Isère** a choisi de réaliser (en cible) des téléconsultations / télé expertises mais aussi des Téléstaffs / téléformations. La **MF Cotes-d'Armor** (plus grand nombre d'actes réalisés à ce jour) a surtout réalisée des actes de télé coordination gériatrique et a ainsi pu contribuer à optimiser le parcours en hébergement temporaire (téléconsultation à l'entrée du résident).

Concernant les **apports de la télémédecine**, la **MR Loire-Atlantique** a choisi d'utiliser une cabine de télémédecine comme solution de cellule de coordination du parcours de soins des personnes âgées du territoire avec comme objectif de « challenger » le forfait autonomie.

Il est essentiel de **concevoir le projet de télémédecine en réponse à un besoin identifié et comme appartenant à un projet plus global** (identifier une offre de soin en télémédecine en face du besoin de télémédecine). La **MF Anjou Mayenne** a ainsi co construit son projet médical avec le centre expert (CHU d'Angers) afin d'intégrer le plus en amont possible l'offreur de spécialités.

Cette démarche prend généralement plus de temps que la simple construction du projet médical au sein d'un seul établissement : temps de réunion, temps de négociation, temps de validation des différentes directions..., mais crée les conditions de réussite.

Il est **également souhaitable d'intégrer en plus de la dimension médicale d'autres dimensions** (économiques, organisationnelles, humaines, techniques, juridiques, éthiques) dans le projet de télémédecine afin de prendre en compte tous les changements qui seront induits par l'arrivée de cette nouvelle pratique.

2.2 Définir la méthode de mise en œuvre

Une fois que le projet (besoins médicaux et impacts sur les autres dimensions) a été partagé entre offreur et demandeur et qu'il est défini dans ses grandes lignes, il convient de **préciser la méthodologie de mise en œuvre** en répondant aux questions suivantes :

- Quelle est la trajectoire de déploiement (une ou plusieurs spécialités au démarrage? Service pilote ? Démarrer par la téléconsultation avant les autres modalités (télé expertise) ? Un ou plusieurs EHPAD pilotes ? Déploiement généralisé ?...)
- Quels sont les changements induits pour le patient et pour les professionnels impliqués (étude d'impacts sur les modes de prise en charge sur l'organisation médicale / du travail, les compétences nécessaires à maîtriser...)
- Quel va être le protocole de prise en charge du patient en télémédecine (protocole / processus à décrire / organisation associée à décrire) ?
- Quelles sont les conditions / contraintes matérielles (logistique, techniques...) à prendre en compte dans ce projet ?
- Quelles sont les conditions / contraintes juridiques / éthiques (autorisations, assurances, consentement...) à prendre en compte dans ce projet ?

A retenir...



Lancer un projet de télémédecine nécessite de **construire un projet médical** (idéalement co-construit avec tous les partenaires de la télémédecine) en balayant les thèmes suivants :

- **Analyse des besoins sanitaires/métiers** (spécialités requises et motifs de téléconsultation)
- **Apport de la télémédecine** (sur le plan médical)
- **Types d'actes mis en œuvre** (téléconsultation, téléexpertise, téléstaff... programmés ou non)
- **Estimation de la volumétrie** (cible mensuelle, annuelle et sur la durée de l'expérimentation en tenant compte de la montée en charge)



Lancer un projet de télémédecine nécessite d'**intégrer les dimensions (économiques, organisationnelles, humaines, techniques, juridiques, éthique en plus de la dimension médicale)**. Il est nécessaire de prendre en compte tous les **changements qui seront induits par l'arrivée de cette nouvelle pratique dans vos organisations**.



Lancer un projet de télémédecine nécessite de **définir la méthodologie de mise en œuvre (le cadrage opérationnel du projet)** en répondant aux questions suivantes :

- Quelle est la trajectoire de déploiement ?
- Quels sont les changements induits pour le patient et pour les professionnels impliqués ?
- Quel va être le protocole de prise en charge du patient en télémédecine ?
- Quelles sont les conditions / contraintes matérielles (logistique, techniques...) à prendre en compte dans ce projet ?
- Quelles sont les conditions / contraintes juridiques / éthiques (autorisations, assurances, consentement...) à prendre en compte dans ce projet ?

3. La gouvernance et la gestion de projet

3.1 Définir et mettre en œuvre la gouvernance

La **gouvernance mise en place dans un projet de télémédecine intègre toutes les parties prenantes et a pour objectif de contribuer aux prises de décision**. Les projets sont actuellement très largement pilotés par les ARS qui instaure, la tenue de **comités de pilotage régional**, dans lesquels se retrouvent les acteurs (représentants des EHPAD et Hôpitaux, ARS, GCS) du projet pour le pilotage des moyens et du déploiement, l'éventuelle validation d'un modèle médico-économique, le suivi des usages...

Certains projets s'appuient sur le Groupement de Coopération Sanitaire (GCS) régional pour la mise en œuvre opérationnelle du Système d'Information de télémédecine.

De plus en plus souvent, des **comités médicaux/scientifiques** sont instaurés afin de valider le projet médical partagé et de définir certains aspects opérationnels du projet : contenu des formulaires, des workflows médicaux...

Chaque chef de projet de la Mutualité a ensuite **mis en place un comité projet** (pour le suivi opérationnel du projet) au niveau régional.

Néanmoins, **cette gouvernance doit se décliner « localement » au niveau de l'EHPAD ou à minima, impliquer l'échelon local (l'EHPAD)** afin de créer une dynamique de projet et d'animation des usages de télémédecine nécessaires à l'appropriation du projet dans chaque EHPAD. C'est le cas dans la plupart des projets mutualistes avec la participation d'une ou plusieurs ressources des EHPAD impliqués dans le projet. Cette gouvernance peut aussi être complétée par la tenue d'un comité des usages de télémédecine au sein de l'établissement, avec un représentant de la direction, le médecin coordinateur et des personnels paramédicaux.

Cette gouvernance doit aussi être adaptée à l'ambition du projet (nombre d'établissements participants, durée du projet, exigences de l'ARS, appui d'un GCS sur le volet Système d'information,...) tant sur son ampleur que sur sa fréquence. Si le projet a une ampleur importante en terme d'établissements à installer/déployer la télémédecine (plusieurs dizaines d'EHPAD par exemple), un comité projet/opérationnel/suivi peut se réunir 2 fois par mois (au moins durant les phases avec des pilotes / de grandes vagues de déploiement d'EHPAD).

Sur des projets financés pilotés par l'ARS (mais financés en grand partie par le Mutualité dans le cas des établissements étudiés), la **gouvernance standard** pourrait s'appuyer sur les instances suivantes :

Comité de pilotage (piloté par l'ARS)

- **Participants** : l'ARS et/ou autres financeurs éventuels, les représentants de chaque établissements / groupe d'établissements (le chef de projet Mutualiste et le porteur de projet Mutualiste), le GCS (qui souvent prépare, anime et réalise le compte rendu du COPIL)
- **Rôle** : élaborer et mettre en œuvre la stratégie du projet, organiser et coordonner le déploiement, élaborer et valider la politique de communication du projet, prendre des décisions sur les points bloquants...
- **Fréquence** : mensuelle à semestrielle

Comité médical / scientifique (piloté par le médecin coordinateur du projet)

- **Participants** : le médecin coordinateur du projet, des représentants médicaux des offreurs de soin en télémédecine sur le projet, des représentants médecin coordinateur d'EHPAD, le chef de projet Mutualiste et GCS
- **Rôle** : valider / définir le contenu des formulaires, des workflows médicaux... animer et suivre le développement des usages médicaux à partir des remontées des indicateurs et retours des membres
- **Fréquence** : trimestrielle à semestrielle

Comité Projet / Opérationnel / de Suivi (piloté par le chef de projet du GCS)

- **Participants** : le chef de projet télémédecine Mutualiste et du GCS, le sponsor régional du projet Mutualiste, un représentant des EHPAD impliqués (en cours ou à venir), un représentant des offreurs de soins en télémédecine
- **Rôle** : conduire la mise en œuvre opérationnelle du projet, suivre l'avancée des résultats et livrables des différentes phases à partir des outils de pilotage de projet
- **Fréquence** : bimensuelle à mensuelle

Le **comité médical / scientifique** est une instance souvent négligée : souvent tenue en phase conception du projet, sa fréquence décroît dès lors que la solution de télémédecine se déploie or c'est précisément à ce moment précis qu'elle **remplit son autre mission en animant et en développant les usages** :

- En communiquant sur les retours d'expériences concernant les apports médicaux des premiers usages,
- En formant aux bonnes pratiques par télémédecine,
- En informant sur les modifications de protocoles de prise en charge, si besoin,
- En suivant les volumes d'usages et leur tendance,
- En proposant de nouveaux usages,
- ...

3.2 Définir et mettre en œuvre la gestion opérationnelle du projet

Chaque région s'est appuyée sur un certain nombre d'**outils de suivi et de reporting** afin de suivre et d'alimenter les différentes instances composant la gouvernance de projet.

Le pilotage opérationnel du projet doit s'effectuer à **partir du planning global** (dédié pour la Mutualité et décliné par EHPAD) : les échéances et actions décidées doivent ensuite se décliner au niveau opérationnel.

Le planning est alimenté et mis à jour à partir de :

- **Des plans d'actions définis dans la gestion des risques** : des événements internes ou externes au projet, ou des décisions issues de la direction du projet peuvent modifier la réalisation d'actions, ou l'atteinte de jalons et donnent lieu à des modifications de planning et à l'ajout d'actions pour limiter les risques identifiées (regroupée dans des plans d'actions)
- **Les réajustements des tâches** en fonction des écarts constatés dans une logique volontariste de non décalage des grands jalons du projet

Le planning alimente à son tour :

- Les **instances de la gouvernance du projet** (Comité de Pilotage et Comité Projet / Opérationnel / de Suivi)
- **Le suivi des risques et des actions**
- **Le suivi des charges et des livrables**

Le **planning** doit être parfaitement intégré dans le cycle itératif de gestion de projet et fait l'objet d'une attention particulière quant à sa mise à jour (hebdomadaire à minima), sa cohérence tant au niveau détaillé en interne des phases, volets et étapes qu'au niveau macro de pilotage avec le suivi des risques, actions, charges et livrables.

Nous soulignons l'importance de réaliser et suivre le projet sur la base d'un **calendrier partagé, réaliste et stable**, prenant en compte toutes les contraintes et risques connus à ce jour. C'est à partir d'un calendrier stabilisé qu'un pilotage efficace peut être mis en place, que la gestion des risques peut être correctement établie.

Il nous semble ensuite important d'intégrer à ce stade **deux tableaux de bord permettant de réaliser un suivi des charges et des livrables du projet** (au niveau Mutualiste). Ils seraient mis à jour mensuellement sur la base des données fournies par chaque contributeur.

Le **tableau de bord de suivi des charges** peut contenir les données suivantes, en fonction de ce qui a été retenu et validé en Comité de Pilotage / Comité Projet / Opérationnel / de Suivi :

- Nom de la tâche
- Charges initialement prévue en jours / homme
- Charge consommée en jours / homme
- Une estimation du pourcentage d'avancement

Le tableau de bord de suivi des livrables peut contenir les données suivantes :

- Nom du livrable
- Charge initialement prévue en en jours / homme
- Charge consommée en jours / homme

- Une estimation du pourcentage d'avancement
- La date de livraison initiale
- La date de livraison réelle

Concernant la **gestion des risques**, il s'agit ici de maîtriser au maximum les risques avérés / potentiels (manque de performance du réseau, difficulté dans le son et/ou l'image, mise à jour java, insuffisante maîtrise de l'outil,...) à travers les actions suivantes : la qualification, l'identification des actions à mettre en œuvre pour les neutraliser, le suivi des actions. Une analyse fine de ces risques, de l'estimation de leur probabilité et impact, et la détermination des actions à mettre en œuvre, facilite la prise de décision. La démarche de gestion des risques consiste à :

- Analyser les risques identifiés
- Elaborer un dispositif de gestion des risques (plans d'actions)
- Alimenter et mettre à jour du tableau de gestion des risques

A retenir...



Tout projet nécessite de mettre en place une gouvernance de projet (instances de pilotage, scientifique et de suivi opérationnel).



Cette gouvernance doit se décliner « localement » au niveau de l'EHPAD ou à minima, impliquer l'échelon local (l'EHPAD) même si le financeur (le Groupement de Coopération Sanitaire bien souvent) a ses propres instances de gouvernance de projet : votre gouvernance devra composer, sans redonder, avec leurs instances.



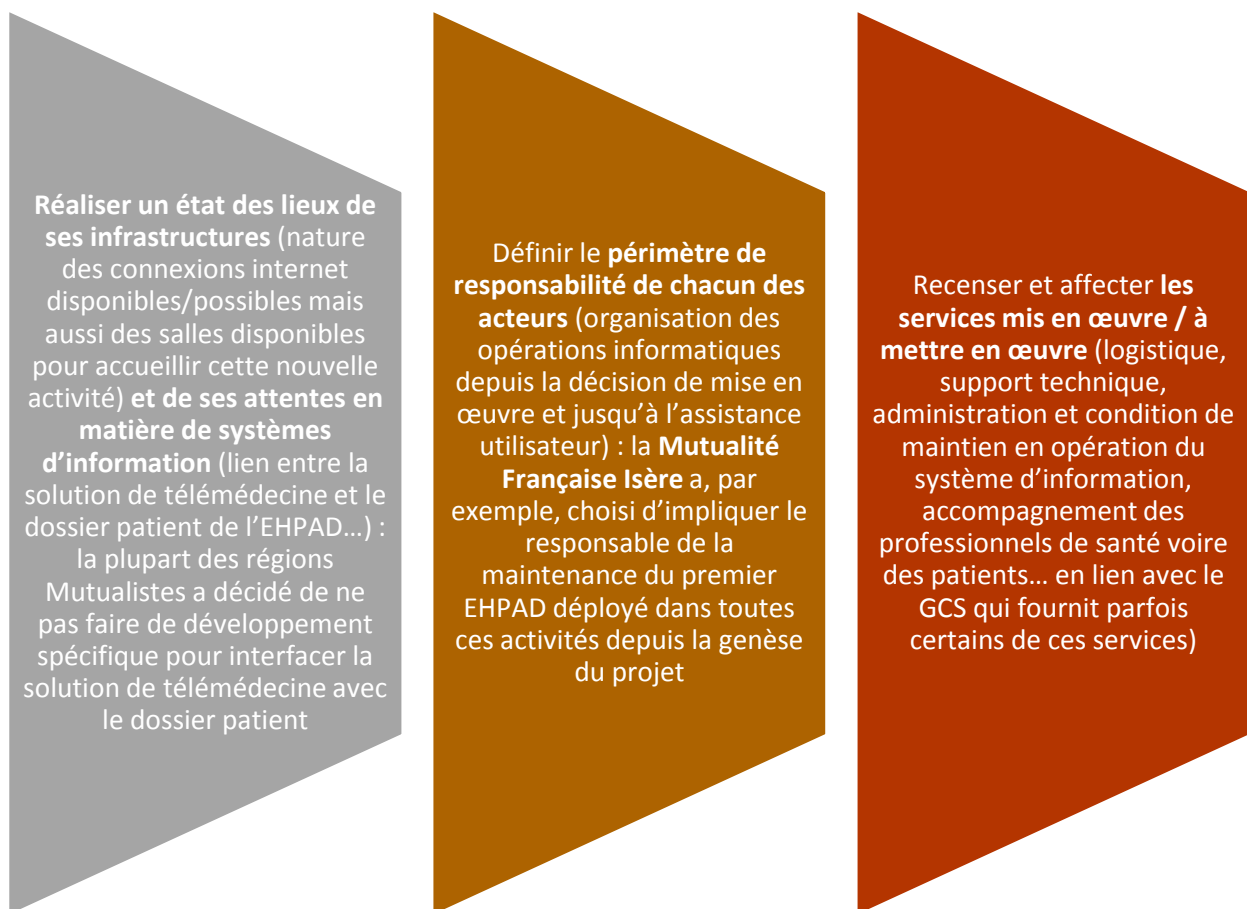
Cette gouvernance doit s'appuyer sur des **outils de suivi et de reporting** (rarement fournis par le GCS) : planning, gestion des risques, supports de présentation pour la gouvernance et des tableaux de suivi des charges et des livrables.

4. Les aspects techniques

4.1 Mettre en place une démarche pérenne de suivi des aspects techniques

Chaque région étudiée a utilisé une solution de télémédecine (solution logicielle) mise à disposition par le GCS. Même si les régions mutualistes n'ont pas été impliquées dans ce choix de solution (réalisé depuis plusieurs années pour d'autres besoins médicaux comme le télé-AVC par exemple), elles seront bien au cœur des défis quotidiens quant au fonctionnement technique de cette dernière (performance et fiabilité). A noter que cette solution « publique » de télémédecine a été mis à disposition avec un support utilisateur (plus ou moins performant) mais sans réseau (pour le moment) et sans équipements informatiques.

Ainsi chaque région a dû réaliser les opérations suivantes :



Le **niveau de service attendu** (plages de fonctionnement, gestion des incidents...) a bien souvent été défini par le GCS de manière unilatérale.

Si les Unions Territoriales avaient pu déployer leur propre solution, d'autres activités auraient dû être réalisées :

- Elaborer et mettre à jour régulièrement le plan d'assurance qualité
- Réaliser un plan de prévision des risques, analyse et suivi des risques projets sur le volet système d'information
- Rédiger les procédures métiers (sur la partie SI)

- Rédiger le plan de tests/recettes de la solution (tests initiaux mais aussi à chaque réception de nouvelle version)
- Rédiger le plan et les parcours de formation (réalisé par la plupart des Unions Territoriales : la Mutualité Française Anjou Mayenne, à l'image d'autres régions, a formalisé un plan de formation avec des parcours de formation l'utilisation de plusieurs medias de formation qui coexistent (papier, électronique...) en cible)
- Évaluer les formations et le support au fonctionnement (support utilisateur) pour ajustements éventuels
- Formaliser la cartographie fonctionnelle mise en œuvre, voire la cartographie des référentiels nationaux mis en œuvre
- Rédiger et suivre un tableau de suivi des corrections et des anomalies

4.2 Définir et superviser les prérequis dans la durée

Beaucoup de régions Mutualistes ont eu des **difficultés quant à la performance de leur réseau** et donc pour démarrer leur projet dans des conditions satisfaisantes : à savoir, démarrer les déploiements sans que le volet technique soit une difficulté / un point de préoccupation.

Les **prérequis habituels en matière de débits réseaux** sont les suivants :

- En cas de transfert d'images : débit conseillé deux à quatre Mb/s (minimum deux 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 384Kb/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 (hébergement en ligne) : débit conseillé 800 Kb/s (minimum 400 Kb/s).

L'addition des dispositifs installés pour la télémédecine (microphones, caméra mobile et caméra fixe) demande logiquement des débits élevés et stable : la plupart des régions rencontrées ont choisi un **débit entre deux et quatre Mb/s** (minimum deux Mb/s) avec parfois une ligne de secours à disposition. Les régions ayant choisies un débit de quatre Mb/s n'ont pas rencontré de problèmes de performance (en dehors du raccordement initial) mais ce débit a un certain cout (plusieurs centaines d'euros par mois par EHPAD).

La **perte de paquet (packet loss)** doit aussi être une donnée importante à monitorer afin d'éviter des déconnexions et des sessions de visioconférence « hachées » : il peut être intéressant de choisir un opérateur avec des engagements de qualité de service (QoS) afin de se prémunir de ces difficultés même si cela a un cout.

La **MF Cotes-d'Armor** a fait appel à une école d'ingénieur locale afin qu'elle étudie les possibilités de connexion par satellite pour les EHPAD tant sur le plan technique (capacité du réseau) que financier (coût) en fonction de seuils de déploiement (avec de plus en plus d'EHPAD connectés afin de diminuer les coûts).

A retenir...



Les aspects techniques (prérequis techniques, services attendus et responsabilités des partenaires) doivent être définis (attentes) et suivi (qualité) dans la durée afin qu'ils ne soient pas un frein à votre projet.



Même si le financeur fournit certains services techniques (solution, réseau...), il est **indispensable de s'informer sur les couts de ces derniers (paquet de base, options à votre charges) et sur le niveau de service contractualisé** : c'est votre projet.



Les prérequis du réseau (bande passante et perte de paquet) sont à traiter dès le début dans la mesure où ils peuvent nécessiter des travaux / interventions dont la durée est parfois longue.

5. Les ressources humaines

5.1 Evaluer l'impact de la télémédecine sur les personnels

Le cadrage opérationnel de la démarche de mise en œuvre de la télémédecine doit mesurer l'impact de l'arrivée de cette modalité de prise en charge à travers deux réflexions essentielles :

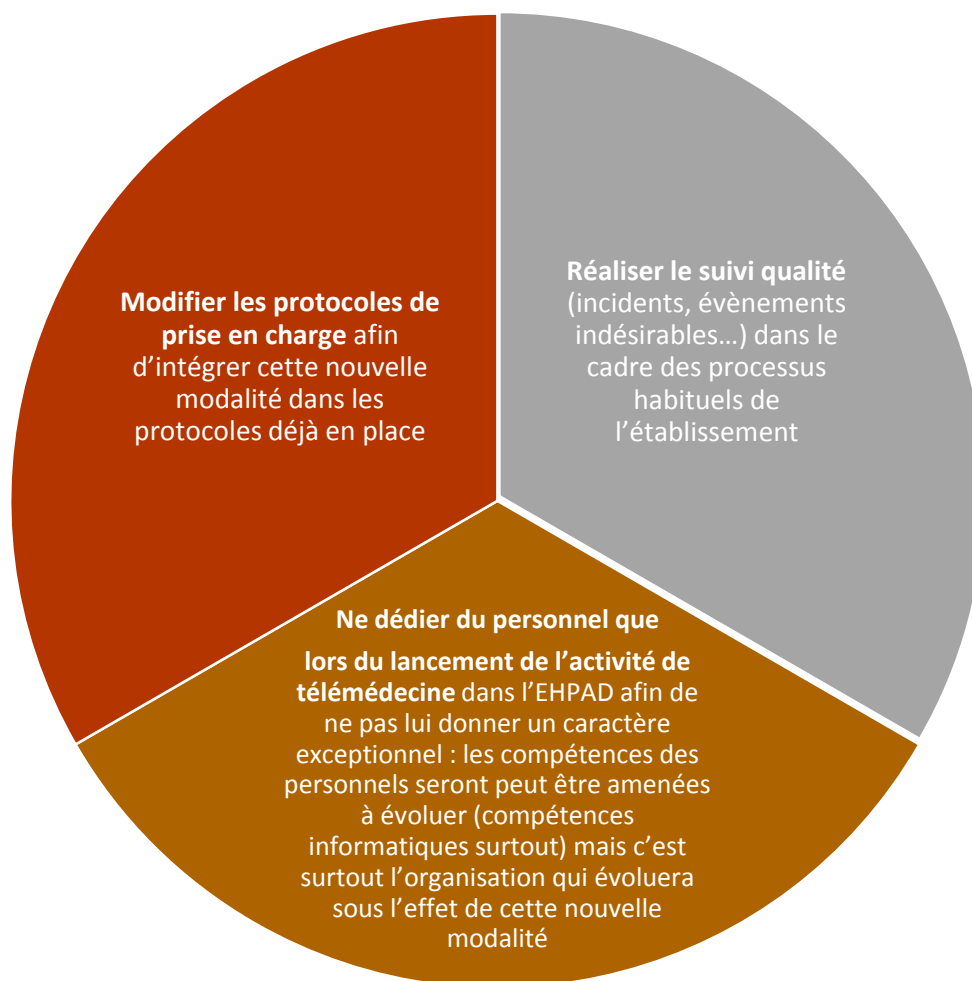
- **Quelles vont être les évolutions des pratiques professionnelles/organisationnelles induites par l'arrivée de la télémédecine** en termes de prise en charge (organisation et processus) mais aussi de compétences professionnelles ? En effet, les participants directs mais aussi l'ensemble des personnels des EHPAD vont être impactés par l'arrivée de la télémédecine : organisation médicale et logistique des actes de télémédecine, nouvelles possibilités de prise en charge médicale, utilisation plus intensive de l'informatique...
- **Quelle va être le niveau d'appréhension des personnels quant à l'usage accru de l'informatique ?** Il n'est pas évident que tous les personnels maîtrisent l'informatique et surtout plusieurs solutions informatiques parfois complexes qui nécessitent d'être utilisées en toute sécurité (pas de mauvaises manipulations, pas de pertes d'informations...)

Concernant la **réflexion sur l'évolution des pratiques professionnelles/organisationnelles induites par l'arrivée de la télémédecine**, certaines **Unions Territoriales**, comme la **Mutualité Française Loire**, ont choisi de laisser ces réflexions à l'initiative des médecins des EHPAD (après que ces derniers eurent suivis une formation à la télémédecine (formation TELEM'EHBOX) qui aborde ces aspects).

5.2 Intégrer la télémédecine dans les pratiques habituelles

Plusieurs régions, comme la **Mutualité Française Côtes d'Armor**, ont choisi de se doter de moyens dédiés à la télémédecine comme une cellule de coordination (en charge de l'organisation des actes de télémédecine, avec des moyens dédiés et pérennes) ou de personnels comme les assistants de télémédecine (réfèrent de l'EHPAD pour l'organisation des actes de télémédecine).

Ces solutions peuvent être difficilement maintenables dans le temps du fait de leurs coûts en matière de personnels (dans des EHPAD très largement sous contrainte budgétaire) : une des approches possible est d'**intégrer au maximum cette nouvelle modalité de prise en charge dans la pratique quotidienne et l'activité habituelle de l'établissement** en réalisant les activités suivantes (afin d'éviter l'effet « activité en silo ») :



Enfin, il convient de **ne pas négliger l'intérêt de cette nouvelle pratique en termes de montée en compétences** (partage des connaissances avec les spécialistes...) et de **formation des personnels** (possibilités de téléformation...). Une des possibilités, afin de favoriser une adoption facilitée de la solution consisterait à démarrer la télémédecine sur des modalités plus simple que la téléconsultation : par exemple par la télé expertise (pour le médecin puisse maitriser l'outil sur la plan informatique mais aussi médical) / la téléformation (pour les autres personnels afin de démystifier l'outil).

A retenir...



Tout projet peut avoir un **impact sur les ressources humaines** (organisation du travail, compétences nécessaires, stress...) : il est donc **indispensable d'anticiper cette dimension en se projetant sur les impacts possibles** et en mettant éventuellement les mesures adéquates (plan de formation, plan de conduite du changement...).



La pratique de la télémédecine ne deviendra qu'un **mode de prise en charge supplémentaire** que **le jour où cette modalité sera intégrée dans vos processus habituels** : il est donc nécessaire de **ne pas la traiter en dehors de vos pratiques habituelles** (incluse dans vos processus, personnels détachés ponctuellement le temps du démarrage...).

6. Les aspects juridiques et éthiques

6.1 Entreprendre les démarches juridiques au plus tôt

L'introduction de la télémédecine au sein des EHPAD nécessite de réaliser certaines démarches juridiques :

- **Signer un contrat avec l'ARS et des conventions de télémédecine entre les partenaires** comme le CHU/CH qui mettra à disposition des spécialistes (voire Charte de bonne pratique de la télémédecine) : certaines régions Mutualistes ont engagé ces démarches après avoir lancé leur projet mais cela a pris entre six et douze mois pour obtenir ces documents (pourtant standards) signés par les différentes parties, occasionnant des retards et longues suspensions de projet (à anticiper très largement donc)
- **Signer un contrat(s) de prestation(s) avec le(s) prestataire(s) technique(s)** (si besoin pour l'entretien des équipements par exemple)
- **Rédiger la demande d'autorisation CNIL** (simplifiée, normale et/ou chapitre X si vous opérez la solution)
- **Produire et diffuser une note d'information et de consentement patient** (au patient mais aussi aux familles, médecin traitant, tuteurs...) afin de lever/détecter les éventuelles oppositions
- **Signer un avenant éventuel au contrat d'assurance** (responsabilité civile professionnelle - RCP pour l'EHPAD mais aussi pour chacun des professionnels de santé impliqués)

Il est néanmoins possible, avec l'accord du financeur, de démarrer le projet sans attendre que tous les documents soient signés mais dans le cas contraire, ces délais deviendront une contrainte forte à même de stopper votre projet : **cette discussion doit donc avoir lieu avec le financeur avant même le lancement officiel du projet.**

La Mutualité Française Loire a testé des **dispositifs médicaux connectés** (dermatoscope et rétinographe) dans la cadre de son expérimentation : il convient donc dans ce cas de vérifier également la labellisation CE Médical de ces dispositifs médicaux.

6.2 Prendre en compte les obligations juridiques vis-à-vis de l'acte de télémédecine

Le cadre de la télémédecine en France est contraint par plusieurs articles de lois :

- **L'information et le consentement libre et éclairé du patient (à la charge de l'EHPAD) :**

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. **Certaines régions ont sollicité leur Comité Ethique** quant à cette obligation afin de définir des règles précises (délais, modalités pratiques...).

- **L'obligation d'assurance de l'établissement de santé des professionnels de santé (à la charge de l'EHPAD) :**

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.

- **La traçabilité des actes et des échanges entre acteurs de télémédecine (à la charge du GCS si vous n'opérez pas la solution) :**

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.

- **L'hébergement des données de santé à caractère personnel (à la charge du GCS si vous n'opérez pas la solution) :**

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 quatre 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.

Les obligations juridiques soulèvent souvent des **questions éthiques** : l'information et le consentement libre et éclairé du patient (écrits ? oraux ? à chaque acte ?), la traçabilité des actes et des échanges entre acteurs de télémédecine (écrits ? oraux ?)... le **Comité Ethique** est justement là pour examiner ces situations. Une discussion peut aussi avoir lieu avec le financeur sur ces questions afin de **trouver des réponses conformes au droit mais aussi pragmatiques** : recueil écrit de l'information et du consentement libre et éclairé du patient en début du projet et mention écrite de l'information et du consentement libre et éclairé du patient dans la demande électronique de l'acte par exemple afin de prouver l'information et le consentement libre et éclairé du patient.

A retenir...



Les démarches juridiques sont importantes : contrat avec l'ARS et d'éventuelle(s) convention(s) de télémédecine entre les partenaires comme le CHU/CH, **contrat(s) de prestation(s) avec le(s) prestataire(s) technique(s), demande d'autorisation CNIL, note d'information et de consentement patient** (au patient mais aussi aux familles, médecin traitant, tuteurs...) et **avenant éventuel au contrat d'assurance** (responsabilité civile professionnelle pour l'EHPAD mais aussi pour chacun des professionnels de santé impliqués). Elles doivent donc être **anticipées au maximum et faire l'objet de discussions et d'arbitrages avec le financeur.**



Les contraintes juridiques liées à l'acte de télémédecine (information et consentement libre et éclairé du patient...) sont génératrices de questions éthiques : le **Comité Ethique** doit examiner ces situations et cette démarche peut aussi être complétée par des **discussions et des arbitrages avec le financeur.**

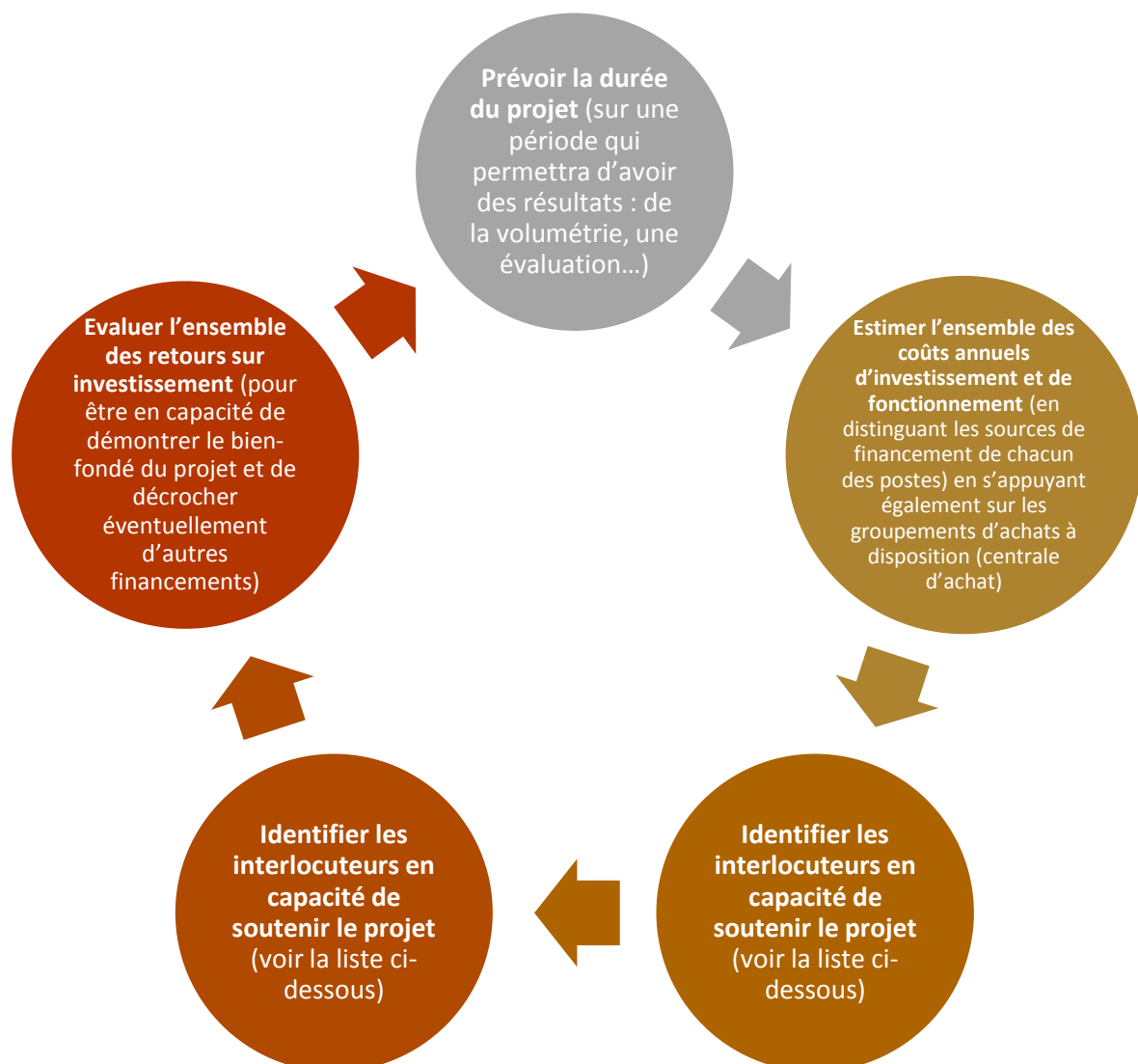
7. Les aspects financiers

7.1 Construire un budget dans la durée

La question du financement des projets et de l'activité de télémédecine est souvent présentée comme une des difficultés majeures, véritable frein au déploiement de la télémédecine 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.

Une région, la **Mutualité Française Isère**, a choisi de financer 200 actes de télémédecine auprès du CHU afin de favoriser un développement rapide de son projet.

La **construction du budget** peut s'appuyer sur la démarche suivante :



Les Unions Territoriales ont communiqué leurs **dépenses de projet (à titre indicatif)** :

- **Les investissements du projet au niveau de la Mutualité en Maitrise d'ouvrage** (chef de projet, coordonnateur médical) sont estimés entre 44 000 € (pour un 0,2 ETP de chef de projet et un 0,1 ETP de

coordination médicale) à 150 000 € (pour un 0,5 ETP de chef de projet et 0,4 ETP de coordination médicale) **par année**

- **Les investissements du projet au niveau de l'EHPAD** (équipements visio & audio & Pc, logiciel en EHPAD) vont de 3153 € à 7 000 € (cas pour un équipement de type chariot de télémédecine), hors infrastructure de salle (tirage de câble, aménagement / travaux de la salle)
- **Le coût de fonctionnement du projet au niveau de l'EHPAD sur deux ans** (dépenses liées au réseau, et à la maintenance équipement, éventuellement en leasing) va de 4000 € à 5184 € TTC (lorsqu'il s'agit du réseau)

Les projets Mutualistes n'ont été que **très peu financés par les GCS** (souvent uniquement les licences et le support de la solution et plus rarement quelques équipements). Certains financements publics et privés sont néanmoins mobilisables :

- Fonds européens (FEDER)
- Ministères de la Santé, de l'Industrie, de la Recherche...
- Assurance maladie par la rémunération des actes (C, CS...) : il n'existe pas encore de modèle(s) de financement généralisé(s) de l'activité de télémédecine. 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.
- ARS (FIR, DAF, FIR/ENMR, OGDPC...)
- Conseil régional, Préfecture de région, DATAR...
- Acteurs privés (industriels, complémentaires...)
- Via des dossiers de demande de financements à la Mutualité Française : **solution privilégiée par l'ensemble des Unions Territoriales en expérimentation**

L'ensemble des projets n'ont fait appel qu'à une seule source de financement.

7.2 Suivre et évaluer le budget

Au-delà de la construction du budget, il est essentiel de réaliser deux actions :

- **Suivre le budget de manière régulière** : cet outil de suivi recettes / dépenses s'intégrera dans les outils de gestion de projet.
- **Évaluer/ réévaluer tout aussi régulièrement le budget** : cette démarche trimestrielle doit permettre d'anticiper les risques et imprévus à venir mais aussi l'entrée de nouveaux EHPAD dans le projet (changement d'échelle) ainsi que de justifier de nouveaux besoins de financements par exemple auprès des financeurs.

A retenir...



Le **budget du projet, à bâtir** (sous la forme d'un **plan de financement prévisionnel**) doit se **construire dans la durée** et prendre en compte les éléments suivants : **l'ensemble des coûts annuels d'investissement et de fonctionnement** (en distinguant les sources de financement de chacun des postes), **la soutenabilité financière du projet** (au-delà des financements d'amorce: en régime de «croisière» sans financements dédiés) et l'ensemble des retours sur **investissement** pour démontrer le bien-fondé du projet et de décrocher éventuellement d'autres financements.



Le budget doit s'appuyer, si possible, **sur plusieurs sources de financements afin de diminuer les risques de coupures budgétaires et envisager ainsi un avenir au-delà de l'expérimentation** (mix public / privé).



Tout projet doit réaliser un **suivi budgétaire s'appuyant sur un outil de suivi recettes /dépenses** (idéalement intégré à la gestion de projet) : cela permettra le cas échéant de **réévaluer régulièrement ce budget** (à la hausse ou à la baisse) et de le justifier auprès des financeurs.

8. L'évaluation

8.1 Construire et réaliser sa propre évaluation de la télémédecine

La mise en place de nouvelles organisations de prise en charge nécessite une évaluation. La télémédecine n'échappe pas à cette règle.

Les projets de télémédecine sont habituellement financés par l'ARS (sauf dans le cas des projets des établissements mutualistes étudiés qui ont reçu un financement Mutualiste) et incluent parfois une évaluation médico-économique (pilotée habituellement par le financeur « majoritaire » de la solution). Néanmoins, les méthodes et résultats de l'évaluation ne sont pas toujours diffusés (par le financeur de la solution) et/ou compatible avec les moyens des établissements pour y contribuer (fourniture de données pour alimenter les indicateurs de l'évaluation).

Certaines régions étudiées souhaiteraient mener leur propre évaluation. Une seule a franchi le pas : la **MF Cotes-d'Armor** a décidé de mener une évaluation comparée sur deux territoires ayant les mêmes caractéristiques (éloignement des centres hospitaliers, structure des établissements médico-sociaux...) : l'un utilisant la télémédecine et l'autre non. Afin de mener à bien cette activité et de démontrer sa validité, la **MF Cotes-d'Armor** a fait appel à un économiste de la santé et à un sociologue (coûts inclus dès la demande de financement). D'autres régions ont inscrits dans le programme de mener également leur propre évaluation (sans que le cadre ne soit défini pour le moment).

Lors de la mise en œuvre d'une telle démarche, il est souhaitable de suivre les étapes suivantes :

Anticiper l'évaluation

- Planifier l'évaluation bien avant le début de la mise en place de l'organisation et l'étude (et même avant les éventuelles demandes de financement)
- Identifier les intervenants et acteurs concernés (mutualistes ou non), les impliquer très tôt

Construire l'évaluation

- Définir le « design de l'évaluation » : objectifs attendus (médicaux, accès au soin, financier, organisationnel), indicateurs qualitatifs / quantitatifs à étudier (en lien avec les objectifs poursuivis), le groupe contrôle (avant/après télémédecine, ...)
- Définir la fréquence (hebdomadaire, mensuelle...) et les modalités de collecte (manuelle, automatique...)
- Définir la durée de l'évaluation (date de début et de fin) : privilégier le début de l'évaluation quelques mois (trois à six mois) après le démarrage des premiers usages
- S'assurer de la capacité à suivre les indicateurs (organisation et tâches associées)

Identifier la contribution du système d'information à l'évaluation

- Si le dispositif technique intègre des composants supportant le recueil ou la saisie d'informations, il faut déterminer dans quelle mesure ces données peuvent servir à l'évaluation et ce dès la phase de conception du SI pour ajuster leur format ou structuration à cet objectif (afin de minimiser votre effort de collecte)

Pour déterminer les indicateurs, il est **nécessaire d'identifier ceux utilisés dans l'évaluation (réalisée par le financeur) et de s'appuyer sur une revue de la littérature.**

Nous vous proposons les trois indicateurs suivants :

1. **Un indicateur qualitatif sur la prise en charge : la satisfaction des patients et des professionnels de santé** (mesurée par des questionnaires)
2. **Un indicateur quantitatif sur l'accessibilité aux soins** : le délai moyen (en jours) entre la date de la demande de RDV en télémédecine et la date de tenue de l'acte de télémédecine (téléconsultation, téléexpertise...)
3. **Un indicateur quantitatif sur les coûts** : les économies réalisées (en euros) en coûts de transport (transferts sanitaires) / les économies réalisées (en euros) en terme de consommation de soin (plus difficile à définir objectivement)

Chaque projet étant particulier, il nous semble intéressant de proposer un **indicateur dit «circonstanciel»**: en fonction de la spécialité médicale impliquée dans le projet médical.

Par exemple, pour un **projet de Télé dermatologie**, on pourrait utiliser **l'évolution de la plaie** (à définir si c'est l'évolution de la couleur, de la taille, du temps de cicatrisation... qui sera retenu).

8.2 Utiliser les données de l'évaluation de la télémédecine

La **réalisation de sa propre évaluation** (en plus de celle qui pourrait être faite par l'ARS) doit permettre à chaque sponsor de projet / chef de projet / porteur médical de projet de :

- **Favoriser le développement des usages** à travers les données collectées pour alimenter les indicateurs (qui seront un entrant précieux pour le comité médical/scientifique pour l'animation des usages)
- **Assurer la promotion du projet à travers ses réussites tangibles** auprès des directions d'établissement, des Médecins Coordonnateurs... en effet, la télémédecine n'est pas une pratique reconnue par tous et qui doit encore convaincre à travers ses réalisations y compris au sein même des régions participantes à des projets de télémédecine.

A retenir...



Les enjeux et la défiance envers la télémédecine sont tels qu'il est **nécessaire de mener une évaluation du projet** : cette **démarche ne peut que valoriser votre projet en cas de succès** sur le plan médical, économique, organisationnel... et **justifier sa prolongation par exemple ou son extension** (plus d'EHPAD impliqués).



Cette **évaluation devra s'inscrire dans un cadre très strict** (évaluation indépendante, externe et avec des indicateurs définis et communiqués en début de projet) afin d'être pertinente et utilisable



Cette **évaluation doit aussi favoriser le développement des usages** à travers les données collectées pour alimenter les indicateurs et participer à la **promotion du projet à travers ses réussites tangibles** (aussi bien en interne que vis-à-vis de l'externe).

Points essentiels pour construire et lancer un projet de Télémédecine

1-Le cadrage du projet



Lancer un projet de télémédecine nécessite de **construire un projet médical** (idéalement co-construit avec tous les partenaires de la télémédecine) en balayant les thèmes suivants :

- **Analyse des besoins sanitaires/métiers** (spécialités requises et motifs de téléconsultation)
- **Apport de la télémédecine** (sur le plan médical)
- **Types d'actes mis en œuvre** (téléconsultation, téléexpertise, téléstaff... programmés ou non)
- **Estimation de la volumétrie** (cible mensuelle, annuelle et sur la durée de l'expérimentation en tenant compte de la montée en charge)



Lancer un projet de télémédecine nécessite d'**intégrer les dimensions (économiques, organisationnelles, humaines, techniques, juridiques, éthique en plus de la dimension médicale)**. Il est nécessaire de prendre en compte tous les **changements qui seront induits par l'arrivée de cette nouvelle pratique dans vos organisations**.



Lancer un projet de télémédecine nécessite de **définir la méthodologie de mise en œuvre (le cadrage opérationnel du projet)** en répondant aux questions suivantes :

- Quelle est la trajectoire de déploiement ?
- Quels sont les changements induits pour le patient et pour les professionnels impliqués ?
- Quel va être le protocole de prise en charge du patient en télémédecine ?
- Quelles sont les conditions / contraintes matérielles (logistique, techniques...) à prendre en compte dans ce projet ?
- Quelles sont les conditions / contraintes juridiques / éthiques (autorisations, assurances, consentement...) à prendre en compte dans ce projet ?

2-La gouvernance et la gestion de projet



Tout projet nécessite de mettre en place une gouvernance de projet (instances de pilotage, scientifique et de suivi opérationnel).





Cette gouvernance doit se décliner « localement » au niveau de l'EHPAD ou à minima, impliquer l'échelon local (l'EHPAD) même si le financeur (le Groupement de Coopération Sanitaire bien souvent) a ses propres instances de gouvernance de projet : votre gouvernance devra composer, sans redonder, avec leurs instances.



Cette gouvernance doit s'appuyer sur des **outils de suivi et de reporting** (rarement fournis par le GCS) : planning, gestion des risques, supports de présentation pour la gouvernance et des tableaux de suivi des charges et des livrables.


3-Les aspects techniques


 Les **aspects techniques (prérequis techniques, services attendus et responsabilités des partenaires)** doivent être **définis (attentes) et suivi (qualité) dans la durée** afin qu'ils ne soient pas un frein à votre projet.

 Même si le financeur fournit certains services techniques (solution, réseau...), il est **indispensable de s'informer sur les couts de ces derniers (paquet de base, options à votre charges) et sur le niveau de service contractualisé** : c'est votre projet.


 Les **prérequis du réseau (bande passante et perte de paquet)** sont à **traiter dès le début** dans la mesure où ils peuvent nécessiter des travaux / interventions dont la durée est parfois longue.


4-Les ressources humaines

 **Tout projet** peut avoir un **impact sur les ressources humaines** (organisation du travail, compétences nécessaires, stress...) : il est donc **indispensable d'anticiper cette dimension en se projetant sur les impacts possibles** et en mettant éventuellement les mesures adéquates (plan de formation, plan de conduite du changement...).


 La pratique de la télémédecine ne deviendra qu'un **mode de prise en charge supplémentaire que le jour où cette modalité sera intégrée dans vos processus habituels** : il est donc nécessaire de **ne pas la traiter en dehors de vos pratiques habituelles** (incluse dans vos processus, personnels détachés ponctuellement le temps du démarrage...).


5-Les aspects juridiques et éthiques


 Les **démarches juridiques sont importantes** : **contrat avec l'ARS et d'éventuelle(s) convention(s) de télémédecine entre les partenaires** comme le CHU/CH, **contrat(s) de prestation(s) avec le(s) prestataire(s) technique(s), demande d'autorisation CNIL, note d'information et de consentement patient** (au patient mais aussi aux familles, médecin traitant, tuteurs...) et **avenant éventuel au contrat d'assurance** (Réunions de Concertation Pluridisciplinaire pour l'EHPAD mais aussi pour chacun des professionnels de santé impliqués). Elles doivent donc être **anticipées au maximum et faire l'objet de discussions et d'arbitrages avec le financeur**.

 Les contraintes juridiques liées à l'acte de télémédecine (information et consentement libre et éclairé du patient...) sont génératrices de questions éthiques : le **Comité Ethique** est justement là pour examiner ces situations et cette démarche peut aussi être complétée par des **discussions et des arbitrages avec le financeur**.


6-Les aspects financiers


 Le **budget du projet, à bâtir** (sous la forme d'un **plan de financement prévisionnel**) doit se **construire dans la durée** et prendre en compte les éléments suivants : l'**ensemble des coûts annuels d'investissement et de fonctionnement** (en distinguant les sources de financement de chacun des postes), la **soutenabilité financière du projet** (au-delà des financements d'amorce: en régime de «croisière» sans financements dédiés) et l'ensemble des retours sur investissement pour démontrer le bien-fondé du projet et de décrocher éventuellement d'autres financements.


 Le budget doit s'appuyer, si possible, sur **plusieurs sources de financements afin de diminuer les risques de coupures budgétaires et envisager ainsi un avenir au-delà de l'expérimentation** (mix public / privé).

 Tout projet doit réaliser **un suivi budgétaire s'appuyant sur un outil de suivi recettes et dépenses** (idéalement intégré à la gestion de projet) : cela permettra le cas échéant de **réévaluer régulièrement ce budget** (à la hausse ou à la baisse) et de le justifier auprès des financeurs.

7-L'évaluation

 Les enjeux et la défiance envers la télémédecine sont tels qu'il est **nécessaire de mener une évaluation du projet** : cette **démarche ne peut que valoriser votre projet en cas de succès** sur le plan médical, économique, organisationnel... et **justifier sa prolongation par exemple ou son extension** (plus d'EHPAD impliqués).

 Cette **évaluation devra s'inscrire dans un cadre très strict** (évaluation indépendante, externe et avec des indicateurs définis et communiqués en début de projet) afin d'être pertinente et utilisable

 Cette **évaluation doit aussi favoriser le développement des usages** à travers les données collectées pour alimenter les indicateurs et participer à la **promotion du projet à travers ses réussites tangibles** (aussi bien en interne que vis-à-vis de l'externe).



**FONDATION
DE L'AVENIR**
Accélérateur de progrès médical

