

Université de Lille

Faculté Ingénierie et Management de la Santé (ILIS)
Master Management Sectoriel.

Corentin MARCHE

Mémoire de fin d'études de la 2ème année de Master

La télémédecine en EHPAD : Quels sont les freins et les leviers du développement de la télémédecine en EHPAD ?

Sous la direction de Monsieur Etienne LAVISSE

Master Management Sectoriel,
Spécialité "Management des structures médico-sociales",
Année universitaire 2018/2019.

Composition des membres du jury :

Président du jury : Monsieur Stanislas WOCH, responsable de la spécialité « Management des structures médico-sociales »

Directeur de mémoire : Monsieur Etienne LAVISSE, professeur à ILIS, Consultant

Troisième membre du jury : Monsieur Eric BATCAVE, Directeur du pôle Médico-Social AHNAC

Date de soutenance : Mercredi 25 septembre 2019 – 16H00

Faculté Ingénierie et Management de la Santé (ILIS)

42, rue Ambroise Paré

59120 - LOOS



Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier Monsieur Etienne LAVISSE, mon directeur de mémoire, pour ses conseils et la qualité de son accompagnement tout au long des réflexions qui ont contribué à l'élaboration de ce travail.

Je me dois également de remercier toutes les personnes qui ont eu la gentillesse de participer à des entretiens :

- ✚ Monsieur Pierre SIMON et Monsieur Pierre ESPINOZA, tous deux médecins et experts de la télémédecine depuis plus de 20 ans.
- ✚ Madame Céline DELVAL BUGNY Chargée de mission planification personnes âgées, ARS Hauts-de-France.
- ✚ Mme Sabine TIRRELLI, et Mme Carole THIEFFRY, Directrice et IDEC de l'EHPAD « Maison St Jean » à Lille
- ✚ Dr Marie PLAYE, Dr Isabelle DELABRIERE et Dr Cédric GAXATTE médecins spécialistes au CHU de Lille
- ✚ Dr Marie DUBOIS, Médecin coordonnateur à l'EHPAD « Le Clos Fleuris » à St André-lez-Lille
- ✚ Dr Sophie ROHART, Médecin coordonnateur à l'EHPAD « St Jean » à Laventie
- ✚ Monsieur Laurent ZANNIER, Directeur des système d'information du groupe AHNAC
- ✚ Monsieur Karl OPSOMER, Directeur de l'EHPAD « Les Charmilles » à Saint-Saulve
- ✚ Monsieur Pascal PRADARELLI, Directeur de l'EHPAD « La Jonquière » à Honnecourt-sur-Escaut

Leur confiance, la richesse et la diversité de leurs expériences ont grandement contribué à l'élaboration de ce travail.

Au-delà du cadre de mémoire, où il aura notamment su apporter son savoir-faire, je tiens à remercier Monsieur Stanislas WOCH. De manière générale je voudrais remercier tous les autres intervenants de l'ILIS, pour tous les cours dispensés pendant cette année. Ceux-ci

étaient particulièrement intéressants et formateurs pour se lancer dans la vie professionnelle.

Enfin, il est nécessaire de remercier chaleureusement ma famille et mes amis, pour tout le soutien moral qu'ils ont su m'apporter pendant les mois de recherches, d'analyses et de rédaction.

Bien que le travail présenté dans le cadre de ce mémoire est individuel, il est important pour moi de citer toutes les personnes évoquées ci-dessus, car elles ont toutes participées, de manière différentes, à la richesse du résultat final.

Résumé

La télémédecine en EHPAD, quels sont les freins et les leviers du développement de la télémédecine en EHPAD.

Corentin MARCHE, Master 2 MES, ILIS, 2018-2019

Introduction : Depuis plusieurs années, l'augmentation de l'espérance de vie et l'apparition des pathologies liées à l'âge rendent l'accompagnement des seniors de plus en plus complexe. Dans les structures d'hébergement pour personnes âgées, la prise en charge de la dépendance et du soin est un réel défi. Dans ce contexte la médecine à distance est présentée comme un moyen pour améliorer l'accès aux soins des populations isolées, fragiles et âgées. Le développement de cette pratique est aujourd'hui encouragé par les politiques, cela se concrétisant par la création de textes de lois et d'une récente tarification des actes. Depuis 2013 des expérimentations de télémédecine en EHPAD se développent partout en France. A travers ce mémoire de recherche, nous avons souhaité élaborer un document susceptible d'aider des porteurs de projet en identifiant les freins et les leviers à la mise en place de ce type de dispositif.

Méthode : Le cadre de ce travail repose dans un premier temps sur une étude littéraire du sujet. Par la suite, nous nous sommes rendus sur le terrain pour rencontrer des pionniers de la télémédecine, l'Agence Régionale de Santé (ARS), des médecins spécialistes et des professionnels exerçant en structures médico-sociales. Le fruit des différents entretiens nous a permis d'avoir des regards différents sur cette thématique et de mettre en exergue les éléments clés de réussite d'un projet de télémédecine en EHPAD.

Résultats : L'ensemble des professionnels de santé s'accorde sur le fait que la télémédecine permet de répondre en partie aux besoins d'accès aux soins spécialisés. Les expériences de chacun nous ont permis d'identifier des facteurs clés de réussite qui sont : un projet médical correspondant à un besoin, une gouvernance forte portée par des acteurs pilotes, la co-construction d'un cahier des charges organisationnel et technique, une bonne communication et coordination entre les acteurs et enfin un modèle économique pérenne. Bien que nous sommes aujourd'hui aux prémices du développement de la télémédecine, les acteurs interrogés ayant testé le dispositif sont unanimes sur le fait que demain ce type de médecine s'intégrera de manière indiscutable dans les pratiques médicales courantes.

Sommaire

REMERCIEMENTS	2
RÉSUMÉ	4
INTRODUCTION	6
I. TÉLÉMÉDECINE ET EHPAD	8
LA TÉLÉMÉDECINE.....	8
1. <i>Définition</i>	8
2. <i>Contexte</i>	8
3. <i>Pratiques et enjeux</i>	9
4. <i>Cadre réglementaire et tarification</i>	11
5. <i>Télémédecine à l'internationale</i>	14
LA TÉLÉMÉDECINE EN EHPAD	16
1. <i>Contexte et réglementation en EHPAD</i>	16
2. <i>Les objectifs et intérêts de la télémédecine en EHPAD</i>	22
II. ENTRETIENS, EXPÉRIMENTATIONS ET PERSPECTIVES	24
ENTRETIEN DES PROFESSIONNELS.....	24
1. <i>Méthodologie des entretiens</i>	24
2. <i>Recueil et analyse des données</i>	25
3. <i>Les limites des entretiens</i> :.....	26
RETOURS D'EXPÉRIENCES DES STRUCTURES	26
1. <i>Présentation des différents projets</i>	26
2. <i>Les freins à la mise en place du projet</i>	38
3. <i>Les leviers à la mise en place du projet</i>	41
LES PERSPECTIVES D'AVENIR DE LA TÉLÉMÉDECINE.....	43
III. GUIDE POUR LA MISE EN PLACE D'UN DISPOSITIF DE TÉLÉMÉDECINE EN EHPAD	45
A. <i>L'AVANT-PROJET (ANALYSE DES BESOINS)</i>	45
B. <i>LA CONCEPTION DU PROJET MÉDICAL ET L'ORGANISATION</i>	46
C. <i>LE CAHIER DES CHARGES ORGANISATIONNEL</i>	48
D. <i>LE CAHIER DES CHARGES TECHNIQUE</i>	49
E. <i>LA COMMUNICATION ET LA FORMATION</i>	50
F. <i>LE SUIVI ET ÉVALUATION</i>	51
G. <i>MODÈLE ÉCONOMIQUE</i>	51
H. <i>LES 15 QUESTIONS À SE POSER AVANT DE SE LANCER DANS UN PROJET DE TÉLÉMÉDECINE</i>	53
CONCLUSION	54
BIBLIOGRAPHIE	56
ILLUSTRATIONS / TABLEAUX	59
GLOSSAIRE	60
ANNEXES	61

Introduction

En France, selon les prévisions de l'INSEE, les personnes âgées de 60 ans et plus sont aujourd'hui au nombre de 15 millions. Elles seront 20 millions en 2030 et près de 24 millions en 2060. La population très âgée (plus de 85 ans) passera de 1,4 millions aujourd'hui à 5 millions en 2060. [1]

Pour cette même année, l'INSEE projette un allongement de l'espérance de vie de 78,4 ans à 86 ans pour les hommes et de 84,8 ans à 91,1 ans pour les femmes.

En résumé, nous allons constater un vieillissement global de la population dans les 40 prochaines années. Dans ce contexte, une autre forme de pratique médicale et d'accompagnement doit être envisagée au service de cette population.

En France mais également à l'international, le développement de la télémédecine génère beaucoup d'espoirs chez les pouvoirs publics. Avec le vieillissement de la population et le développement des maladies chroniques, l'attention se tourne de plus en plus vers les leviers numériques et technologiques. Ces derniers pourront peut-être restructurer une nouvelle offre de soins durables. Les principaux chantiers consistent à améliorer la coordination sur les territoires en terme d'accès et de qualité des soins et maîtriser et optimiser les dépenses de santé.

Les Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) hébergent aujourd'hui des populations de plus en plus dépendantes, fragiles, avec des pathologies souvent multiples. Ce phénomène d'EHPAD médicalisé ne va que s'accélérer au fil des années. Les gestionnaires d'EHPAD doivent dès lors trouver des solutions d'accès aux soins et d'avis médicaux. Pour les EHPAD la télémédecine pourrait-être une des solutions permettant de faciliter les liens entre des médecins et spécialistes pour la santé du résident.

Depuis la définition de la télémédecine par l'OMS en 1997, de nombreuses expérimentations ont été réalisées. Aujourd'hui, quel bilan pouvons-nous tirer de ces expériences ?

Dans ce mémoire de fin d'étude, nous allons réaliser un état des lieux de la télémédecine en EHPAD, en nous attachant aux freins et aux leviers permettant le développement de ce type de projet.

L'objectif global étant que ce mémoire puisse, de manière pratique, aider, informer et guider un établissement qui souhaiterait s'engager dans cette démarche.

Pour cela nous allons dans un premier temps aborder la thématique de la télémédecine de manière générique et contextuelle en définissant en particulier les types d'actes et leurs enjeux dans les Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes.

Dans une seconde partie, une étude sur le terrain au contact de différents acteurs nous permettra de faire des retours d'expérience de différents projets de télémédecine en EHPAD.

La dernière partie, plus pratique, sera construite sous forme de guide. Elle reprendra les éléments clés pour la mise en place d'un projet de télémédecine en EHPAD. Ce guide méthodologique pourra être consulté de manière indépendante aux autres parties.

I. Télémédecine ET EHPAD

La télémédecine

1. Définition

La télémédecine a été définie pour la première fois en 1997 par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Elle s'inscrit comme étant « La partie de la médecine qui utilise la transmission par télécommunication d'informations médicales (images, comptes rendus, enregistrements, etc.), en vue d'obtenir à distance un diagnostic, un avis spécialisé, une surveillance continue d'un malade, une décision thérapeutique ». [1]

Par la suite, la loi française « Hôpital, Patients, Santé, Territoires » mettra l'accent sur les acteurs en parlant « d'une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication qui 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 » [2]

2. Contexte

Comme nous l'explique le Docteur Pierre SIMON (ANNEXE 1), la télémédecine existe en réalité depuis presque une centaine d'années. A chaque fois que la médecine a été confrontée à des soins à distance, les médecins ont trouvé des réponses à ces besoins. Tout d'abord avec « le Téléx » qui était un réseau de téléscribes mis en place à partir des années 1930. Dans les années 60 le téléphone va améliorer nettement la qualité des communications. L'arrivée de l'Internet dans les années 2000 et du smartphone en 2007 va révolutionner les modes de communications qui vont gagner en simplicité en fiabilité et en confort. **Ces innovations numériques ont permis le développement de différentes applications de télémédecine.**

Parallèlement à cela, la société a également fondamentalement changé. Nous sommes rentrés dans une aire de consommation immédiate d'avis médicaux. C'est une des problématiques de la médecine du 21^{ème} siècle où les médecins ne sont pas ou peu formés (en dehors d'une urgence vitale) à faire de la médecine immédiate.

En Novembre 1999 l'Ingénieur informaticien australien John Mitchell présentait au Congrès International de Télémedecine à Londres, le concept tout nouveau de l'e-santé. Celui-ci devait : "remplacer la télémedecine, propriété des professionnels de santé". [3]

Les promesses étaient alors que l'e-santé devait en 10 ans changer radicalement notre système de santé et le mode d'accès aux soins en donnant aux citoyens la possibilité de gérer leur santé sans avoir à subir le "*paternalisme*" du médecin.

C'est en suivant cette dynamique que la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) a lancé en 2000 le plan e-santé permettant aux établissements de financer l'investissement d'outils numériques. [4]

4 ans plus tard, en 2004 le ministère de la santé a levé l'interdiction d'exercer la télémedecine à distance en inscrivant la pratique de la télémedecine dans la loi relative à l'assurance maladie. [5]

En Novembre 2008, le rapport interministériel "*la place de la télémedecine dans l'organisation des soins*" par Simon-Acker, fait état de l'échec du plan e-santé. **Il met notamment en exergue plusieurs freins comme les incertitudes juridiques, le modèle médico-économique imprécis, les craintes de l'assurance maladie, et l'implication des professionnels trop peu présente.** [6]

3. [Pratiques et enjeux](#)

Pour comprendre les enjeux et les réglementations liés à la télémedecine il convient de définir quelles en sont les différentes pratiques.

Les 5 actes de télémedecine inscrit dans le code de santé public sont [7] :

La téléconsultation

« Elle 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 ». Elle est

nécessairement synchrone et nécessite des outils de communication comme des webcam, casques, micro ...

La télé-expertise

« Elle 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 du patient ». Elle peut être synchrone ou asynchrone.

La télésurveillance médicale

« La télésurveillance permet 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 ».

Elle peut être synchrone dans le cas où les patients de par leurs maladies nécessitent une plateforme de télésurveillance en directe 24H/24 et 7J/7.

Elle peut être asynchrone lorsque le médecin analyse les données médicales recueillies plusieurs jours ou plusieurs semaines auparavant.

La téléassistance médicale

« Elle permet à un professionnel médical d'assister un autre professionnel de santé au cours de la réalisation d'un acte ».

Elle concerne principalement les professionnels de santé non-médicaux qui sont inscrits dans un parcours de soins structurés par la télémédecine et piloté par un professionnel de santé médical.

La régulation médicale

« Elle apporte une réponse médicale dans le cadre de la régulation médicale ».

Comme nous l'avons évoqué en introduction, la télémédecine est un levier fondamental de la mise en place de nouvelles organisations. Son déploiement sur le territoire constitue donc un facteur clé d'amélioration de l'efficacité de notre système de santé. Son usage pourrait constituer des réponses organisationnelles et techniques aux nombreux défis :

- ✚ **Epidémiologique**, avec un vieillissement de la population attendu, et l'augmentation de personnes souffrantes de maladies chroniques
- ✚ **Démographique**, avec une répartition inégale des professionnels de santé sur les territoires
- ✚ **Economique**, avec des budgets de plus en plus restreints et des contraintes médico-économiques de plus en plus fortes

En 2011 le souhait de développement de la télémédecine en France s'est décliné par « le plan stratégique national de déploiement de la télémédecine » élaboré par la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS). [8]

Suite à cela, un comité de pilotage national a identifié 5 priorités qui sont [9]:

- ✚ **L'imagerie médicale et la permanence des soins**
- ✚ **La prise en charge de l'AVC**
- ✚ **Les soins spécialisés en prison**
- ✚ **La télésurveillance médicale des maladies chroniques**
- ✚ **La télémédecine en structures médico-sociales et en hospitalisation à domicile**

C'est sur cette dernière thématique que nous allons nous intéresser plus particulièrement.

4. [Cadre réglementaire et tarification](#)

Suite aux préconisations de la commission européenne et du rapport interministériel, la France qui souhaitait développer la télémédecine a inscrit ce principe dans le droit national. C'est ainsi que **le 21 Juillet 2009 la télémédecine est définie pour la première fois dans la loi Hôpital Patient, Santé, Territoire.**

Par la suite, le décret du 19 Octobre 2010 et ses articles R. 6316-1 à R. 6316-11 précise les conditions de mise en œuvre et définit les 5 actes de télémédecine : la téléconsultation, la télé-expertise, la télésurveillance, la téléassistance, la régulation médicale. [10]

Ce décret rappelle également les droits fondamentaux de tout patient vis-à-vis d'un médecin peu importe le modèle de consultation. La mise en œuvre du projet de télémédecine doit respecter un certain cadre déontologique comme par exemple l'information et le consentement du patient, le respect de la confidentialité et la sécurisation des données médicales. En cas de refus d'un patient la loi prévoit qu'une consultation en présentielle plus traditionnelle devra être envisagée.

L'article 36 de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS) 2014 définit un programme national nommée « **ETAPES** » (Expérimentations de Télémédecine pour l'Amélioration du Parcours En Santé) [11]. Il prévoit de déployer la télémédecine par des téléconsultations, télé expertises et de la télésurveillance pour 4 maladies chroniques des patients poly pathologiques en médecine de ville ou pour l'ensemble des résidents des structures médico-sociales. Neuf régions sont alors définies comme expérimentatrices pour 4 ans (Alsace, Basse-Normandie, Bourgogne, Centre, Haute-Normandie, Languedoc Roussillon, Martinique, Pays-de-la-Loire, Picardie).

L'article 47 et 91 de la LFSS de 2017, prolonge le dispositif d'une année et permet d'étendre les expérimentations à l'ensemble des régions de France sous réserve de répondre à un cahier des charges précis. [12]

L'article 54 de la LFSS de 2018 reconduit l'expérimentation ETAPES pour une durée de 4 ans. [13]

Le 28 Avril 2016 un arrêté précise que le médecin ou l'infirmière réalisant un acte de téléconsultation seront rémunérés 28€ par acte. Pour une télé-expertise la rémunération est de 14€ par acte. [14]

Jusqu'en 2018 la télémédecine a été déployée dans un cadre expérimental. Les financements été alors alloués par des fonds d'interventions régionaux. L'objectif étant de préparer un financement de droit commun pour cette même année.

Le 14 Juin 2018, un accord sous forme de convention a été conclu entre l'assurance maladie et les représentants des médecins libéraux. **C'est l'avenant 6 à la convention médicale de 2016** [15]. Ce texte prévoit le remboursement à partir de Septembre 2018 des actes de téléconsultation et Février 2019 les actes de télé expertise.

Cet avenant a été signé en juin par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam) et les cinq syndicats représentatifs des médecins libéraux. [16]

Il inscrit la fin des expérimentations de financement des actes de téléconsultation et de télé-expertise engagées par la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS). **Les prises en charge d'acte de télémédecine entrent désormais dans un financement de droit commun.** [17]

La télésurveillance reste toutefois financée de façon expérimentale pendant quatre ans.

Il détaille notamment le montant des rémunérations prévues pour les professionnels de santé impliqués et les conditions à respecter pour pratiquer la télémédecine, notamment en termes de sécurité des données médicales et d'organisation des soins.

Le remboursement des téléconsultations est entré en vigueur à partir du 15 septembre 2018.

Les tarifications reprennent les mêmes principes qu'une consultation classique, avec une tarification de 25 et 30 euros selon les cas.

Ces téléconsultations doivent s'inscrire de manière sécurisée dans le respect d'un parcours de soins coordonné et passer soit par des médecins de villes ou par des organisations locales comme les centres de santé ou les CPTS.

La télé-expertise est définie dans l'avenant comme « l'expertise sollicitée par un médecin dit médecin requérant » et donnée par un médecin dit 'médecin requis', en raison de sa formation ou de sa compétence particulière, sur la base d'informations ou d'éléments médicaux liés à la prise en charge d'un patient".

Depuis Février 2019 les remboursements des actes de télé-expertise sont effectifs pour les patients en affection de longue durée (ALD) ou atteints de maladies rares, les patients résidant en zones sous-denses ou en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ou encore les détenus. [18]

L'avenant définitif a retenu les deux niveaux de télé-expertise.

La télé-expertise de niveau 1 définie comme un avis donné sur une question circonscrite, sans nécessité de réaliser une étude approfondie d'une situation médicale. Prise en compte du contexte clinique, analyse de documents en nombre limité (photographie, résultat d'examen complémentaire isolé, données cliniques) fixée à 12 € par acte, dans la limite de 4 par an et par médecin pour un même patient. [19]

La télé-expertise de niveau 2 définie comme "un avis circonstancié donné en réponse à l'exposition d'une situation médicale complexe après étude approfondie et mise en

cohérence". Pour cet acte, la rémunération est de 20 €, dans la limite de deux par an et par médecin, pour un même patient.

Le médecin requérant percevra quant à lui un forfait de 5 € par télé-expertise de niveau 1 et de 10 € pour le niveau 2, avec un maximum de 500 € par an.

Pour la télé-expertise comme pour la téléconsultation, le consentement du patient doit être recueilli, et un compte rendu doit être réalisé et transmis au médecin demandeur pour être associé au dossier du patient.

Une aide forfaitaire a été négociée pour accompagner les médecins dans l'équipement du matériel nécessaire pour pratiquer la télémédecine.

La CNAM précise que l'investissement financier global pour la prise en charge de la télémédecine en France est de 40 millions d'euros. Cela permettra de financer en grande partie les actes de télé-expertise. Le remboursement des actes de téléconsultation va venir s'équilibrer avec la baisse des consultations de visu et aura donc une incidence économique moindre.

Concernant les cabinets médicaux un dispositif spécifique a été mis en place par la convention médicale de 2016 : le forfait structure. Il s'agit d'une aide financière permettant de faciliter la gestion du cabinet au quotidien. Elle permet selon une grille d'indicateur à compléter, de financer le coût des équipements dans les cabinets pour par exemple du matériel de télémédecine. [20]

5. [Télémédecine à l'internationale](#)

Aujourd'hui la télémédecine existe dans tous les pays développés. Si nous voulons comparer le développement des pratiques de télémédecine il est important de s'intéresser au contexte de chaque pays. **Les pays pionniers ont été le Canada, les Etats-Unis et les pays d'Europe du Nord.** [21] Dans ces pays les contraintes géographiques, les faibles densités de population et les conditions climatiques difficiles ont obligé les pouvoirs publics à réfléchir à de nouveaux modes de prises en charge des populations. Différentes applications de télémédecine se sont alors développées : la téléconsultation, la télé-expertise et la télésurveillance. Comme l'indique le Dr ESPINOZA dans un entretien, « *Dans les pays nordiques la culture de la télémédecine a très bien été intégrée, il n'y a pas eu les freins que nous avons constaté en France. Dans ces pays les professionnels de santé, médecins, infirmiers, kiné ont tous des notions de télémédecine au cours de leurs formations* »

Selon le Dr SIMON, deux modèles de télémédecine se sont peu à peu détachés. [22]

Le premier modèle est la « **télémédecine informative** » portée par les pays d'influence anglo-saxonne. Ce modèle correspond à « toute forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication pour transmettre en toute sécurité des données de santé à caractère personnel par le texte, le son, l'image ou d'autres moyens rendus nécessaires pour assurer la prévention, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients ». L'élément fondamental de ce modèle est le dossier patient informatisé (DPI) portée par des éditeurs de logiciel de système d'information hospitalier.

Le second modèle est la « **télémédecine clinique** ». Initiée par la médecine clinique française du 19^{ème} au 20^{ème} siècle, elle est définie comme « toute forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication, permettant de réaliser des actes médicaux mettant en rapport les patients, et les professionnels de santé ».

La distinction entre ces deux formes de télémédecine est essentielle. Pour la télémédecine informative le droit à la concurrence est régit par des directives européennes. Contrairement à la télémédecine clinique qui en France relève du code de santé publique.

Dans le monde, le modèle dominant est la télémédecine informative portée par des industriels puissants.

En Afrique, sur un continent qui ne bénéficie pas du même maillage sanitaire que les pays plus développés, le besoin de médecine à distance s'est fait ressentir dès les années 1990. Dans les pays d'Afrique subsaharienne, les objectifs communs étaient de réduire les inégalités d'accès aux soins et de lutter contre la mortalité maternelle et infantile. Pour se rendre compte de l'envergure du défi africain, nous pouvons citer quelques chiffres de l'OMS [23] :

- 🚩 620 Millions : Le nombre d'africains vivants sans électricité sur une totalité de 1,2 milliard d'habitants sur le continent
- 🚩 25% : La charge de morbidité mondiale que représente à elle seule l'Afrique subsaharienne
- 🚩 1% : Le budget des dépenses mondiales de santé alloué à l'Afrique subsaharienne
- 🚩 34 : le nombre de pays africains classés en pénurie critique de personnels de santé (sur 57 répertoriés)

Il faut donc pour ce continent et en particulier pour l'Afrique subsaharienne augmenter les ressources de santé quantitativement et qualitativement de manière à décupler l'impact sur les territoires.

Aujourd'hui pour le continent Africain les perspectives de développement sont décomposées en 3 défis majeurs.

Le premier consiste à **alimenter le continent en électricité et en équipements médicaux**. Pour cela des participations financières internationales et publiques ont été mobilisées.

Le second est celui de **l'accès aux nouvelles technologies et aux outils de l'information et de la communication**.

Le troisième porte sur **le financement global et pérenne des infrastructures, des matériels et des professionnels**.

La télémédecine en EHPAD

1. [Contexte et réglementation en EHPAD](#)

Pour comprendre le contexte actuel, il convient dans un premier temps d'apporter quelques points de précisions sur l'évolution des établissements d'hébergement pour personnes âgées à travers le temps.

Dans les années 1950, en période d'après-guerre, les structures hébergeant des personnes âgées sont appelées « hospices ». Elles se rapprochaient de par leurs fonctionnements au système sanitaire de l'époque. Mais très rapidement l'augmentation du niveau de vie des populations françaises va conduire à un changement de terminologie. La loi du 30 Juin 1975 fait entrer la notion de « maison de retraite » et offre le choix entre des établissements médicalisés ou non. La majorité des établissements de cette époque ont comme vocation principale « l'hôtellerie ». Un nouveau nom plus séduisant pour les seniors rentre alors dans le langage courant, on parle de « résidences ». Peu à peu la notion de médicalisation commence à s'intégrer dans le fonctionnement de ces résidences, leurs caractéristiques changent. Les gestionnaires recrutent et salarient des aides-soignants, des infirmiers ainsi que des médecins. La prise en charge des populations moins autonomes nécessitant des médicaments devient possible pour une partie des structures. [24]

La réforme de 1996 appelée plus communément « ordonnances Juppé » et les arrêtés du 26 avril 1999 vont définir les fondements actuels du fonctionnement des ESMS. Désormais et quel que soit leur statut les établissements bénéficient de la notion d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) et obtiennent les moyens financiers d'une médicalisation. Pour aller plus loin dans l'objectif d'amélioration de l'encadrement soignant et de la qualité de vie des résidents, les EHPAD vont signer des conventions tripartites avec l'Etat et le Département. En contrepartie, ces derniers s'engagent à offrir des financements censés permettre de répondre aux besoins. En 2007 la création des notions de « Pathossification » et de « Girage » permet d'évaluer selon certains critères les besoins en soins et le niveau de dépendance des résidents. L'objectif étant d'avoir une visibilité sur la médicalisation des EHPAD et d'allouer les financements en conséquence.

Ce parcours à travers les époques nous amène à un état des lieux actuels où, malgré les efforts réels du gouvernement pour faire évoluer les établissements dans une prise en charge et un accompagnement adapté, les manques demeurent importants. **Les gestionnaires doivent actuellement faire face à une période de turbulences liée aux insuffisances de moyens et de réponses à des sujets primordiaux tel que l'accompagnement au quotidien des usagers.**

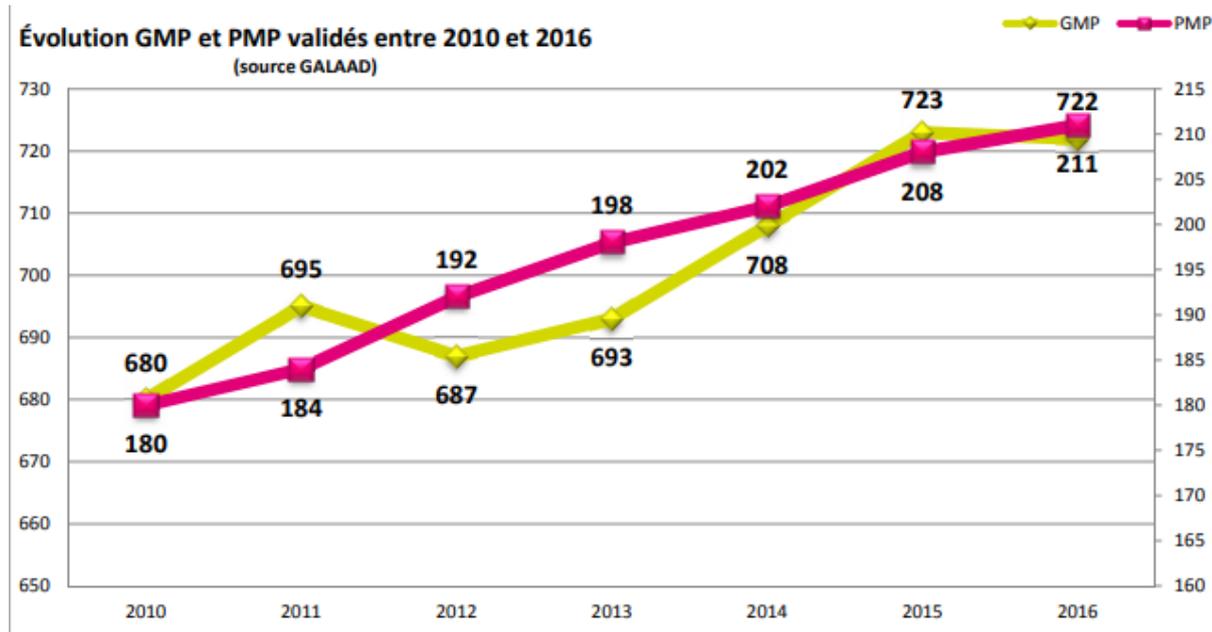


Figure 1: Evolution des GMP et PMP entre 2010 et 2016

Ce graphique illustre l'évolution du Gir Moyen Pondéré et du Pathos Moyen pondéré dans les EHPAD français entre 2010 et 2016. [25]

Le PATHOS est un outil permettant d'évaluer les besoins en soins requis en fonction des pathologies des résidents des EHPAD. Une évaluation médicale de la situation des résidents doit être effectuée au moins tous les cinq ans. Cette évaluation validée par l'ARS va déterminer le niveau moyen de besoin en soins. C'est ce qu'on appelle le Pathos Moyen Pondéré ou « PMP »

La valeur intervient dans le calcul des ressources financières de l'Assurance Maladie dont pourront bénéficier les EHPAD. En d'autres termes, plus la valeur du PMP est élevée, plus le besoin en soins des résidents est important.

Sur un autre versant le Groupe Iso Ressource (GIR) est utilisé pour estimer le niveau de perte d'autonomie de chaque résident en EHPAD. Comme pour l'estimation du PMP, cette évaluation est actualisée régulièrement dans les EHPAD grâce à un certain nombre de critères. L'ensemble des GIR de chaque résident donne le GMP (Gir Moyen Pondéré). Plus la valeur du GMP est élevée, plus le niveau moyen de perte d'autonomie des résidents est important.

Le PMP a augmenté de 17 % et le GMP de 6% de 2010 à 2016 et continu d'augmenter aujourd'hui. Plusieurs explications peuvent être envisagées pour expliquer cet accroissement du niveau de perte d'autonomie et des besoins en soins. La première pourrait être la réussite de la politique de maintien à domicile qui depuis plusieurs années permettent aux personnes âgées de retarder l'arrivée en structure. L'âge moyen d'entrée en EHPAD est passé de 83 ans en 2007 à 86 ans en 2015. [26]

La seconde explication pourrait être d'ordre économique. Le coût d'hébergement augmente et les ressources financières et les aides ne sont pas toujours suffisantes.

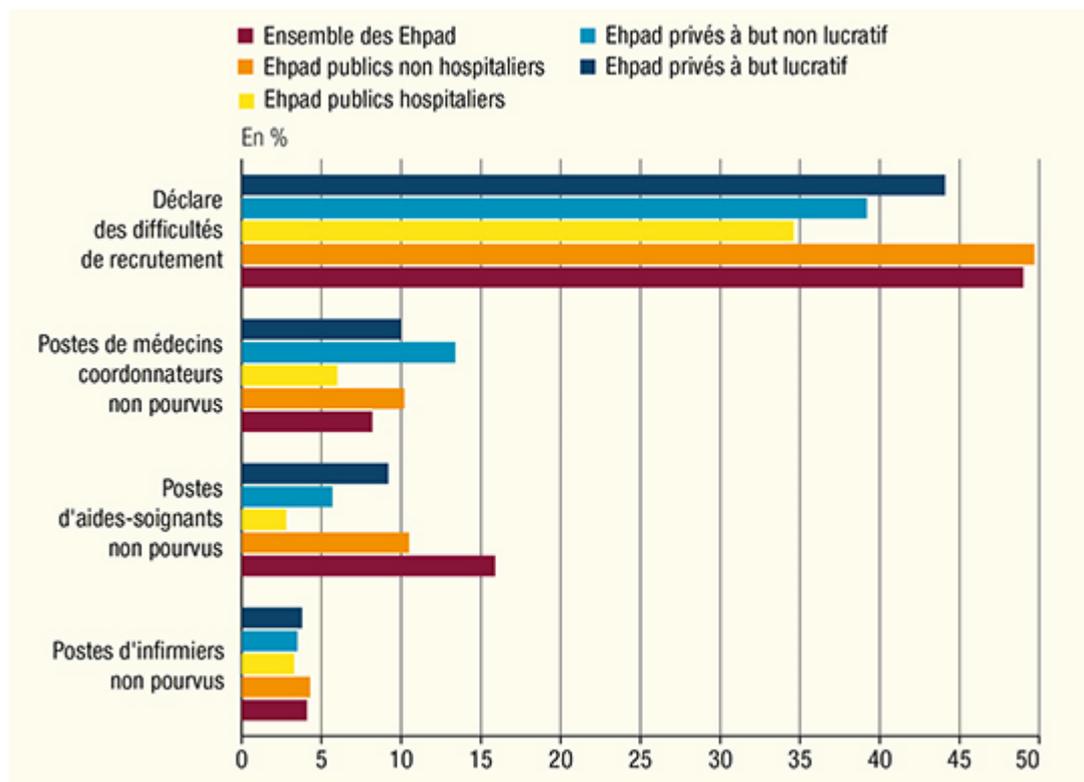


Figure 2: Graphique représentant les difficultés de recrutement en EHPAD

Parallèlement à cela d'après l'enquête EHPA de la DREES, 15 % du personnel des EHPAD a moins d'un an d'ancienneté. Il s'avère difficile à gérer pour une partie de ces établissements puisque 49 % déclarent rencontrer des difficultés de recrutement par manque d'effectif.

Pour le poste clé de médecins coordonnateurs environ 10 % en sont dépourvus depuis plus de 6 mois. [27]

Comme l'indique Madame DELBVAL BUGNY chargée de planification à l'ARS Hauts-de-France dans un entretien, « *Nous devons actuellement réfléchir à de nouvelles façons de prendre en charge les personnes âgées pour assurer un parcours de soins efficaces. Nous avons besoin de déployer des dispositifs de coordination. Nous sommes rentrés dans une logique de mutualisation, d'efficacité et de coordination dans un souci d'optimisation du temps médical* ». (ANNEXE 3)

De cette situation complexe afflue d'autres problématiques comme par exemple l'utilisation inappropriée des services d'urgences et des hospitalisations non programmées qui ne cessent d'augmenter.

Dans ce contexte de recherche de temps médical pour les EHPAD, les avancées numériques comme les dispositifs de télémédecine pourraient s'inscrire comme étant une des pistes à développer.

L'arrêté de 2016 fige les différentes étapes d'un acte de télémédecine [28]:

- 1- → Le repérage des résidents nécessitant un acte de télémédecine par des infirmiers « sentinelles »
- 2- → L'information est remontée auprès du médecin traitant
- 3- → Le médecin traitant donne son accord pour la programmation d'un acte de télémédecine
- 4- → L'information et la demande de consentement du résident ou de la personne de confiance est demandé pour la réalisation de l'acte
- 5- → Le résident donne son accord
- 6- → La planification de l'acte via une plateforme sécurisée
- 7- → La réalisation de l'acte
- 8- → L'envoi du compte rendu du spécialiste à l'EHPAD et au médecin traitant

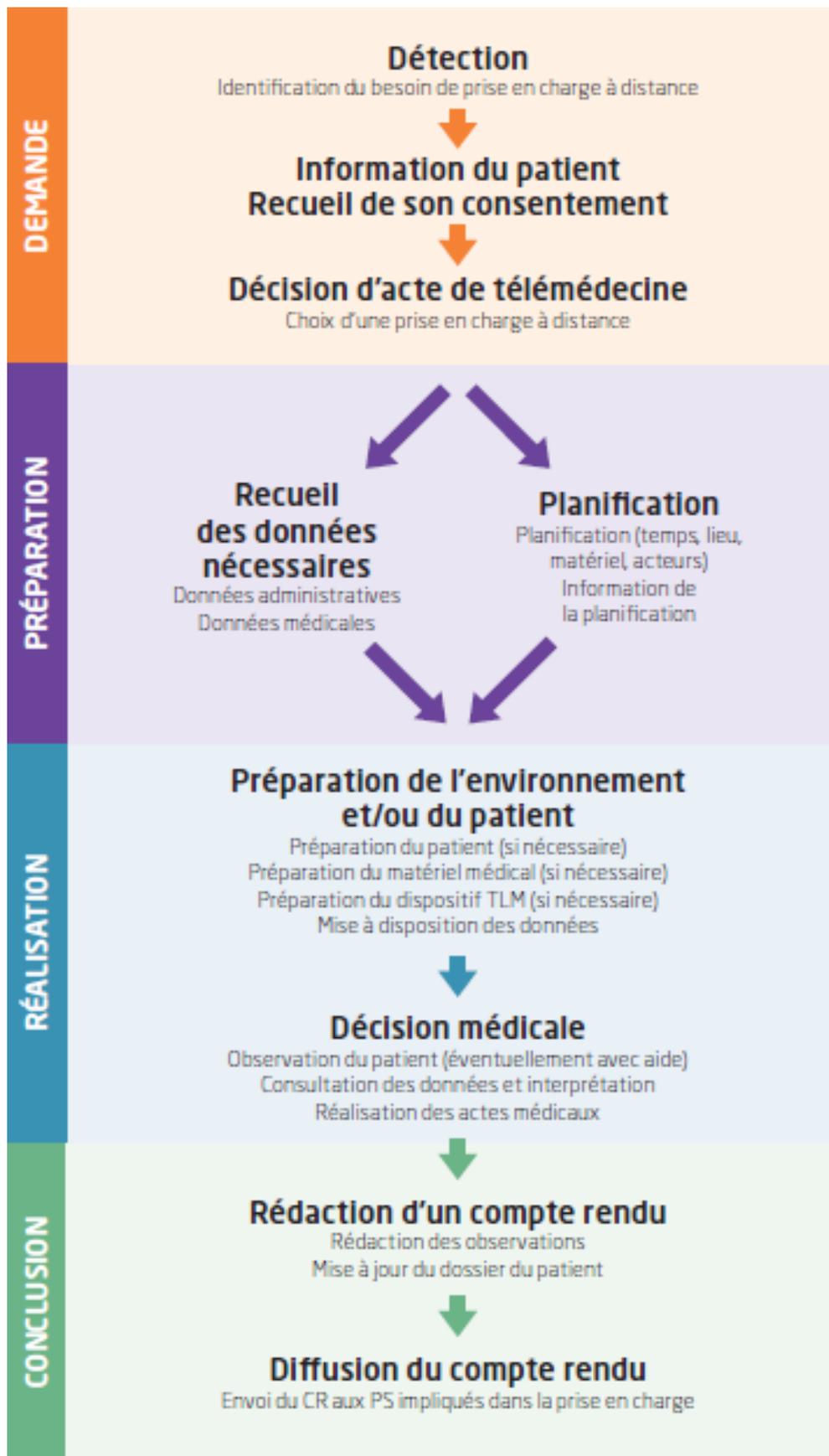


Figure 3 : Le processus générique de réalisation d'un acte de télémedecine [29]

2. Les objectifs et intérêts de la télémédecine en EHPAD

Le principal intérêt de la télémédecine est naturellement à destination des résidents.

Comme nous l'avons déjà évoqué, la population des EHPAD a besoin de plus en plus de soins spécifiques. Dans ce contexte la télémédecine peut apporter un meilleur accès à l'expertise spécialisée. Une étude réalisée sur la demande de consultation d'avis spécialisé des EHPAD montre qu'en l'absence de solution de télémédecine, la demande d'avis spécialisé (en consultation ou hospitalisation) aurait été réduite de moitié [30]. **Cet avis rapide est facilité par une communication à distance qui annule les contraintes géographiques et participe donc à une meilleure prise en charge et un meilleur diagnostic.**

La qualité de vie du résident est préservée avec des actes de télémédecine car celle-ci évite les déplacements et les hospitalisations qui causent de nombreux problèmes de désorientation pour des publics fragilisés et en perte d'autonomie.

Selon les recommandations l'ANESM « comment éviter les hospitalisations non programmées » jusqu'à 60% des hospitalisations non programmées pourraient être évitées. La télémédecine s'inscrit comme étant une des solutions permettant d'avoir un suivi plus régulier et d'éviter d'éventuelles complications. [31]

Pour les familles des résidents, la possibilité d'avoir recours à des actes de télémédecine est rassurante. Dans l'hypothèse où la famille émettrait quelques doutes sur la prise en charge d'un résident, cette dernière peut participer à la téléconsultation pour entendre les préconisations du spécialiste qui jouera alors en toute légitimité le rôle du médiateur.

Pour les soignants de l'EHPAD, acteurs des téléconsultations l'intérêt principal **sera la montée en compétence**. La formation qu'ils réalisent au préalable pour l'utilisation de la télémédecine leur permet d'acquérir un savoir sur de nouveaux outils numériques et à rentrer dans une dynamique de changement et d'innovation aujourd'hui indispensable. De plus, les différents échanges avec les spécialistes permettent une montée en compétences.

Pour le système de soins cette communication à distance entre soignants des EHPAD et spécialistes permet de créer de nouveaux liens trop souvent absents. **Dans ce contexte la télémédecine permet de décroiser les sphères sanitaires et médico-sociales tout en faisant des économies de transport.**

Pour les EHPAD, la possibilité d'avoir accès à des consultations à distance à plusieurs avantages. En plus d'être un atout pour l'attractivité de l'établissement, l'auto-formation des soignants évite des coûts de formation et participe à l'amélioration continue de la structure.

II. Entretiens, expérimentations et perspectives

Entretien des professionnels

1. Méthodologie des entretiens

Après avoir présenté et contextualisé les enjeux de la télémédecine en EHPAD. Il nous semble intéressant d'étudier sur le terrain le déroulement des projets de télémédecine expérimentaux. Cela nous permettra de répondre aux questions de départ en déterminant les principaux freins et leviers du développement d'un projet de télémédecine. La richesse d'information bibliographique complétée par les échanges avec des professionnels sur le terrain nous permettra dans une dernière partie de construire un guide méthodologique.

Les professionnels interviewés :

Au total nous avons mené 14 entretiens avec une mixité de professionnels importante que sont :

- ✚ Des médecins experts de la télémédecine travaillant dans ce domaine depuis plus de 20 ans
- ✚ Des spécialistes du CHU de Lille porteurs d'un projet de télémédecine
- ✚ Une chargée de développement de l'offre médico-social ARS Hauts-de-France
- ✚ Des médecins coordonnateurs d'EHPAD ayant expérimenté le dispositif
- ✚ Des directeurs d'EHPAD
- ✚ Une infirmière coordonnatrice d'EHPAD
- ✚ Un directeur des systèmes d'information
- ✚ Une résidente

Le fait d'avoir une pluridisciplinarité de professionnels était une volonté forte pour la construction de ce travail [32]. Cela permet d'aborder le sujet de la télémédecine sous plusieurs angles. Les différents points de vue participeront à la richesse et à la précision des retours d'expériences.

Nous pouvons classer des lors les entretiens en deux dimensions :

Des acteurs fonctionnels avec des personnes ayant une vision globale de la télémédecine (experts et ARS, médecins spécialistes du CHU, DSI)

Des acteurs opérationnels ayant une vision sur leur propre expérience en structure (Directeurs, MEDCO, IDEC, résidente)

2. Recueil et analyse des données

Il s'agit d'entretiens semi-directifs où chaque thématique abordée correspond à un objectif de compréhension ou de connaissance précis. Elle permet de valider ou non les recherches bibliographiques et d'ouvrir de nouvelles réflexions en élargissant le champ des thématiques.

Plusieurs guides d'entretien ont été définis en fonction du type de professionnel. (ANNEXE 1,2,3)

La construction de guide et la réalisation des entretiens fait paraître une double modularité :

- ✚ Une adaptation du guide d'entretien en amont vis-à-vis du professionnel concerné. Au total 8 grilles d'entretien différentes ont été construites avec certaines similitudes dans les thématiques et dans le plan de questionnement mais également des précisions s'adaptant aux missions et aux parcours des différents interviewés.
- ✚ Une adaptation de la grille pendant les échanges avec des relances relatives aux différentes réponses données. C'est l'avantage d'une exploration qualitative qui permet à l'interviewer de s'adapter à l'interviewé en approfondissant les sujets particulièrement intéressants et en reformulant si nécessaire. Les items n'ont pas forcément été abordés dans l'ordre défini par la grille.

D'une manière globale le plan des interviews reposait sur 4 parties :

- ✚ Une contextualisation présentant l'environnement dans laquelle évolue la structure
- ✚ Une présentation de la mise en place du dispositif de télémédecine
- ✚ Un bilan du déploiement opérationnel
- ✚ Des perspectives à venir

Avant les entretiens chacun a été informé de la démarche dans laquelle s'inscrit ce travail de recherche et des modalités qui y sont associées. L'accord de citation du nom des professionnels, ainsi que de la possibilité de faire figurer les documents fournis a été validé. L'objectif étant d'apporter une aide à des structures souhaitant s'inscrire dans ce type de

projet, aucune clause de confidentialité n'a été défini ni de restriction dans les éléments à faire figurer dans le mémoire.

Les entretiens ont eu lieu de manière individuelle par téléphone ou par un déplacement sur les structures. Le déplacement sur site a permis de mieux comprendre le fonctionnement des salles dédiées à la télémédecine et de visualiser le logiciel et le matériel utilisé. La durée des entretiens a varié entre 30 minutes et 1H15.

3. [Les limites des entretiens :](#)

Il s'agit ici d'une étude de nature qualitative [33]. Elle permet de recueillir les ressentis et expériences des individus sur une thématique assez large. Elle ne peut donc pas être représentative de l'ensemble du secteur médico-social.

Les entretiens ont été pour la plupart réalisés dans la zone Nord-Pas-de-Calais pour 2 raisons :

- ✚ La richesse du nombre de projets de télémédecine expérimentaux dans cette région
- ✚ La proximité avec notre lieu d'habitation permettant des déplacements et des rencontres en présentielle

Dans le cadre de ces recherches, le nombre d'établissements répondant favorablement à des demandes d'entretien n'a pas été un frein.

Au total 32 EHPAD ont été contactés.

Hormis une seule rencontre avec une résidente ou le fruit de l'entretien n'a pas pu être exploité, l'ensemble des professionnels ont apporté des réponses adaptées dans la construction du développement de ce mémoire.

Retours d'expériences des structures

1. [Présentation des différents projets](#)

Avant d'étudier plus précisément l'ensemble des projets, il convient de confirmer dans cette étude de terrain les éléments contextuels évoqués dans le premier chapitre.

Dans cette étude de terrain l'évolution des typologies de résidents accueillis en EHPAD dans le premier chapitre a été confirmée par l'ensemble des professionnels interviewés. Bien qu'évoluant sur des territoires différents en terme d'accès aux soins tous ont fait état d'un niveau de dépendance et de besoins en soins de plus en plus importants. Dans cette étude l'aspect démographique n'a pas d'influence sur l'aspect épidémiologique.

❖ Télé médecine en agglomération Lilloise

Contexte :

En 2012, suite au lancement des expérimentations de télé médecine par l'ARS Hauts-de-France le CHU de Lille a été sollicité sous forme d'appel à projet pour intégrer un dispositif de télé médecine mettant en lien des spécialistes et des EHPAD de l'agglomération Lilloise. L'idée de cette expérimentation était d'étudier les bénéfices et impacts du dispositif afin d'observer comment celui-ci pouvait s'intégrer dans le parcours de soins des résidents.

Au départ, plusieurs EHPAD avaient été identifiés pour faire partie de ce projet. Pour des raisons pratiques de non-accessibilité des locaux ou de réseau internet trop faible, certains d'entre eux n'ont pas pu être intégrés au projet et ont été remplacés par des EHPAD partenaires du CHU. Au total 8 EHPAD de l'agglomération lilloise se sont inscrits dans le dispositif :

- ✚ Les Bateliers à Lille
- ✚ La Ritournelle à Villeneuve-D'ascq
- ✚ Les Provinces du Nord à Marcq-en-Barœul
- ✚ Le Clos Fleuri à Saint-André-Lez-Lille
- ✚ Saint Jean à Lille
- ✚ Edilys à Lille
- ✚ L'arche à Lille
- ✚ Les Hauts d'Amandi à Faches-Thumesnil

La télé médecine s'inscrivait comme un complément aux équipes mobiles intervenant déjà depuis plusieurs années sur les structures du territoire lillois. Deux spécialités ont été définies en cohérence avec les ressources du CHU et les besoins des établissements : les plaies complexes et la psychogériatrie. (ANNEXE 8)

L'ARS qui a piloté et financé le projet, a nommé le GCS MATISS (Le Groupement de Coopération Sanitaire Maîtrise l'apport des Systèmes d'Information en Santé et médico-social) pour la maitrise d'ouvrage et la mise en place technique du projet.

Le GCS MATISS créé en 2012 assure pour le compte de ses membres la maîtrise d'ouvrage des projets structurants, d'intérêt régional, ainsi que des missions d'étude d'évaluation ou d'expertise, dans le domaine des systèmes d'information partagés de santé, de la télémédecine et de la télésanté.

Construction du projet :

De 2012 à 2015, plusieurs réunions de cadrage ont été organisées à l'initiative de l'ARS en lien avec les EHPAD partenaires, le CHU et le GCS MATISS. L'objectif étant de travailler un modèle efficient, de définir l'organisation du projet et de Co-construire avec l'ensemble des acteurs un cahier des charges. [34]

Cette démarche de Co-construction a pris un certain temps. Il fallait créer des outils informatiques et un logiciel de télémédecine opérationnels. Le maître d'œuvre n'ayant pas toutes les solutions clés en main.

De ces réunions sont ressortis plusieurs axes stratégiques de déploiement :

- La définition des types d'actes de télémédecine : Téléconsultations et Télé expertises
- La définition du champ des spécialités : Les plaies complexes en lien avec le Dr DELABRIERE et la psychogériatrie avec le Dr PLAYE tous deux médecins au CHU de Lille
- Le choix de dédier une salle spécifique à la télémédecine et de ne pas retenir la solution d'un chariot mobile (choix ne faisant pas l'unanimité des acteurs)
- La définition du matériel technique et informatique à installer dans les EHPAD : 2 Ecrans, webcam, caméra Dome, logiciel

Modèle économique :

Concernant le financement, l'ARS a entièrement financé le coût d'acquisition des matériels ainsi que les coûts de fonctionnement pendant les 3 premières années d'expérimentation (environ 7000€ par an).

Pour l'EHPAD les coûts de réalisation du projet de télémédecine ne portaient que sur l'adaptation du local dédié à la télémédecine (installation de prises murales...) ainsi que les coûts d'adhésion au GCS représentant quelques centaines d'euros.

Retours d'expériences :

Sur les 8 EHPAD initialement inscrits dans le projet, tous n'ont pas eu la même implication ni les mêmes résultats.

Il semble intéressant d'étudier de manière plus précise les retours d'expériences de deux structures : La Maison St Jean à Lille et le Clos fleuris à St André-lez-Lille

Expérience EHPAD Le Clos fleuris (St André-lez-Lille) :

Le clos fleuris est un EHPAD associatif du groupe « Temps de Vie ». Sa capacité est de 71 résidents dont 60 en unité classique et 11 en Unité de Vie Alzheimer. [35]

En 2013, l'association a répondu à l'appel à projet de l'ARS pour faire de la télémédecine sur les deux spécialités : plaie complexe et la psychogériatrie.

Selon le Docteur Dubois, médecin coordonnateur de l'EHPAD le bilan de l'expérimentation a été très positif. Cela a permis une meilleure prise en charge pour des résidents qui ne peuvent pas toujours se déplacer en dehors de la structure. Cela améliore également la vigilance et la performance des professionnels vis-à-vis des spécialistes. Cette expérience a été également formatrice pour ces professionnels qui ont acquis des compétences nouvelles.

Malgré une certaine méfiance au début du projet vis-à-vis de la possible déshumanisation des soins, l'ensemble des professionnels a rapidement été convaincu de l'intérêt du dispositif.

De 2016 à 2018 la structure a réalisé 16 télé-expertises et 8 téléconsultations uniquement sur la thématique des plaies complexes. L'EHPAD du Clos fleuris représente à lui seul presque la moitié (46%) des actes de télémédecine réalisés durant l'expérimentation sur l'ensemble des EHPAD pour cette thématique.

Malgré ce constat positif le Dr DUBOIS précise qu'il y a eu 2 freins majeurs au développement de ce projet dans son établissement :

- ✚ **L'aspect chronophage** pour le remplissage des demandes de télémédecine qui prenait au début environ 45 minutes. Avec le temps et l'expérience, cela prend moins de temps et l'outil a été quelque peu adapté entre temps.
- ✚ **L'aspect technique** avec de nombreuses défaillances de la connexion réseau et des coupures de son et d'image. Il était par exemple fréquent au début de la mise en place

du dispositif de commencer des consultations en Visio et de les terminer par téléphone.

Expérience EHPAD Maison « St Jean » (Lille)

L'expérience de la Maison St Jean s'est construite similairement à celle du clos fleuris. La structure associative héberge 80 résidents avec des pathologies diverses (dont la moitié atteinte de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés). [36]

En 2013 l'EHPAD s'est inscrit dans le dispositif en répondant à l'appel à projet de l'ARS. A cette époque, le médecin coordonnateur était très impliqué dans plusieurs projets en lien avec l'ARS. C'est lui qui a initié le projet qui pouvait être intéressant pour la thématique de la psychogériatrie (au vu du nombre de résidents ayant des troubles cognitifs). La thématique des plaies complexes ne répondait quant à elle qu'à un besoin faible de consultations.

Le bilan depuis 2016 de cette expérience est plutôt positif pour la psychogériatrie (31 téléconsultations) et insuffisant sur la thématique des plaies complexe (8 actes réalisés). La participation des professionnels a été bonne et les échanges avec les spécialistes très appréciés. Un gain de temps a été permis grâce à ce dispositif. Pour les résidents les points positifs sont le confort et l'accès à une prise en charge facilitée.

Cependant plusieurs freins ont été identifiés dans ce projet :

En 2017 le départ du médecin coordonnateur pilote du projet et la vacance du poste pendant plusieurs mois ont stoppé la montée en charge de l'établissement. L'IDEC a pris le relais mais n'as pas toujours le temps de promouvoir le dispositif. Par ailleurs il n'y a qu'elle qui est formée à l'utilisation du logiciel. Lorsqu'elle n'est pas là aucun acte ne peut être réalisé.

La lourdeur des dossiers de demande qui prenaient 45 minutes à compléter en 2016 contre 15 minutes aujourd'hui. Au-delà du logiciel, la montée en charge difficile n'a pas permis l'appropriation du matériel de télémédecine par les soignants.

La question de l'appropriation et de l'acculturation s'est également posée pour les résidents.

Bien qu'il y ait une explication en amont sur le déroulement de la consultation, les troubles cognitifs importants nécessitent parfois une interruption des téléconsultations.

La mauvaise connaissance du dispositif par les médecins traitants qui ne veulent pas ou ne pensent pas à prescrire des actes de télémédecine a également été un frein.

Le choix des spécialités a été imposé et les besoins de consultations pour des plaies complexes dans les structures étaient faibles. Celles-ci nécessitaient plutôt des avis dermatologiques. Au fil du temps les téléconsultations se sont donc réorientées sur la dermatologie.

A ce jour les perspectives sont assez floues. Les expérimentations sont terminées et les financements également. Un développement vers des consultations de cardiologie a été envisagé mais le modèle médico-économique reste encore à définir pour permettre la pérennisation du dispositif.

❖ Télémédecine dans l'agglomération du HAINNAUT (Valenciennois-Cambrésis) :

Le projet valenciennois est similaire au projet Lillois. La différence repose sur les spécialités et les acteurs.

Le projet expérimental du valenciennois est porté par le CH de Valenciennes et celui de Denain. Les spécialités sont réparties sur les deux CH comme suit :

CH Valenciennes : Le parcours de soins (CHV), l'atrogénie et les soins palliatifs

CH Denain : La psycho-gériatrie et le parcours de soins (EHPAD)

Les 8 EHPAD valenciennois participants au dispositif sont :

- ✚ Les 4 Vents à Bruille-saint-Amand
- ✚ Les Charmilles à Saint-Saulve
- ✚ Résidence Vaillant Couturier à Marly
- ✚ Les Feuillantines à Quievrechain
- ✚ Le Champ d'Or à Marquette en Oestrevent
- ✚ Notre Dame de la Treille à Valenciennes
- ✚ Les Bouleaux – Les Sinoplies à Louches
- ✚ Résidence Noël Leduc à Hasnon

Les 3 EHPAD du Cambrésis sont :

- ✚ Le bois d'Avesnes » à Avesnes-les-Aubert
- ✚ La Jonquière à Honnecourt-sur-Escaut

Les jardins Brunehaut à Rieux-en-Cambrésis

Les conventions ont été établies en novembre 2014 dans le cadre du plan PAERPA (Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie). C'est un plan mis en place par le Ministère de la santé pour optimiser le parcours de santé des personnes âgées de plus de 75 ans.

Le dispositif a été opérationnel en Mai 2015 pour l'ensemble des structures.

L'expérience du groupe ACCES :

Dans notre étude de terrain, nous avons eu l'occasion de nous entretenir avec M. PRADARELLI directeur des soins des EHPAD du groupe ACCES (3 EHPAD du Cambrésis cités plus haut et l'EHPAD de Marquettes en Oestrevent) et directeur de la résidence de Honnecourt-sur-Escaut. Nous avons donc pu étudier son expérience sur plusieurs structures sur le territoire du Hainaut. [37]

Selon M. PRADARELLI la télémédecine est une des solutions pouvant répondre aux difficultés d'accès aux soins que nous connaissons actuellement dans les EHPAD.

La construction du projet a pris plusieurs années pendant lesquelles les personnes pilotes ont recueillis des indicateurs, créés des arbres directionnels de manière à construire le cahier des charges. Naturellement ce type de projet ne se fait pas dans la simplicité et demande au personnel un nouveau paradigme.

Les champs des spécialités pour les 3 EHPAD du Cambrésis sont les Plaies complexes et pour celui du valenciennois l'iatrogénie, la psychogériatrie et la gériatrie.

Le principal objectif était de faciliter l'accès aux soins pour l'ensemble des résidents du territoire. A la genèse du projet le type d'acte prévu était la téléconsultation mais au fil du temps les demande d'actes de télé expertises se sont développés

Au départ il y a eu quelques freins liés au changement de pratique. Les directeurs des structures n'ont pas vraiment été impliqué à la genèse du projet et ont de ce fait étaient septique sur son efficacité. Par la suite ces freins ont disparu grâce à l'actualité, aux formations et la politique du gouvernement poussant le projet. Avec les premières téléconsultations les différentes équipes de soignant et de direction se sont rendu compte que cela pouvait-être un gros avantage. Aujourd'hui ce projet fait l'unanimité et le scepticisme à totalement disparu.

Il s'agit d'une démarche gagnant-gagnant entre les résidents et la structure. Le lien créé avec les experts apporte un point de vue différent et un éclaircissement intéressant, nouveau pour l'établissement. En plus de cela c'est aussi un argument qui participe à la notoriété sur le territoire.

Comme évoqué dans les autres projets, le remplissage des demandes de consultations sur le logiciel était également un frein.

Même si les médecins traitants ne participent pas au téléconsultation, ils suivent dans la majorité des cas l'avis des spécialistes. Pour la thématique de l'iatrogénie médicamenteuse, l'objectif était de revoir les traitements des résidents poly pathologiques. Certains médecins n'ont pas réellement compris cela et d'autres ont pu se sentir touchés dans leur droit de prescription. La nécessité d'expliquer le dispositif et d'intégrer les médecins dans la démarche est complexe mais essentielle.

D'un point de vue technique il y a également eu des défaillances qui ne permettaient pas toujours de terminer les téléconsultations dans de bonnes conditions. Pour ce frein, les bonnes relations entretenues avec le sanitaire auront permis de s'adapter aux diverses situations. Enfin il est important de rappeler que nous ne sommes pas dans des situations d'urgences vitales et les téléconsultations peuvent très bien être reportées a plus tard si nécessaire (même si la disponibilité des spécialistes peut également être un frein).

Enfin d'un point de vue financier, depuis 2018 l'ARS ne finance plus les coûts de fonctionnement et de maintenance qui sont de l'ordre de 5 000€ par an.

Au final bien que ce genre de projet est complexe à mettre en place il aura permis de répondre aux objectifs initiaux et de changer les pratiques et les mentalités des professionnels.

Les perspectives pour le groupe ACCES à court termes sont d'inscrire les établissements dans le projet PREDICE sur les 12 médecins traitants intervenant à l'EHPAD « La Jonquière » 3 ont souhaité participer au dispositif.

Expérience de l'EHPAD « Les charmilles » de Saint-Saulve

L'EHPAD de Saint-Saulve accueille 56 résidents dont 18 en situation de handicap mental vieillissant, 12 en Unité de Vie Alzheimer, 1 en accueil temporaire et 6 en accueil de jour. En 2012 le médecin référent de l'équipe mobile de soins palliatifs propose à M. OPSOMER

directeur de la structure de faire partie des EHPAD pilotes du dispositif de télémédecine dans le valenciennois.

L'établissement fait partie du GCS de la filière gériatrique du valenciennois qui est très investie. C'est ce GCS qui a élaboré toute la partie médicale du projet avec les experts gériatres. Avant de démarrer le projet le groupe ISIS a été missionné par l'ARS pour faire un audit du matériel nécessaire dans les EHPAD volontaires et équiper les structures.

Au départ la spécialité retenue a été l'iatrogénie ensuite la psychogériatrie puis cela s'est étendue aux soins palliatifs et au parcours de soins.

Les actes de télémédecine se sont répartis comme suit :

Thématiques	2015	2016	2017
Iatrogénie	9	1	4
Psychogériatrie/Gériatrie	14	4	0
Soins Palliatifs	16	8	9
Parcours de soins	0	0	2

Tableau 1 : Réalisation des actes de télémédecine de 2015 à 2017

Le nombre de demande fluctue selon les années et dépend des besoins du public accueilli. Autre facteur, l'EHPAD a recruté en 2017 un médecin coordonnateur qui est gériatre. Grâce à son expertise gérontologique, le besoin d'avis complémentaire sur une problématique donnée est de ce fait moins requis.

Les durées moyennes des consultations sont de 30 minutes. Les résidents sont dans l'ensemble réceptifs et s'adaptent bien aux téléconsultations. Le médecin coordonnateur participe de temps en temps aux téléconsultations et quelques médecins traitants également.

Sur les 67 téléconsultations réalisées 40 déplacements ont pu être évités. La thématique du parcours de soins a été très peu utilisée au cours de cette expérience car le système mobile au CH de Valenciennes n'était pas toujours fonctionnel.

Les réunions de COPIL ont permis de réaliser des réajustements notamment concernant l'aspect chronophage des dossiers et la lisibilité des comptes rendus.

❖ Autres projets de télémédecine

Expérience EHPAD « St Jean » (Laventie)

L'EHPAD de Laventie appartient au groupe associatif temps de vie. Sa capacité est de 138 résidents et sa particularité est qu'elle est composée de 4 unités spécialisées pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. [38]

Le projet de télémédecine a démarré en 2016 à l'initiative de la maison de santé pluri professionnelle de Laventie (jouxant l'EHPAD) qui a répondu à un appel à projet de l'ARS.

L'objectif était de pouvoir mettre en lien la MSP et l'EHPAD de Laventie avec le service de cardiologie du CH d'Armentières pour offrir la possibilité aux patient et résidents de réaliser des téléconsultations et d'éviter les déplacements.

C'est l'organisme Hippocrate qui a été chargé de la maîtrise d'œuvre et pilote pour l'organisation des réunions de cadrage. Le matériel nécessaire aux téléconsultations a été fourni par l'ARS à l'EHPAD dont un appareil à ECG.

Quelques mois avant le début des premières téléconsultations à l'EHPAD la qualité du réseau internet à fortement chuté dû à un changement de fournisseur d'accès internet. La faible connexion n'a pas permis le déroulement des téléconsultations dans la structure.

Cependant 2 consultations ont été réalisées par des résidents de l'EHPAD dans une salle dédiée à la MSP et avec une bonne connexion internet (fournisseur orange).

Bien que celles-ci se soit bien déroulées, le projet n'a pas pu perdurer à cause d'autres freins :

- La disponibilité des cardiologues du CH d'Armentières très souvent incompatible avec l'organisation des EHPAD
- La réalisation de travaux à la MSP et à l'EHPAD ne permettant plus d'accéder à la salle dédiée
- L'interopérabilité et l'intuitivité du logiciel de télémédecine

En 2018 lorsque l'EHPAD a retrouvé un bon réseau, l'ARS a décidé de stoppé l'expérimentation.

Aujourd'hui la structure a l'intention de s'inscrire dans le projet PREDICE en espérant que ce projet puisse mieux réussir que le précédent.

Expérience du groupe AHNAC :

❖ Contexte :

Le groupe AHNAC (Association Hospitalière Nord Artois Clinique) est composé de deux pôles, un pôle sanitaire et un pôle médicosocial.

Le pôle sanitaire du Groupe AHNAC se compose de trois polycliniques (Riaumont à Liévin, La Clarence à Divion, et Hénin-Beaumont) et une polyclinique affiliée (Polyclinique du Ternois à Saint-Pol-sur-Ternoise), une Clinique pneumologique (la Clinique Teissier à Valenciennes). [39]

Le pôle médico-social composé d'un résidence autonomie et six EHPAD sur le territoire Lens-Hénin et Arrageois, d'une unité de longs séjours et d'un Service de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD).

Les établissements sanitaires travaillent depuis de nombreuses années entre eux mais également en liens étroits avec les 6 EHPAD qui composent le pôle médico-social.

Cette collaboration se concrétise entre autre par un accès partagé entre différents spécialistes sur les dossiers des patients. Les médecins spécialistes ont la possibilité de donner des avis à leurs confrères sur différentes situations cliniques. Cette collaboration à distance réalisée depuis plusieurs années était sans la nommer ainsi une première forme de télé expertise.

C'est donc naturellement que le groupe AHNAC s'est intéressé à ce sujet avec la perspective de consolider une filière gériatrique. Cela se concrétisant par la signature de convention entre la polyclinique de Riaumont (Pôle de référence gériatrique sur son territoire) et les EHPAD du territoire.

L'initiative est partie de la direction du pôle médico-social et du médecin coordonnateur de la filière gériatrique. La volonté étant d'inscrire dans ce projet les médecins de ville, les EHPAD et les gériatres de Riaumont **dans le cadre de la CPTS (Communautés Professionnelles Territoriales de Santé) « Liévin Pays d'Artois » créée en 2018.** [40]

Avant d'étudier de manière plus concrète ce dispositif, il convient de préciser que contrairement à l'expérimentation évoquée ci-dessus, ce projet ne fait pas partie d'un appel à projet de l'ARS. Le pilotage, l'organisation et le financement du dispositif ont par conséquent été réalisés par le groupe AHNAC. La volonté de l'association est de travailler la culture du numérique et de la E-santé en initiant une démarche de télémédecine à faible

coût et dans l'optique de préparer une future intégration d'un projet régional de plus grande ampleur à l'horizon 2020/2021.

❖ Description du projet :

La première réunion de cadrage du projet a eu lieu en Septembre 2018. S'agissant d'une expérimentation, le souhait était d'initier la démarche en commençant par une seule spécialité : les plaies et la cicatrisation. L'objectif est de permettre aux EHPAD d'avoir sur demande et sur des plages horaires définies, un avis d'expert sur cette thématique sans avoir à mobiliser le résident. Deux médecins gériatres de l'hôpital de Riaumont se sont inscrits dans ce dispositif.

Le pilotage technique et informatique a été réalisé par le service informatique du groupe. Une analyse des besoins techniques a été faite. **Plusieurs points importants ont été étudiés comme la possibilité d'accès pour les gériatres aux données médicales des résidents ou encore la sécurisation des connexions.** Les référents attachés à la DSI (Direction des Systèmes d'Information) ont travaillé sur la maîtrise d'ouvrage pendant plusieurs mois avec l'éditeur du logiciel de soins TITAN la possibilité d'intégrer le dispositif de la télémédecine dans le « Workflow » déjà existant. Les quelques difficultés rencontrées à ce niveau ont retardé le déploiement du dispositif.

Les équipements nécessaires à la mise en place du dispositif sont pour les médecins gériatres d'une webcam et d'un casque micro (200€).

Pour les EHPAD l'acquisition du module TITAN WEB médecin [41] ainsi qu'une tablette connectée permettant de prendre et d'envoyer des photos mais également de faire de la visiophonie sur Skype business (1000€). Ce matériel est utilisable pour d'autres fonctionnalités comme d'interface de soins mobiles facilitant les déplacements des soignants qui n'ont plus besoin d'accès à un ordinateur.

En Juillet 2019, des premiers tests de connexion ont été réalisés avec succès entre l'hôpital de Riaumont et l'EHPAD pilote de Barlin [42]. L'aspect technique étant opérationnel, il reste à peaufiner l'aspect organisationnel du projet en définissant une personne pilote qui supervisera et qui pourra faire le lien entre tous les acteurs. C'est ce qu'il manque actuellement pour lancer la dynamique et commencer les premières téléconsultations.

Par la suite la stratégie de développement de la télémédecine visera à intégrer dans la démarche les EHPAD partenaires du territoire et à développer d'autres spécialités comme l'iatrogénie ou la psychogériatrie.

2. [Les freins à la mise en place du projet](#)

Deux types de freins ont été détectés pour le déploiement des dispositifs de télémédecine :

- ✚ Les freins indépendants aux EHPAD provenant de la législation et des politiques régionales ou nationales.
- ✚ Les freins indépendants liés à l'environnement dans lequel évolue la structure.

▪ **Les freins liés au modèle de développement**

Depuis toujours la France a étudié la télémédecine de manière territoriale. Les projets ont été pilotés de manières différentes par chaque région. En 2011 la DGOS préconisait la création d'un observatoire de télémédecine. Cela aurait permis d'identifier et d'accompagner les EHPAD vers un développement national. Par manque de moyen cela n'a pas été créé.

Face à cette balkanisation, la réunion de plusieurs territoires aurait peut-être permis d'avoir des résultats plus pertinents plus rapidement et de faire émerger un consortium industriel européen.

Aujourd'hui il n'y a pas de leader industriel de la télémédecine en France et même en Europe comme cela peut exister en Amérique.

Enfin ce n'est que depuis très récemment que les universités forment les professionnels de santé à la télémédecine. Cela a également été un frein par rapport à d'autres pays qui ont rapidement intégré cette culture.

▪ **Les freins liés au réseau Internet :**

L'analyse des différences expériences fait état, pour la majorité des établissements, de problèmes techniques récurrents principalement liés à la connexion au réseau internet. Ce frein peut dans une moindre mesure occasionner de légères coupures baissant la qualité de l'image et du son comme dans l'expérience de l'EHPAD du Clos Fleuris. **Dans une mesure plus importante, une mauvaise connexion au réseau peut annihiler tout espoir de développement du projet.**

▪ **Les freins liés au logiciel :**

La demande de téléconsultation doit se réaliser à l'initiative de l'EHPAD qui complète un dossier via un logiciel prédéfini par l'ARS. Le retour des professionnels des structures indique des problèmes dans le remplissage du dossier de demande (ANNEXE 6 et 7). Ce dernier requiert de nombreuses informations et des champs bloquants ne permettant pas de poursuivre et d'adresser la demande. En réalité, le logiciel de télé médecine proposé par l'ARS n'est pas interopérable avec les logiciels de soins utilisés quotidiennement dans les structures. Les données des résidents ne s'implémentant pas directement dans le logiciel, l'IDEC ou le MEDCO doit passer entre 15 et 45 minutes pour compléter le dossier **ce qui cause des contraintes de temps énorme et peut décourager certains professionnels.**

- **Les freins liés au pilotage et au turn-over :**

Comme dans la majorité des projets réalisés à long terme, des personnes pilotes et référentes doivent être clairement définies dès le départ. Elles seront chargées de porter le dispositif, de suivre son développement et de créer du lien et du dynamisme entre tous les acteurs. Si les rôles des acteurs n'ont pas été étudiés en amont le projet aura des difficultés à se développer.

Dans l'hypothèse où une unique personne est formée à l'utilisation du logiciel de télé médecine, les actes en son absence ne peuvent pas être réalisés. **Dans un domaine où le turn-over des professionnels est important, le départ d'un acteur clé du projet (en général MEDCO, IDEC, ou directeur) peut stopper le développement du dispositif.**

- **Les freins liés à l'implication des acteurs :**

Pour compléter le dernier frein évoqué la télé médecine ne peut pas réussir si l'ensemble des acteurs ne sont pas investis dans le projet. Si le projet ne fait pas consensus entre la direction et les soignants il y a de forte chance qu'il n'aboutisse pas. **Il suffit qu'un maillon de la chaîne soit manquant pour ne pas pouvoir réaliser d'acte.** L'implication des médecins traitants est à ce jour une problématique relevée par beaucoup de structures. Même si les EHPAD sont dérogoires au principe d'avoir une prescription par le médecin traitant d'un acte de télé médecine, son implication est fondamentale pour la réussite du projet.

- **Freins liés aux résidents :**

Contrairement à ce que nous pouvions envisager les freins liés aux résidents n'ont été que mineurs dans les expériences étudiées. **L'acculturation de ces derniers à des outils qu'ils ne connaissent que très peu a été plutôt bien perçue.**

En revanche les problèmes d'audition, de vue et de langage de certains résidents peuvent être un frein à la compréhension des questions. Dans ce contexte, le soignant présent peut reformuler à la fois pour le résident mais également pour le spécialiste. Bien entendu les téléconsultations ne peuvent pas être réalisées avec toutes les typologies de résidents. Certains d'entre eux ne sont malheureusement plus en capacités de répondre aux questions du médecin que cela se déroule à distance ou en présentielle.

- **Les freins liés à l'activité médicale territoriale :**

Dans ce mémoire, les projets de télémédecine ont été pour la plupart initiés sur des territoires où la pénurie de médecins ne se fait pas encore ressentir. Les EHPAD peuvent assez facilement avoir accès à un spécialiste qui se déplace ou à l'intervention d'une équipe mobile. Dans ce contexte le nombre d'actes de télémédecine aurait sûrement été supérieur dans des territoires plus reculés.

- **Les freins liés aux choix des spécialités :**

Le choix des spécialités doit être défini en amont en collaboration avec l'ensemble des acteurs. Il est parfois complexe de trouver des spécialités pouvant couvrir les besoins de toutes les structures. Dans notre étude la thématique des plaies complexes n'était pas une priorité pour tous les établissements. **Peu d'actes concernant cette thématique ont été effectués et cela peut occasionner une mauvaise acculturation des équipes.** Il est important de préciser que c'est en utilisant le matériel de manière régulière que l'on peut s'approprier son fonctionnement.

- **Les freins médico-économiques :**

Dans les expériences que nous avons étudiées, l'investissement du matériel a été pris en charge par l'ARS. Il convient d'imaginer en amont du projet le modèle de financement à la suite des 3 années et de prévoir comment pérenniser économiquement le dispositif. Les coûts de fonctionnement et de maintenance sont de plusieurs milliers d'euros et l'acquisition d'un nouveau matériel devenu obsolète de plusieurs dizaines de milliers d'euros.

Pour les établissements qui souhaiteraient se lancer seul dans la démarche, il n'est pas conseillé d'investir dans du matériel coûteux mais de s'informer sur les dispositifs à venir sur le territoire.

3. [Les leviers à la mise en place du projet](#)

- **La tarification et la législation**

Depuis 2018 le remboursement des actes de téléconsultation et de télé-expertise par l'assurance maladie a été un grand point d'avancée pour le développement de la télémédecine en France. Parallèlement à cela l'allègement de la législation pour les EHPAD qui sont dérogatoires à certains critères (1ère consultation en réelle, prescription de l'acte par un médecin traitant) a permis de simplifier les démarches en structures.

- **La formation des soignants :**

La formation des soignants et des équipes d'EHPAD constitue un facteur clé de réussite pour le projet. En plus des formations réalisées en amont, la participation d'un maximum de personnel aux premières consultations permet aux soignants d'apprendre et de faire disparaître les éventuelles craintes.

- **La relation avec les spécialistes**

Dans les projets étudiés, l'attitude des médecins spécialistes vis à vis des personnels d'EHPAD a toujours été bienveillante. Ce contact a permis de **créer du lien entre les sphères sanitaires et le médico-social encore trop souvent cloisonnés**. Pour les spécialistes cela leur permet de connaître d'avantage les structures médico-sociales en termes de ressources humaines et matériels (les équipements en soins étant souvent différents des hôpitaux). Pour les personnels soignants des EHPAD les conseils des spécialistes permettent d'acquérir de nouvelles compétences et d'accroître l'autonomie et le savoir-faire sur différentes thématiques.

- **L'Adhésion des familles**

Pour les familles il n'y a pas de coût de transport, pour le résident donc l'adhésion est presque automatique. **Les familles soutiennent le projet de la télémédecine à l'EHPAD, elles sont satisfaites de ce que cela peut apporter aux résidents**. L'accord des familles est un levier majeur car celles-ci portent sur l'extérieur cette nouvelle technologie. Au niveau interne elles soutiennent les équipes en place et sont un membre à part entière à la décision, ce qui permet aussi de convaincre le médecin traitant d'offrir cette nouvelle possibilité de soins à ses patients. Cela permet à leur patient de sortir de l'isolement. Il n'y a donc pas de renoncement aux soins de la part des familles.

- **L'accompagnement de l'ARS**

L'accompagnement de l'ARS et du GCS MATISS a été perçu comme un levier permettant d'une part de **construire le projet commun mais également de financer** quasiment tous les coûts d'acquisition et de fonctionnement du matériel. Lors des réunions de suivi, les échanges de pratique entre les professionnels ont permis de faire remonter les freins aux différentes instances et de corriger la mise en place pour faciliter le déploiement.

Le soutien technique a été important pour la mise en place du dispositif mais aussi pour la maintenance en cas de difficultés.

- **La Création du DIU de télémédecine**

Le Diplôme Interuniversitaire (DIU) a été mis en place par l'Université de Bordeaux en collaboration avec les Universités de Besançon, Caen, Lille, Montpellier et Nantes. [43]

L'objectif de ce DIU est d'apporter pendant un an aux participants la connaissance nécessaire à la mise en place d'un projet de télémédecine. Tant pour des professionnels d'établissement que dans le cadre d'une activité libérale. Cette formation s'appuie sur des cas pratiques et une simulation grâce à des « laboratoires » présentant les différentes solutions de télémédecine. A la fin de cette formation, les participants seront en toute logique capables de piloter ce type de projet et d'en réaliser l'évaluation.

- **La dynamique et la motivation :**

D'une manière générale, la motivation et l'implication des équipes peuvent être un atout pour ce type de projet. Avoir une personne pilote qui porte le projet et réussit à convaincre tous les acteurs de sa pertinence permet de débloquer des situations et de développer le projet de manière plus efficace et sereine. Dans le cas contraire ce levier peut rapidement devenir un frein si l'adhésion de toutes les parties prenantes n'est pas recueillie.

Les perspectives d'avenir de la télémédecine

Les perspectives du développement de la télémédecine en EHPAD semblent s'éclaircir peu à peu.

A court terme l'ARS Hauts-de-France va lancer, en partenariat avec l'Union Régionale des Professionnels de santé (URPS), médecins libéraux et l'assurance maladie, **le projet PREDICE**.

L'ambition de ce dispositif dans les années à venir est de pouvoir offrir à l'ensemble des acteurs du système de santé un bouquet de services numériques.

Ce service développé par le GIP santé & Numérique, repose sur trois piliers [44] :

 *La mise en relation des acteurs*

 *La coordination*

 *La télémédecine*

Concernant ce 3^{ème} pilier, il s'agit en réalité d'un logiciel à installer dans les structures de soins permettant de réaliser des téléconsultations de manière sécurisée et respectant les recommandations de l'HAS.

En plus du logiciel, les structures participantes au dispositif disposeront d'un matériel technique : ordinateur, chariot de télémédecine, casque audio, stéthoscope et otoscope connectés...

Deux EHPAD pilotes ont testé ce dispositif en lien avec les médecins traitants. Le résultat a été positif avec la réalisation de 66 téléconsultations pour 32 résidents en un peu plus de 3 mois. [45]

Le développement sera progressif mais ambitieux, avec une analyse préalable des ressources sur le territoire et une identification de zones prioritaires dites « sous-denses ».

L'ARS Hauts-de-France a inscrit comme objectif fort du PRS le développement de la télémédecine dans les zones les moins favorisées et la diminution des délais de prise en charge. Elle a figé la fin des expérimentations dans les secteurs ambulatoire, sanitaire et médico-social.

Concernant l'évolution des technologies plusieurs formats de télémédecine sont envisageables.

D'après les leçons tirées des expérimentations, la solution d'un dispositif mobile est préférable à une station fixe avec une pièce dédiée. Encore faut-il pour cela que les connexions internet WIFI soit efficaces dans toutes les structures.

Des solutions mobiles et mutualisées sont actuellement étudiées sur plusieurs territoires. Un camion de télémédecine permettrait selon les demandes des EHPAD d'offrir une solution mobile et mutualisable. Il s'agit là d'une réponse à un besoin de manière efficiente permettant d'accompagner la montée en charge des structures. Par la suite, lorsque le nombre d'actes réalisés sera suffisamment importants celles-ci pourront acquérir leur propre matériel.

Aujourd'hui la télémédecine est définie dans la majorité des cas pour des situations programmées. Des réflexions se posent sur le développement de la télémédecine pour des situations d'urgence où la question des responsabilités juridique est importante.

Selon le Dr Simon, dans les dix années à venir des solutions de télésurveillance pour les pathologies chroniques vont se développer. **Des industrielles travaillent à l'heure actuelle sur des solutions dotées d'intelligences artificielles qui pourront détecter selon des algorithmes différentes pathologies.** Il faut que les industriels travaillent sur des objets connectés qui pourraient donner l'alerte d'une complication qui peut survenir très rapidement. En EHPAD l'élément principal à développer est la compatibilité des dispositifs médicaux et des systèmes d'information. Il faudra que les données soient connectées de façon organisées car aujourd'hui beaucoup d'entre eux ne sont pas interopérables.

III. Guide pour la mise en place d'un dispositif de télémédecine en EHPAD

Ce guide est destiné à accompagner des EHPAD qui souhaiteraient s'investir dans un projet de télémédecine. Il présente les points essentiels de la construction d'un projet de télémédecine. Les différentes étapes partant de la phase d'idée à la phase du suivi opérationnel y sont détaillées.

La construction du guide s'appuie sur plusieurs éléments :

- ✚ L'état de l'art de la télémédecine dont les éléments sont repris en partie dans le 1^{er} Chapitre
- ✚ L'étude de terrain et les enseignements tirés des expérimentations de télémédecine en EHPAD (Chapitre 2)
- ✚ Les réflexions liées aux échanges et aux missions réalisées durant mon cursus de formation de management des établissements médico-sociaux

Ce guide peut être étudié de manière indépendante des autres parties.

A. L'avant-projet (analyse des besoins)

Avant de se lancer, il convient de vérifier que le projet de télémédecine réponde à un besoin clairement identifié dès le départ qui doit faire consensus entre les acteurs concernés. **Dans ce contexte l'élaboration d'un projet médical est fondamentale.** La mise en place de technologies de télémédecine sans perspectives et lignes de conduite mène le plus souvent à des difficultés importantes dans la phase opérationnelle.

Ce projet médical doit se baser sur les besoins en interne des résidents de l'EHPAD et s'imbriquer à l'offre de soins développée en externe avec des acteurs médicaux du territoire. Il doit répondre à une problématique d'offre de soins qui ne pourrait pas être apportée par celle déjà existante sur le territoire.

En interne, l'EHPAD peut s'appuyer sur un certain nombre d'indicateurs clés permettant d'identifier les besoins en termes d'accès aux soins et de spécialités :

- ✚ Le nombre de consultations et les motifs des consultations sur l'année N-1
- ✚ Le nombre d'hospitalisations programmées et non programmées sur l'année N-1

- ✚ Le nombre d'interventions d'équipes mobiles et les spécialités d'intervention sur l'année N-1

En parallèle à cela un état des lieux des ressources humaines et techniques semble impératif pour savoir si une structure peut se lancer dans ce type de projet :

- ✚ Listing des effectifs en ressources soignantes
- ✚ Pourcentage de turn-over
- ✚ Liste des projets menés en parallèle
- ✚ Qualité du réseau Wifi et du système d'information
- ✚ Appuis technique et informatique disponible en cas de défaillance

L'analyse de l'environnement médical et territorial permettra de faire l'état des lieux des moyens externes dont dispose la structure. Celle-ci permettra dans un second temps d'identifier les acteurs potentiels pouvant s'intégrer au projet.

- ✚ Listing des acteurs médicaux et paramédicaux du secteur
- ✚ Listing des équipes mobiles susceptibles d'intervenir
- ✚ Listing des centres hospitaliers ou maisons de santé du territoire ainsi que des spécialités

Dans cette première phase, il peut être intéressant de se rapprocher de l'ARS pour connaître les perspectives de développement de la télémédecine sur le territoire (par exemple le projet PREDICE va se développer en région Hauts-de-France pour l'ensemble des EHPAD).

Sur un même territoire plusieurs EHPAD peuvent collaborer pour imaginer un projet de partenariat.

B. La conception du projet médical et l'organisation

Cette phase de réflexion stratégique est selon les experts la phase clé permettant la réussite ou non d'un projet de télémédecine.

Une fois les spécificités de l'offre de soins sur le territoire et les besoins identifiés, il convient de concevoir le projet médical. L'enjeu est de préciser les objectifs du projet et les moyens nécessaires à sa mise en place sur les aspects organisationnels, financiers et techniques.

Dans ce cadre, l'élaboration du projet médical permettra de donner une perspective et une ligne directrice au projet. Son contenu doit naturellement être construit et partagé par l'ensemble des acteurs réunis.

Un périmètre d'action doit être défini tant au niveau géographique que sur le type d'actes réalisables (téléconsultation, télé expertise).

C'est dans cette phase que des outils d'appuis tels que le calendrier prévisionnel ou l'étude des points forts et des faiblesses de la structure doivent être définis.

Plusieurs modèles de gouvernance ont été observés dans notre étude.

Dans la majorité des cas, il s'agira d'une gouvernance régionale pilotée par l'ARS. Elle définira la stratégie de mise en œuvre du projet et mettra en collaboration plusieurs acteurs :

- Le Groupement de coopération sanitaire chargé d'assister la maîtrise d'ouvrage du projet
- La CPAM et la CPTS
- Des personnes, dont la mission est de coordonner le projet et d'être l'interlocuteur privilégié des acteurs
- Des industriels pour fournir les moyens techniques
- Des techniciens et informaticiens chargés de la mise en place des outils de télémédecine (matériels informatiques et numériques, logiciel...)
- Des médecins spécialistes et éventuellement des centres hospitaliers
- Les médecins traitants
- Les professionnels de santé et les chefs d'établissements

A l'intérieur de l'établissement, il semble important de déterminer **un chef de projet qui sera le pilote et suivra le projet tout au long de sa mise en place.** Cette personne sera le point central et diffusera les informations aux parties concernées. Il s'agit en général du médecin coordonnateur qui est appuyé par l'IDEC. Le directeur de structure quant à lui doit assurer en tant que gestionnaire l'adéquation entre les objectifs et les moyens engagés. **Il est important de définir un pilote des services d'information ou des services techniques qui pourra être une interface opérationnelle sur le site.**

Dès lors nous pouvons distinguer deux types de comité : un comité de pilotage et un comité opérationnel.

Le type de gouvernance et le nombre des acteurs impliqués dépend de la taille du projet mais aussi du niveau de maturité de celui-ci. La gouvernance peut être amenée à changer entre les différentes phases du projet.

C. Le cahier des charges organisationnel

L'expérience des établissements étudiés montre à quel point il est important de mettre en place une organisation stratégique dès le début de la mise en place du projet. (ANNEXE 5)

C'est dans cette phase que sont définis les rôles et les responsabilités de chacun. Les établissements qui ont mené et suivi de près une stratégie de conduite du changement ont le mieux réussi à développer le projet.

Un logigramme reprenant les étapes d'une téléconsultation ou télé expertise peut être construit en validant avec les acteurs concernés chaque étapes (du repérage d'une situation complexe à l'envoi du compte rendu).

Cela permettra de suivre le cheminement de manière visuelle et de l'intégrer à un document de référence pouvant être consulté par l'ensemble des équipes (protocoles de télémédecine).

Chaque étape du logigramme peut ensuite être détaillée pour répondre aux questions organisationnelles telle que :

- Quels sont les spécialistes requis ?
- Qui sollicite les spécialistes et comment ?
- Comment obtenir le consentement du résident ?
- Comment s'organise les actes ? (Plage horaire, prise de rendez-vous...)
- Comment est réalisée la demande ?
- Quelles sont les informations à collecter ?

La définition de l'organisation doit correspondre au cadre législatif. L'établissement peut pour cette partie être accompagné d'un soutien juridique pour valider ensemble les points sensibles : conformité avec le décret de 2010, consentement du résident, responsabilité médicale, traçabilité, RGPD, assurance.

Une fois le cahier des charges organisationnel validé, le cahier des charges technique peut être construit.

D. Le cahier des charges technique

Bien que l'aspect organisationnel soit important, nous avons observé dans les différentes expériences que l'impact technique peut être un frein énorme dans ce type de projet.

L'équipement pour la mise en place de la télémédecine concerne à la fois le matériel mais également le logiciel. Il n'y a pas de solution technique idéale. Il faut que celle-ci réponde à un besoin précis.

La solution doit être fiable et ergonomique pour faciliter l'adhésion et l'utilisation puis l'appropriation du logiciel par les professionnels. Il s'agit d'un point de vigilance important qui a souvent fait défaut dans les expériences des dernières années.

Il est inutile pour un établissement d'investir dans du matériel ultra sophistiqué si le besoin ne s'en fait pas ressentir. D'une manière globale il est recommandé avant d'investir dans du matériel et de vérifier si l'ARS ne prévoit pas de financer ce genre d'équipement dans le futur. Si possible l'établissement peut solliciter des retours d'expériences d'autres structures utilisant le même matériel et la même solution logicielle avant d'investir.

Enfin l'obsolescence de ce genre de matériel est parfois très courte. Aujourd'hui beaucoup d'industrielles se lance dans la commercialisation de matériel de télémédecine, **il est donc essentiel d'être accompagné du référent technique pour avoir un avis éclairé sur le système proposé. En général 2 solutions sont envisagées : la station fixe (pièce dédiée à la télémédecine) et le chariot de télémédecine (solution mobile).**

Encore une fois il n'y a pas de bonne ou de mauvaise solution, elles comportent chacune des avantages et des inconvénients. Néanmoins, nous pouvons décrire deux caractéristiques fortes pouvant permettre à une structure de choisir l'une ou l'autre solution.

Le choix d'une station fixe sera préféré par les établissements correspondant à ces caractéristiques :

- Bonne connexion filaire mais mauvais réseau WIFI
- Possibilité de dédier une salle pour le dispositif
- Facilité de déplacement des résidents

La salle dédiée doit être calme, assez grande (minimum 20m²), accessible à tout moment et si possible ne pas être dédiée à une autre activité.

Lorsque l'établissement dispose d'un niveau de wifi suffisant, la solution mobile sera dans la majorité des cas choisie. Elle a bien entendu l'avantage de ne pas déplacer le résident qui

reste dans l'environnement qu'il connaît le plus. Encore faut-il que la chambre soit adaptée au passage du chariot et à son installation, qu'il n'y ait pas de chambre double et que la visibilité soit adéquate.

E. La communication et la formation

Dans la construction d'un projet de télémédecine la communication est importante pour obtenir l'adhésion à la fois des professionnels mais aussi des résidents et des familles.

Comme nous l'avons déjà évoqué l'adhésion des résidents et des familles n'est pas un réel frein au développement du projet. **Le bilan préalablement réalisé pourra définir le pourcentage de résidents susceptibles de réaliser des actes de télémédecine.**

En plus de l'inscrire au contrat de séjour et/ou au règlement intérieur, il est nécessaire d'expliquer l'acte aux résidents et aux familles par exemple en Conseil de vie sociale.

Le changement de pratique qu'implique la télémédecine nécessite de mettre dans la boucle tout le personnel de l'établissement ainsi que les professionnels libéraux.

Cette communication doit se réaliser à la fois en présentielle dans le cadre de diverses réunions en s'appuyant sur différents supports de présentation mais également en faisant visiter la salle et dans le meilleur des cas en réalisant une téléconsultation à blanc. Les expériences nous montrent que l'impact visuel sur une idée parfois préconçue peut-être un bon argument pour convaincre des personnes septiques au départ. En complément, l'envoi de mail et de lettre d'information permettra de toucher le plus de personnes possibles.

La constitution de réunion d'information périodique permettra de suivre le projet et de réajuster et d'évaluer son efficacité.

En complément de l'information, la formation des équipes d'EHPAD est indispensable pour le succès du projet. Suite au temps d'échange, des réponses aux questions pourront être apportées soit par l'équipe coordinatrice du projet, soit par la personne référente de l'établissement.

Il est nécessaire qu'a minima deux professionnels soient entièrement formés à l'utilisation du matériel et du logiciel. Dans l'hypothèse d'une absence, les actes de télémédecine pourraient quand même être réalisés. La formation pourra se réaliser de manière pratique en présentant les dispositifs, leurs objectifs et en réalisant des sessions de consultation à blanc.

F. Le suivi et évaluation

Comme n'importe quel projet, il est nécessaire d'évaluer son impact et son efficacité vis-à-vis des objectifs fixés initialement. Pour cela l'établissement peut définir un certain nombre d'indicateurs de suivi et de la performance. Dans la majorité des cas les indicateurs sont définis par l'ARS et doivent être remontés périodiquement. Parmi ces indicateurs nous pouvons donner quelques exemples :

- Le taux de consultation avant/après l'installation de la télémédecine
- Le taux d'hospitalisation avant/après
- Nombre de séances réalisées (téléconsultation et télé-expertise)
- Nombre de résidents ayant réalisé des actes de télémédecine

Les indicateurs recueillis peuvent donner une idée globale du projet. Le temps entre les premières consultations et l'amélioration des indicateurs peut parfois être long car cela est souvent difficile à objectiver en particulier sur les perspectives économiques que la télémédecine est susceptible d'offrir.

Il est important que l'extraction des données permettant de compléter les indicateurs ne soit pas chronophage. Une extraction automatique des données avec un logiciel interopérable est la solution idéale pour le suivi de l'activité.

G. Modèle économique

Bien que le projet de télémédecine relève d'une priorité de santé publique et que sa mise en œuvre doit dépasser les enjeux économiques, il est important de pouvoir anticiper le modèle économique permettant de pérenniser le projet.

La question du financement peut être dans un certain nombre de cas une réelle problématique. Globalement, les projets étudiés n'ont pas eu de réelles difficultés à trouver les investissements nécessaires au montage du projet grâce aux dotations fournies par l'ARS. Pour les projets financés par des fonds propres, il est important d'être vigilant. **Les coûts occasionnés par la mise en place du dispositif de télémédecine ne doivent pas engendrer une baisse de qualité de la prise en charge en diminuant les autres postes de dépenses.**

Les modèles économiques sont différents d'une région à l'autre. Les futurs projets devront s'inscrire pour la plupart dans un programme régional qui définira les modalités d'accompagnement économique prévu. A ce jour des moyens financiers sont d'ores et déjà prévus par les pouvoirs publics pour soutenir les établissements.

Aujourd'hui les solutions de télémédecine se développent de plus en plus. La majorité des logiciels de gestion de soin comme TITAN ou NETSOINS développe des solutions mobiles pouvant s'intégrer dans plusieurs types de projets différents. **Cela offre de belles perspectives de réduction de coûts et d'interopérabilité des systèmes d'informations.**

H. Les 15 Questions à se poser avant de se lancer dans un projet de télémédecine.

1	Pourquoi me lancer dans un projet de télémédecine ?
2	Quels sont les objectifs du déploiement de la télémédecine ?
3	Quels sont les types d'actes réalisables ?(télé-expertise, téléconsultation)
4	Quelles sont les spécialités pour lesquelles mon établissement aurait besoin de télémédecine ? (Plaies, psychogériatrie, gériatrie, cardiologie ...)
5	Le climat global de la structure est-il bon ? (absentéisme, turn-over...)
6	En interne quels sont les acteurs à impliquer dans la démarche ?
7	Ai-je les ressources médicales et soignantes suffisantes pour réaliser ce projet ?
8	En externe quelles sont les ressources dont je dispose ?
9	Quelles sont les relations entretenues avec les médecins traitants et autres intervenants dans la structure ?
10	Pourrais-je impliquer les médecins traitants dans le projet ?
11	Quelle sera la ou les personnes pilote(s) et référente(s) du projet ?
12	Par qui sera réalisée la Maitrise d'ouvrage ?
13	Quel sera le modèle économique de financement du projet ?
14	Mon débit internet est-il suffisant pour faire de la télémédecine ?
15	Quel est l'appui technique et informatique dont je dispose en cas de difficultés ?

Conclusion

Le monde de la santé doit aujourd'hui faire face à plusieurs défis. L'un des plus importants est l'accompagnement et la prise en charge de la dépendance et des pathologies des personnes âgées.

Les politiques et les pouvoirs publics prennent peu à peu conscience de ce futur bouleversement. Il est aujourd'hui indispensable de repenser la stratégie de prise en charge de cette population.

L'arrivée du numérique, d'internet, des nouvelles technologies et autres objets connectés, l'idée d'une médecine à distance émerge depuis les années 2000.

Après quelques balbutiements, **la télémédecine est définie pour la première fois dans la loi « Hôpital, Patients, Santé, Territoires » (HPST) en Juillet 2009**. On parle alors d'une pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication. Elle repose sur un socle réglementaire et sur une définition précise des 5 actes qui sont : la téléconsultation, la télé expertise, la télésurveillance, la téléassistance, et la régulation téléphonique.

Suite à cela un plan de déploiement stratégique de la télémédecine a été défini. Parmi les 5 domaines prioritaires nous nous sommes intéressés dans ce mémoire à étudier les expérimentations de télémédecine dans le domaine médico-social à travers les expérimentations en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD). Depuis 2013 de nombreux EHPAD ont expérimenté diverses applications de télémédecine en lien avec des médecins de différentes spécialités.

L'apport de la télémédecine dans les enjeux futurs fait aujourd'hui consensus entre les acteurs concernés.

Les expérimentations auront permis dans un premier temps de valider l'utilité d'un dispositif de télémédecine en EHPAD. **Cela se concrétisant par le récent remboursement des actes de téléconsultations et de télé expertises par l'assurance maladie.**

Dans un second temps, les différentes expériences évoquées dans ce document, nous ont aussi permis de pointer du doigt certaines difficultés dans la mise en place du dispositif.

En plus d'un matériel sécurisé adapté et simplifié nécessaire à ce type de pratique, nous avons observé que le facteur humain joue un rôle fondamental dans le bon développement du projet.

Dans un dernier temps l'étude bibliographique, l'observation et l'analyse des différents projets et les réflexions émises lors des entretiens, nous ont permis d'identifier dans un guide les éléments clés. L'objectif de ce guide sera d'aider et d'accompagner de manière pratico-pratique un établissement qui souhaiterait s'impliquer dans la télémédecine.

Il s'agit d'un projet où le mot d'ordre est la coordination entre chacun des acteurs.

Une bonne organisation des ressources matérielles et surtout humaines est importante pour mener à bien ce type de projet. L'implication de chacune des parties prenantes, le pilotage et la stratégie d'organisation tout au long de la construction du dispositif font parties des éléments clés et nécessaires au bon développement d'un dispositif de télémédecine en EHPAD. **Cela passe avant tout par un consensus entre chacune des parties prenantes et une co-construction d'un projet médicale clairement défini.**

Nous pouvons penser que les récentes évolutions numériques et légales vont permettre d'inscrire de manière durable ce genre de dispositif dans les structures médico-sociales telles que les EHPAD.

Encore faut-il que chacun puisse apprendre des diverses expériences et se donner les moyens financiers, techniques et organisationnels pour avancer sereinement. Il s'agit là d'un des axes de travail permettant de converger vers un objectif commun d'une meilleure prise en charge de nos aînés.

Les nouveaux projets qui vont voir le jour prochainement permettront de faire le point sur l'implication des médecins traitants dans cette démarche.

De manière plus globale, il faut réfléchir dès aujourd'hui sur les modes d'accompagnement des seniors de demain que nous sommes. Selon bons nombres d'experts, cela passera par une amélioration et une optimisation de la coordination du parcours de soins entre le domicile, les structures d'hébergement médicosocial et le sanitaire.

D'autres dispositifs en expérimentation vont voir le jour comme par exemple les IDE d'astreinte de nuit permettant à de nombreux EHPAD dépourvus de ressources soignantes la nuit de rassurer et d'intervenir sur site si besoin.

Les IDE en pratiques avancées pourront également permettre de compléter et d'améliorer l'offre de soins sur les territoires. Avec des fonctions et des responsabilités plus grandes.

Bibliographie

- [1] – INSEE. 2016. Population par âge. [en ligne] disponible sur <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1906664?sommaire=1906743>
- [2] - Article 78 de la loi n°2009-879 du 21 Juillet 2009 dite « HPST »
- [3] - MANAGER-SANTE. 2018. Peut-on construire ensemble un “modèle de E-Santé” réellement bénéfique pour la santé des citoyens ? [en ligne] Disponible sur <https://managersante.com/2018/08/31/peut-on-construire-ensemble-un-modele-de-e-sante-ayant-un-reel-impact-pour-les-citoyens-reponse-du-docteur-pierre-simon/>
- [4] – SIMON Pierre, Télémedecine – Enjeux et pratiques, Editions Le Coudrier, 2015.
- [5] - Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie
- [6] – Rapport. La place de la télémedecine dans l'organisation des soins. Pierre Simon et Dominique Acker. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_final_Telemedecine.pdf
- [7] Décret n° 2010-1229 du 19 octobre 2010 relatif à la télémedecine. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022932449&categorieLien=id>
- [8] - TICSANTE. La DGOS prépare un plan national de déploiement de la télémedecine, 2010, Disponible sur : https://www.ticsante.com/la-DGOS-prepare-un-plan-national-de-deploiement-de-la-telemedecine-NS_801.html
- [9] - DGOS. Guide méthodologique pour l'élaboration du programme régional de télémedecine. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_methdologique_elaboration_programme_regional_telemedecine.pdf
- [10] JORF n°0245 du 21 octobre 2010 texte n° 13 Décret n° 2010-1229 du 19 octobre 2010 relatif à la télémedecine
- [11] Code de santé publique Article L. 6316-1
- [12] JORF n°0303 du 29 décembre 2017 texte n° 1 LOI n° 2017-1775 du 28 décembre 2017 de finances rectificative pour 2017
- [13] LOI n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018
- [14] JORF n°0105 du 5 mai 2016 texte n° 20 Arrêté du 28 avril 2016
- [15] Convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie du 25 AOÛT 2016. Avenant N°6
- [16] – AMELI. 2019. « La Convention et ses savants ». Disponible sur : <https://www.ameli.fr/medecin/textes-reference/convention-medicale-2016/convention-et-avenants>

- [17] – TICSANTE. 2017. « PLFSS 2018 : Feu vert à la généralisation des actes de téléconsultation et de télé expertise », Disponible sur : https://www.ticsante.com/PIFSS-2018-feu-vert-a-la-generalisation-des-actes-de-teleconsultation-et-de-tele-expertise-NS_3721.html
- [18] SECURITE SOCIAL. « Mon parcours d'assuré ». Disponible sur : https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Fiche_2_ALD_Depense_sante_.pdf
- [19] – AMELI. 2019. « La télé expertise ». Disponible sur <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/telemedecine/teleexpertise>
- [20] AMELI. 2019. « Modernisation du cabinet médical avec le forfait structure ». Disponible sur : <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/vie-cabinet/aides-financieres/modernisation-cabinet>
- [21] – HAS. 2011. « Efficience de la télémédecine : état des lieux de la littérature internationale et cadre d'évaluation ». Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-06/cadrage_telemedecine_vf.pdf
- [22] – TELEMEDACTION « Pourquoi certains pays africains choisissent aujourd'hui le modèle de la télémédecine clinique ». Disponible sur : <http://www.telemedaction.org/432228789>
- [23] - MBADMB. « La télémédecine en Afrique : l'espoir et le défi ». Disponible sur : <http://www.mbadmb.com/2017/03/06/esante-digital-telemedecine-afrique/>
- [24] – BRAMI Gérard, Les paradoxes de l'évolution des Ehpad, Edition LEH, 2013
- [25] – CNSA. 2017. « La situation des EHPAD en 2016 Analyse budgétaire de la prise en charge des résidents en EHPAD ». Disponible sur : https://silver-normandie.fr/wp-content/uploads/sites/2/2017/12/CNSA_portrait_EHPAD_2016_vf.pdf
- [26] - DREES. Juillet 2017. « Etudes et Résultats ». Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1015.pdf>
- [27] – DREES. 2018. « Près d'un Ehpad sur deux confronté aux difficultés de recrutements » Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/communiqués-de-presse/article/pres-d-un-ehpad-sur-deux-confronte-a-des-difficultes-de-recrutement>
- [28] - Arrêté du 20 octobre 2016 portant approbation de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 25 août 2016

- [29] – ANAP. 2016. « La Télémédecine en action : construire un projet de télémédecine ». Disponible sur : <https://www.anap.fr/ressources/publications/detail/actualites/la-telemedecine-en-action-construire-un-projet-de-telemedecine/>
- [30] - SALLES Nathalie, « Télémédecine en EHPAD – Les clés pour se lancer », Editions Le Coudrier, 2017.
- [31] ANESM. 2015. « Comment réduire les hospitalisations non programmées des résidents en EHPAD » Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-07/fpc_reduire_hospit_residents_ehpad.pdf
- [32] - DGOS. 2012. « Recommandations pour la mise en œuvre d'un projet de télémédecine Déploiement technique : Urbanisation et infrastructure ». Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Recommandations_mise_en_oeuvre_projet_telemedecine.pdf
- [33] – MANAGER-GO. 2018. « Quelles sont les différences entre une étude qualitative et une enquête quantitative ? ». Disponible sur : <https://www.manager-go.com/marketing/questions-reponses/quelles-sont-les-differences-entre-une-etude-qualitative-et-une-enquete-quantitative>
- [34] - TIC SANTE. 2012. « Nord-Pas-de-Calais: création d'un GCS régional dans le domaine des SI de santé » Disponible sur : <https://www.ticsante.com/story/1286/nord-pas-de-calais-creation-d%E2%80%99un-gcs-regional-dans-le-domaine-des-si-de-sante.html>
- [35] – TEMPS DE VIE. « Résidence le clos fleuris ». Disponible sur : <https://tempsdevie.fr/etablissements/residence-clos-fleuri/>
- [36] - Maison St Jean. « Bienvenue à la maison St Jean ». Disponible sur : <http://www.maisonsaintjeanlille.fr/>
- [37] – ACCES. « Les EHPAD ». Disponible sur : <https://www.acces-asso.fr/les-ehpad>
- [38] TEMPS DE VIE. « Résidence Saint Jean ». Disponible sur : <https://tempsdevie.fr/etablissements/residence-saint-jean/>
- [39] – AHNAC. “Nos établissements”. Disponible sur : <https://www.ahnac.com/nos-etablissements/>
- [40] – AMELI. 2019. « Notre CPTS est née d'un besoin de se parler entre professionnels de santé ». Disponible sur : <https://www.ameli.fr/pharmacien/actualites/notre-cpts-est-nee-dun-besoin-de-se-parler-entre-professionnels-de-sante>
- [41] – MALTA. « Titan Web Médecin ». Disponible sur : <http://www.malta-informatique.fr/solution-logiciel/web-medecin>
- [42] LA VOIX DU NORD. 2019. « Liévin : Comment la télémédecine peut soigner les personnes âgées ». Disponible sur : <https://www.lavoixdunord.fr/601781/article/2019-06-21/comment-la-telemedecine-peut-soigner-les-personnes-agees>

[43] - UNIV-LILLE. « DIU de télémedecine ». Disponible sur : <https://www.univ-lille.fr/formations/fr-MDUTM217.html>

[44] – ESANTE – HDF. « Santé & Numérique Hauts-de-France ». Disponible sur : <https://www.esante-hdf.fr/qui-sommes-nous/gip>

[45] – TIC SANTE. 2019. « L'ARS Hauts-de-France ouvre un service numérique régional pour la téléconsultation ». Disponible sur : <https://www.ticsante.com/story/4674/l-ars-hauts-de-france-ouvre-un-service-numerique-regional-pour-la-teleconsultation.html>

Illustrations / Tableaux

Figure 1: Evolution des GMP et PMP entre 2010 et 2016.....	17
Figure 2: Graphique représentant les difficultés de recrutement en EHPAD	19
Figure 3 : Le processus générique de réalisation d'un acte de télémedecine	21
Tableau 1 : Réalisation des actes de télémedecine de 2015 à 2017	34

Glossaire

ANAP : Agence Nationale d'Appui à la Performance

ANESM : Agence Nationale de l'Evaluation et de la Qualité des Etablissements et Services Sociaux et Médico-Sociaux (aujourd'hui HAS)

AHNAC : Association Hospitalière Nord Artois Clinique

ARS : Agence Régionale de Santé

ASD : Aide-Soignant Diplômé

CODIR : Comité de direction

CPTS : Communautés Professionnelles Territoriales de Santé

CSP : Code de la Santé Publique

CVS : Conseil de la Vie Sociale

DGOS : Direction Générale de l'Offre de soin

DMP : Dossier Médical Partagé

DPI : Dossier Patient Informatisé

DRESS : Direction de la Recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

ECG : Electrocardiogramme

EHPAD : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

ETP : Equivalent-temps-plein

GMP : GIR Moyen Pondéré

GIR : Groupe Iso-Ressource

HAS : Haute Autorité de Santé

HPST : Hôpital, Patient, Santé, Territoire

IDE : Infirmier(ère) Diplômé(e) d'Etat

IDEC : Infirmier(ère) Diplômé(e) d'Etat Coordinateur (trice)

LFSS : Loi de financement de la sécurité sociale

MEDCO : Médecin Coordonnateur

MSP : Maison de Santé pluri Professionnelle

PAERPA : Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie

PRS : Projet Régional de Santé

UNCAM : Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie

URPS : Union Régionale des Professionnels de santé

ANNEXES

ANNEXE 1

Synthèse de l'entretien avec Monsieur le Docteur Pierre SIMON, Médecin et Praticien Hospitalier, Gériatre, Néphrologue

Bonjour M. SIMON, pouvez-vous vous présenter s'il vous plaît ? Expliquer votre parcours professionnel ?

Je suis un ancien médecin hospitalier néphrologue. Au milieu des années 90 je me suis intéressé à la télémédecine pour développer la télé expertise, car dans ma spécialité il y avait la possibilité d'éviter des consultations en présentielle. J'ai donc développé cette offre auprès des médecins généralistes en Bretagne. J'ai ensuite développé un modèle de télémédecine pour surveiller les patients à distance dans le début des années 2000. C'est un modèle qui a bien pris et qui a été validé par l'HAS. Cela m'a valu en 2007 d'être appelé par la ministre de la santé de l'époque Roselyne Bachelot pour travailler le sujet de la télémédecine en France.

En 2008 j'ai réalisé un rapport ministériel qui s'appelle « La place de la télémédecine dans l'organisation des soins » permettant de flécher la télémédecine dans la loi HPST Hôpital Patient Santé Territoire du 21 juillet 2009 et par la suite d'écrire le décret sur la télémédecine du 19 octobre 2010. Je suis également juriste, et c'est un peu pour cela que j'ai fait carrière pendant 3 ans au ministère de la Santé. J'ai également fondé la société française de télémédecine en 2006 dont j'ai été le président de 2010 à 2015. C'est une société savante qui avait pour objectif de réfléchir sur toutes les applications de la télémédecine dans une vingtaine de spécialités médicales. Notre conseil d'administration est composé de représentants de sociétés savantes médicales, des médecins mais aussi des infirmiers, des pharmaciens et également des sociologues.

Depuis 2015 j'accompagne des projets de télémédecine à l'étranger notamment en Colombie et en Côte d'Ivoire et je tiens le blog sur la télémédecine.

Qu'est-ce qui vous a poussé à étudier la télémédecine ?

Je me suis intéressé à la télémédecine dans mes fonctions hospitalières au début des années 1990. Les laboratoires d'analyses médicales avaient développé un indicateur médical rénal permettant de dépister beaucoup plus tôt la maladie rénale. Dans ce contexte nous devons réaliser beaucoup plus de consultations à l'hôpital qui ne me paraissaient pas

toujours justifiées. Nous avons pour but d'aider par la télé expertise asynchrone (courriel) entre spécialistes et médecins généralistes qui me demandaient de leur préciser les différentes conduites à tenir. Il s'agissait en 1995 des premières télé expertises néphrologiques.

En 2000 j'ai développé une solution de télésurveillance de maladie chronique rénale en dialyse à distance parce que j'avais du mal à accepter les conditions de vie des patients qui étaient de plus en plus âgés et qui habitaient à 100 km du lieu du centre de dialyse. Ils devaient parfois se lever à 5h du matin pour se faire traiter dans l'hôpital où je travaillais. Nous avons donc imaginé le montage d'un programme de télé dialyse qui était un programme nouveau **de 2000 à 2004 nous étions dans l'illégalité puisque les soins à distance n'étaient pas reconnus**. En 2004 est née la première définition de la télémédecine dans une ordonnance de la sécurité sociale. A partir de cette année-là nous avons pu travailler de façon plus encadrée sur le développement de cette application avec l'aide à l'époque de l'ARH et des financements du ministère qui trouvait le modèle intéressant. Concrètement, la télé dialyse permettait à des gens qui sont traités trois fois par semaine par des séances de 4h d'être suivi à distance par des médecins néphrologues qui ne sont pas auprès d'eux grâce à un système de visioconférence. Ce modèle a été très bien apprécié par les patients car il y a un bénéfice social et ils restent dans leur environnement avec des séances compatibles avec leurs âges et leurs habitudes de vie. **Nous arrivions à développer des solutions de médecine prédictive qui permettent d'anticiper les éventuelles complications et nous étions en avance sur le Big Data**. Notre modèle a été rapidement validé par la HAS et a été repris **dans le programme ETAPES**. L'Assurance Maladie souhaiterait que ce type de projet se développe davantage car il y a beaucoup de coûts évités et en particulier les coûts liés au transport.

Vous étudiez la télémédecine depuis plus de 20 ans. Quelles sont les évolutions marquantes que vous avez constatées durant ces années ?

La télémédecine existe en réalité depuis une centaine d'années. A chaque fois que la médecine a été confrontée à des soins à distance ils ont trouvé des réponses : d'abord le télex ensuite le télégraphe et enfin le téléphone. **Les moyens de télécommunication n'étaient pas excellents mais l'arrivée de l'Internet en 2000 a bousculé toutes les applications de télémédecine qui se sont développées**. La société a également changé avec une vision de la médecine de consommation immédiate d'avis médicaux lorsque l'on en a besoin. Cela est tout le problème qui est posé à la médecine du 21e siècle où le médecin n'est pas formé en

dehors d'urgence vitale à faire de la médecine immédiate. Cela est incompatible avec la crise actuelle que l'on appelle « désert médical » En réalité la France est le pays où il y a plus de médecins généralistes et nous ne manquons pas de médecins. Le problème est aujourd'hui que le métier a changé. Les médecins consacrent à l'heure actuelle beaucoup moins de temps à leur métier. [Nous avons constaté une diminution du temps médical de 30 % consacré au métier lorsque la génération du 20e siècle faisait environ 70 heures par semaine la génération d'aujourd'hui est entre 45 et 50 heures en moyenne.](#) Cette baisse importante du temps médical consacrée au citoyen entraîne l'impression d'une pénurie. C'est une raison pour laquelle le ministère de la Santé a choisi d'augmenter le numerus clausus mais cela aura un effet que dans une dizaine d'années.

En France, je pense qu'il ne faut pas utiliser le terme de désert médical. Les déserts médicaux existent en Afrique et dans certains pays en cours de développement mais dans les pays développés le terme de « changement de mode d'exercice » me semble plus approprié.

Compte tenu de la demande croissante de la société de l'immédiateté, les gens sont très vite angoissés dans leur rythme de vie actuelle et veulent être rassurés, orientés et avoir une solution. [La télémédecine dans ce contexte pourrait améliorer cette situation sans attendre non plus des solutions miracles.](#)

Vous avez évoqué la différence entre les pays développés et moins développés. Quelle est votre vision de la télémédecine à l'internationale ?

La télémédecine existe dans tous les pays développés. La France n'a pas à rougir de ce qu'elle fait, je pense qu'elle est même un peu en avance par rapport à d'autres pays. La différence entre certains pays anglo-saxons c'est que nous ne faisons pas une médecine commerciale. [Aux États-Unis si la télémédecine se développe, c'est dans une vision commerciale avec un marché de la téléconsultation.](#) En France ou dans les pays d'Europe en général le code de déontologie médicale empêche les médecins de pratiquer la médecine comme un commerce. Il est vrai qu'aujourd'hui lorsque l'on veut comparer le développement des pratiques il faut connaître le contexte de chaque pays. Les pays du nord de l'Europe qui avaient des besoins très spécifiques d'accès à la médecine ont développé des applications de télémédecine. [Ils ont également une pratique de la télémédecine qui est plus proche de la vision anglo-saxonne que de la vision latine.](#) La problématique dans la télémédecine à l'international c'est de savoir si l'on veut faire d'une pratique médicale une consommation commerciale. C'est une question de culture, les médecins actuels qui sont

en exercice ne veulent pas qu'elle devienne un commerce en revanche certains jeunes médecins qui arrivent sur le marché ne sont pas choqués que la médecine devienne un commerce. Nous avons de plus en plus de jeunes médecins entrepreneurs qui créent des start-up pour faire du business.

Si l'on retourne en France, vous dites dans votre livre « Télémédecine enjeux et pratiques » que le plan E-santé n'a pas eu le succès escompté pouvez-vous m'en dire plus sur cela ?

En 1999 à un congrès à Londres des Australiens ont présenté le concept de la e-santé créé par des ingénieurs informaticiens. C'est-à-dire la santé par internet avec une vision très anglo-saxonne de la médecine. Ils nous ont dit "Maintenant il n'y a plus de télémédecine ça va être la e-santé avec un développement industriel". [Le ministère de la santé a dû s'inspirer de cela pour développer immédiatement un plan de santé 2000 en mettant beaucoup d'argent à l'époque pour les industriels.](#) En 2008 la ministre de la Santé m'a demandé de faire le bilan de cette expérience, cela était un échec cuisant. Il y a eu beaucoup de matériel de vendu par des industriels à des maisons de retraite comme des valises de télémédecine. L'argument était de dire : "s'il y a une urgence vous ouvrez la valise et vous êtes en contact avec un médecin". Mais la télémédecine ne se fait pas avec des outils, elle se fait d'abord avec des hommes et de l'organisation. [Le modèle de financement n'était pas le bon et l'implication des professionnels de santé n'a pas abouti.](#) Nous en avons tiré la leçon dans le [rapport de 2010 que nous avons confié à la ministre de la santé.](#)

Suite à cela est venu le plan stratégique du développement de la télémédecine de 2011 à 2017, pouvez-vous me détailler cela ?

[En Juin 2011 le conseil des ministres a ciblé 5 priorités nationales en tirant les leçons de l'échec précédent et en donnant un cadre prioritaire à la télémédecine. Les permanences des soins en imagerie médicale, la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux \(AVC\), la santé des personnes détenues, la prise en charge des maladies chroniques \(insuffisance rénale chronique, insuffisance cardiaque, diabète...\), les soins en structure médico-sociale ou en hospitalisation à domicile \(HAD\).](#)

L'AVC a bien fonctionné, la radiologie aussi et dans les prisons cela commençait à se développer. La télémédecine dans les EHPAD a été considérée comme étant un véritable besoin il fallait tout faire pour la développer et pour améliorer à la fois l'accès aux médecins

traitants mais aussi aux spécialistes. Une étude épidémiologique montrait que les 800 000 résidents étaient la population la plus malade de France avec un âge moyen de 85 ans et 8 maladies chroniques par résidents. C'étaient eux les plus mal suivis d'un point de vue médical et il fallait trouver des solutions. Dans les EHPAD l'intérêt de la télémédecine et de trouver une organisation qui permettent de suivre les résidents. L'objectif était d'avoir une téléconsultation programmée par mois et par résident. Sur les 10 000 EHPAD en France il y en a 5000 qui sont publics, dans ceux-ci les gériatres s'investissent pas mal dans le suivi des résidents pour les 5000 autres EHPAD privés il y a beaucoup de difficultés à motiver les médecins traitants à s'investir dans des téléconsultations.

Quels sont les enjeux et les réponses apportées par la télémédecine en terme d'accompagnement d'une population en EHPAD de plus en plus dépendante ?

Personnellement, je pense que nous ne pouvons pas dire que nous n'avons pas de solution possible, encore faut-il que ces solutions fassent consensus. Aujourd'hui la capacité des EHPAD est entre 80 et 100 résidents. Avec la position des médecins traitants nous avons remarqué que chaque EHPAD ne faisait pas plus de trois ou quatre téléconsultations par mois cela est nettement insuffisant pour pouvoir avoir une bonne pratique. Nous pouvons nous rendre compte que d'implanter un système de télémédecine fixe dans chaque établissement n'est peut-être pas la bonne solution. L'idée est donc de trouver des solutions mobiles qui permettraient dans un territoire où il y a une centaine d'EHPAD d'avoir par exemple un camion de téléconsultation qui se déplacerait avec une programmation et qui répondrait à des demandes des EHPAD. Aujourd'hui il y a des compagnies d'ambulance qui s'y intéressent. Mais de l'autre Côté ce qui pose problème est la difficulté de trouver les médecins qui veulent faire des téléconsultations pour les EHPAD. Dans certains centres de santé il y a des médecins qui arrivent à s'organiser en créant des plages de téléconsultations programmées. Mais cela n'est pas harmonieux dans toutes les régions.

La solution serait de faire appel à des plateformes de téléconsultation aujourd'hui considérées comme des plateformes commerciales financées par des mutuelles. Mais l'assurance maladie dans son avenant 6 ne veut pas reconnaître les plateformes nationales où il y a des jeunes médecins qui font des permanences, environ 400 médecins aujourd'hui en France.

Pour la population générale qui en use et en abuse cela est un succès. Aujourd'hui nous en sommes à 15000 téléconsultations par semaine réalisées sur les plateformes alors que les consultations d'assurance maladie oscillent entre 1000 à 1500 c'est quasiment 10 fois moins.

Il faudrait y avoir une négociation entre les mutuelles et l'assurance maladie pour que tout le monde essaye d'utiliser les moyens qui se sont développés aujourd'hui au service des EHPAD. L'Assurance Maladie propose des solutions territoriales comme les CPTS qui doivent normalement se mettre en place au niveau de chaque territoire et apporter des solutions lorsque les médecins traitants ne peuvent pas être joints.

Selon vous quels types de spécialités sont propices à la télémédecine en EHPAD ?

Il faut partir du principe que les résidents d'EHPAD cumulent en moyenne 8 maladies chroniques, les plus fréquentes sont : l'insuffisance cardiaque, le diabète, l'hypertension artérielle, les maladies respiratoires chroniques, les maladies neurologiques et psychiatriques. Il y a beaucoup de résidents qui ont des troubles cognitifs avec des débuts d'Alzheimer ou des troubles du comportement important. Il y a besoin d'avoir des services spécialisés dans le domaine. Les cardiologues sont souvent sollicités puisque la première cause de venue aux urgences hospitalières est l'insuffisance cardiaque. L'audition et la vue sont également des spécialités importantes avec un besoin de spécialistes pour améliorer la qualité de vie des résidents. Il faut sortir de l'idée qui a prévalu pendant plusieurs années où l'on faisait venir un médecin en EHPAD lorsqu'il y avait une urgence, il faut agir en amont en suivant les résidents régulièrement tant en soins primaires qu'en soins spécialisés.

Pendant votre parcours quels sont les projets de télémédecine en EHPAD auxquels vous avez participé ?

Je peux vous citer deux expériences de téléconsultation dans des EHPAD. Une relevant du service public, où la question des moyens qui sont parfois insuffisants est importante. Les gériatres comme les infirmières en gériatrie ont un rôle important dans le projet. Il faut que l'établissement s'engage à développer des prestations vers les EHPAD. C'est un choix stratégique des établissements. Nous espérons qu'avec les GHT qui intègrent également des EHPAD il y ait des filières de soins qui soient reconnues. L'objectif était de permettre aux médecins gériatres de développer des prestations vers les EHPAD pour des problématiques de plaies chroniques.

Du côté EHPAD privé j'essaie actuellement de mettre en place une solution mobile de téléconsultation. Mais nous nous heurtons à des réticences de la part des médecins traitants qui disent ne pas avoir le temps de faire la téléconsultation mensuelle pour chacun de leur

patientèle en EHPAD. Il faut donc trouver des solutions soit au niveau territorial avec les CPTS lorsqu'il existe ou peut-être au niveau national avec les plateformes.

Quels sont selon vous les acteurs à mobiliser pour monter un projet de télémédecine en EHPAD ?

Un projet de télémédecine en EHPAD est un projet qui intéresse beaucoup d'acteurs. Il y a les élus qui sont très sensibilisés à cette question qui l'ont d'ailleurs fait remonter dans le grand débat national. Vous avez bien sur tous les professionnels de santé et les chefs d'établissement d'EHPAD qui doivent être moteur dans les projets, les infirmiers ont également un rôle important car ils sont au chevet des résidents et peuvent dépister le besoin d'un avis médical et les médecins traitants qu'il faut convaincre. Les médecins spécialistes pour les convaincre d'intervenir en EHPAD, puis également la Caisse Primaire d'Assurance Maladie, les instances territoriales, la CPTS qui devrait apporter des réponses pour la permanence des soins, Il y a aussi des acteurs industriels qui vont fournir les moyens techniques qui existent et qui évoluent avec le temps. Pour moi un bon projet de télémédecine doit être un consensus de tous les acteurs qui acceptent une organisation nouvelle parce que nous ne faisons pas de la télémédecine avec une organisation en place. Il faut accepter de repenser sa propre organisation professionnelle une fois le consensus réalisé il faut adapter le cahier des charges avec l'industriel et ne pas faire l'inverse. Ce n'est pas parce que nous proposons du matériel adapté que nous allons faire de la télémédecine dans les EHPAD.

Aujourd'hui environ 1800 gériatres en France avec une densité différente selon les régions. Avec le vieillissement de la population il y a une pénurie de gériatre. Aujourd'hui 18 % de la population française a plus de 65 ans, 10 % a plus de 75 ans et leurs problématiques ne peuvent pas être traitées de la même manière qu'une personne jeune et active. Il y a une nécessité de faire des organisations mixtes en associant les médecins traitants et les spécialistes.

Quels sont les autres freins au développement de la télémédecine en EHPAD ?

Pour les EHPAD qui se sont lancés dans le dispositif la moyenne est de 4 téléconsultations par mois. Cela est insuffisant pour qu'il y ait un développement pérenne de cette pratique. D'où l'idée de proposer des solutions mobiles et mutualisées pour permettre aux EHPAD de

monter progressivement en charge et dans l'attente d'une demande suffisante pour qu'ils puissent s'équiper d'un dispositif fixe.

Lorsque les pouvoirs publics ont lancé la téléconsultation dans les EHPAD en mars 2017 ils devaient en échange de financements s'engager à réaliser 50 téléconsultations par mois. L'aide financière proposée n'a eu aucun impact car les établissements n'ont jamais pu réaliser ce quota.

Les recommandations de 10 millions (1 consultation/mois/résident) de téléconsultations n'ont pas été atteintes par manque de moyens dans les EHPAD. C'est pourquoi aujourd'hui, l'assurance maladie n'a prévu de financer que 500 000 téléconsultations en 2019, 1 000 000 en 2020 et 1 500 000 en 2021 ce qui est très loin du besoin réel.

Quels conseils donneriez-vous à un EHPAD qui souhaiterait mettre en place un projet de télémédecine ?

Le projet médical doit être la première étape. Il doit associer l'EHPAD, les médecins traitants et les gériatres. Il ne faut surtout pas commencer par acheter du matériel avant d'avoir validé ce consensus.

Que pensez-vous du diplôme universitaire de télémédecine ?

Il a été initié en 2014 par la société française de télémédecine et met l'accent sur la télémédecine en gériatrie. Nous avons surtout des professionnels de santé et des industriels mais encore faut-il que les médecins traitants puissent venir se former. Depuis Décembre 2018 les médecins libéraux peuvent être défrayés à hauteur de 225€ / jour cela va peut-être les pousser à la formation ...

Quels sont selon vous les perspectives de la télémédecine en EHPAD ?

Elles sont très importantes nous sommes au début du développement de la télémédecine en EHPAD. Je ne pense pas que la télémédecine soit une bonne solution pour des situations d'urgence où la question juridique des responsabilités est importante. La téléconsultation doit être réalisée en amont des complications. Dans 10 ans je pense que nous aurons des solutions de télésurveillance pour les pathologies chroniques. Il faut que les industriels travaillent sur des objets connectés qui pourraient donner l'alerte d'une complication débutante. Ces objets connectés seront pilotés par des algorithmes et de l'intelligence

artificielle. Il faudra bien sûr renforcer le personnel humain dans les EHPAD. Il y a un gros effort à faire dans les EHPAD sur les systèmes d'information. Il faudra que les données soient connectées de façon organisées car aujourd'hui ils ne sont pas interopérables.

Je pense personnellement que la téléconsultation, la télésurveillance et la télé expertise rentreront de manière indiscutable dans l'exercice médical des EHPAD.

ANNEXE 2

Synthèse de l'entretien avec le Dr Marie DUBOIS, Médecin coordonnateur à l'EHPAD « Le Clos Fleuris » à St André-lez-Lille

Bonjour Madame, pouvez-vous vous présenter et présenter la structure dans laquelle vous travaillez ?

Je suis le docteur Marie DUBOIS, médecin coordonnateur à mi-temps depuis 5 ans dans l'EHPAD du clos fleuris. Je suis chargée de faire le lien avec les médecins traitants des résidents, avec l'hôpital et la HAD, de réaliser les protocoles de soins, d'établir les dossiers et des prises de rendez-vous de télémédecine. Je suis en contact avec l'ARS, le Conseil Départemental pour les GIR et les PATHOS.

La structure comporte 71 résidents dont 11 en UVA et 60 en unité classique avec un PASA de 14 résidents.

Avez-vous remarqué une évolution du type de population accueillie au fil du temps ?

Au fil des années nous avons une population qui est de plus en plus dépendante avec des gens qui arrivent de plus en plus tard dans un état parfois assez catastrophique. Nous n'avons plus de gens valides comme auparavant et beaucoup de dépendance à des stades très avancés. Les résidents sont pour la plupart poly pathologiques. Cela implique une prise en charge médicale très lourde avec un grand besoin d'aide à la dépendance.

Dans la prise en charge des soins quelles sont les difficultés auxquelles vous devez faire face ?

La principale difficulté est le peu de personnel par rapport à la prise en charge que nous avons. Le nombre de personnel n'augmente pas alors que la dépendance oui. Il y a 20 ans

les gens dans les maisons de retraite conduisaient, sortaient aujourd'hui ce n'est plus le cas. Au niveau du personnel nous sommes en flux tendu en permanence avec 2,4 ETP d'infirmières ce qui n'est pas suffisant. Dans ce contexte la télémédecine va apporter énormément dans l'avenir car il y aura moins de trajet à prévoir et d'hospitalisation.

Comment est née l'idée de développer la télémédecine dans votre structure ?

En 2013 il y a une demande de l'ARS sur les EHPAD volontaires pour faire de la télémédecine sur les thématiques des plaies complexes et de la psychogériatrie. Notre association "Temps de vie" a souhaité s'inscrire dans ce dispositif. Le matériel nous a été fourni : ordinateur, écrans, caméra dôme, webcam. Le problème a été que parallèlement à cela l'ARS a développé une équipe mobile de plaies complexes pilotée par le centre l'Espoir de Villeneuve-d'Ascq. De ce fait la télémédecine a moins pris à cause de cela car d'autres EHPAD préféraient solliciter cette équipe.

Quand nous faisons une demande pour une téléconsultation, nous sollicitons l'accord du résident ou de son représentant légal et de son médecin traitant. Ensuite nous remplissons le dossier sur un logiciel autre que celui de l'EHPAD, sur lequel nous devons passer énormément de temps environ 45 minutes car nous devons compléter quasiment tout le dossier. Le logiciel de l'EHPAD n'est pas interopérable avec celui de télémédecine, cela a été un gros frein pour nous et a pu démotiver certains médecins du fait de la perte de temps. Parfois pour des résidents très déments la consultation se fait sans lui car il n'est pas du tout coopératif.

Cela est très formateur pour l'équipe d'avoir une expertise. Cela se déroule presque comme un cours. Au départ je pensais que cela pouvait être déshumanisant mais non car il y a un vrai contact et plus d'humanité à être chez soi dans l'EHPAD plutôt que dans une salle d'attente.

Au départ quels étaient les objectifs du développement de ce dispositif dans votre établissement ?

Nous avons répondu à 2 domaines que sont la psychogériatrie et les plaies complexes. Pour la psychogériatrie c'est de la téléconsultation soit pour un avis ou pour un retour d'hospitalisation. Pour les plaies complexes, c'est de la téléconsultation ou de la télé expertise. Cela nous oblige aussi à être performants pour leur donner toutes les informations nécessaires avec les photos de la plaie. Par la suite le docteur nous renvoie son expertise

pour une consultation présentielle ou une téléconsultation. Dans le cas d'une téléconsultation cela prend environ une heure de temps infirmier. L'avis de l'expert est très précis. Les résidents sont contents et les familles également. Dans la phase expérimentale nous avons deux interlocuteurs le docteur Playe pour la psychogériatrie et le docteur Delabrière pour les plaies complexes ce sont des interlocuteurs du CH de Lille définis par l'ARS.

Aviez-vous une expérience de télémédecine auparavant ?

Non pas du tout.

Quel rôle a joué l'ARS dans le développement du projet ?

L'ARS a financé le matériel et la maintenance les 3 premières années. Aujourd'hui nous sommes dans une période de changement. L'ARS a demandé aux établissements expérimentateurs s'ils voulaient se lancer dans un projet de télémédecine avec les médecins généralistes. Ils sont également en train de changer le logiciel. Et ont commandé un chariot mobile de télémédecine avec des appareils connectés. Nous allons être équipés prochainement. Le médecin généraliste pourra faire ses téléconsultations de chez lui et le chariot sera dans la chambre du résident. Il faudra également former les médecins généralistes à cela. Tout le monde ne va pas au même rythme et actuellement les spécialistes du GHICL et du CHR sont en train de se rencontrer pour se mettre d'accord sur un projet commun.

Sentez-vous les médecins traitants concernés et impliqués ?

Pour le moment pas vraiment. Je trouve qu'ils comprennent bien le principe du dispositif pour les plaies complexes mais un peu moins pour la psychogériatrie. Il faut avouer que nos médecins généralistes sont débordés. Nous sommes près de Lille donc nous n'avons pas de souci pour avoir des médecins généralistes qui se déplacent. Dans des endroits plus reculés où il y a un ou deux médecins généralistes sur 5 km je pense que cela aura plus d'impact. Il pourra par exemple depuis son bureau effectuer une fois sur deux un renouvellement de traitement par télémédecine.

En interne quelle a été la réaction des personnels impliqués ?

Cela était plutôt positif. Lors du premier rendez-vous de psychogériatrie il y a eu 6 soignants qui étaient présents. Ils ont trouvé ça génial, l'infirmière aime beaucoup parler avec le docteur DELABRIERE mais cela lui prend du temps. Il y a environ 30 minutes de préparation du résident pour 30 minutes de consultation. Avec le nouveau dispositif de médecine générale il va sûrement falloir embaucher un temps d'infirmière supplémentaire.

Quels sont les moyens matériels, techniques et informatiques nécessaires au déploiement de la télémédecine ?

L'ARS nous a livré un ordinateur avec [deux écrans](#), [une webcam](#), [une caméra dome](#) et un appareil photo. Je dispose d'un grand bureau et nous avons pu installer le matériel dedans.

A quel stade du déploiement de la médecine êtes-vous aujourd'hui ?

Lors de la dernière réunion, l'ARS nous a indiqué qu'ils allaient continuer de financer le projet mais cela n'était pas très clair. Pour les thématiques des plaies complexes et de la psychogériatrie [nous pouvons continuer avec notre ancien système pour le moment jusqu'à ce que cela bascule sur le nouveau système avec le chariot mobile.](#)

Quels sont selon vous les freins au développement de la télémédecine en EHPAD ?

Les points les plus compliqués sont [la saisie du dossier qui est extrêmement longue et décourageante](#) et [la programmation des consultations qui interfère avec le temps infirmier.](#) Cela nous demande souvent une réorganisation interne.

D'un point de vue technique, les deux premières années nous étions souvent obligés de [contacter le service de maintenance pour différents problèmes de connexion au réseau et de logiciel.](#) D'ailleurs les données de notre logiciel de soin ne s'implémentaient pas automatiquement dans celui de télémédecine

Quelle a été la réaction des résidents et des familles pour la mise en place de ce dispositif ?

[Les familles sont très contentes](#) et quand nous faisons visiter l'EHPAD ils trouvent cela génial. Beaucoup en ont déjà entendu parler. Les résidents également sont satisfaits car ils n'ont pas à se déplacer et les avis sont très rapides.

Quel est le bilan que vous tirez de cette expérimentation ?

Il est très positif, je trouve que les résidents sont mieux pris en charge il y a un certain nombre de résidents qui n'ont pas accès au spécialiste et qui ne sont pas transportables et de ce point de vue-là cela c'est très positif.

Cela améliore également la vigilance et nous oblige à être performant et professionnel vis-à-vis des résidents et des spécialistes. Au départ nous étions méfiants par rapport à la potentielle déshumanisation. Finalement tout le monde est satisfait. Le temps consacré aux consultations est différent, il n'y a pas de réservation d'ambulance ni de trajet mais il y a un temps de préparation et d'installation du résident.

Si vous deviez refaire à nouveau ce projet que changeriez-vous ?

Nous aurions sollicité dès le départ une simplification du dossier demande. Dans notre cas, c'est moi qui portait le projet et nous aurions dû le partager avec la cadre de santé. Le turn-over du poste d'IDEC, elles n'ont jamais eu le temps de s'y intéresser.

Si vous deviez conseiller un établissement qui souhaiterait mettre en place un projet de télémédecine que diriez-vous ?

J'encourage les établissements à s'inscrire dans ce projet. Il faut bien entendu qu'il y ait des formations afin que cela soit pluridisciplinaire.

Selon vous quelles sont les perspectives d'avenir de la télémédecine en EHPAD ?

Je pense que dans l'avenir cela sera génial. Par exemple en diabétologie pour les gens qui ont besoin de consultations. Cela peut se développer dans pleins de spécialités. Je pense que les gens n'auront plus besoin de se déplacer. Si le chariot mobile est bien adapté cela sera mieux pour les résidents. En revanche je suis un peu inquiète vis à vis du temps consacré par le personnel.

Je suis allée au Congrès Européen de la télémédecine où des grands centres de cliniques privées ont présenté de belles perspectives d'avenir pour la télémédecine avec par exemple les smartphones.

ANNEXE 3

Synthèse d'entretien avec Madame Céline DELVAL BUGNY Chargée de mission planification personnes âgées, ARS Hauts-de-France

Bonjour Madame DELVAL BUGNY, pouvez-vous vous présenter s'il vous plait, et expliquer votre rôle au sein de l'ARS ?

Ma première formation initiale a été assistante sociale, par la suite je me suis orientée à l'ILIS en Master d'ingénierie de la santé et management des établissements de santé.

J'ai été diplômée en novembre 2014 et je travaille à l'ARS depuis octobre 2014. Je suis arrivée à l'ARS dans le cadre de l'expérimentation PAERPA avec comme mission de centraliser les données et d'être la porte d'entrée de l'ARS. Le PAERPA va se terminer en décembre 2019. Dans ce dispositif plusieurs projets ont été déployés comme les IDE d'astreinte de nuit mutualisée et la télémédecine. Comme nous sommes dans des phases de déploiement régional et puisque les expérimentations ont fait leurs preuves, je suis devenue référente dans ces différentes thématiques sur l'offre médico-sociale.

Quelles sont les missions de l'ARS et en particulier de votre service de la direction de l'offre médico-sociale ?

Notre service est une fonction siège de planification. C'est un service intermédiaire chargé de mettre en place les différentes politiques et les plans de santé qui viennent du National. Notre objectif est de faire un maillage du territoire et définir l'utilisation de l'enveloppe dédiée pour un dispositif en élaborant un cahier des charges. Nous sommes sur le même plateau avec la programmation/autorisation et avons fusionné pour former le service pilotage vieillissement.

La programmation concerne tout ce qui est autorisation, appels à candidature etc... Notre service formalise l'appel à candidature et le service programmation statue et instruit celui-ci. Sur le même plateau nous avons également la direction des affaires financières qui gère les enveloppes. Nous sommes donc 3 services qui travaillent en commun sur le siège.

Avez-vous constaté une évolution dans le type des résidents accueillis dans les EHPAD au fil des dernières années ? Comment l'ARS s'adapte-t-elle à cela ?

Nous avons une population qui évolue et les modes de prise en charge avec. Nous devons réfléchir à de nouvelles façons de prendre en charge les personnes âgées pour assurer un parcours de soins efficace. Nous sommes toujours dans des problématiques de coordination des soins. La loi de transformation du système de santé "ma santé 2022" présente une prise en charge ambulatoire importante. Nous avons donc besoin de déployer des dispositifs de coordination. En plus de cela, nous avons pleins d'autres choses à développer comme des outils numériques par exemple. Aujourd'hui nous sommes dans une optimisation des besoins avec des mutualisations, de l'efficacité, de la coordination dans un souci d'optimisation du temps médical. D'autres choses bougent comme les IDE de pratiques avancées qui pourraient être intéressantes au niveau de la délégation des tâches. Mais toutes ces choses se font petit à petit.

Pouvez-vous me parler de la télémédecine en EHPAD ? à quels types de problématiques peuvent répondre les différents projets ?

Beaucoup de choses ont bougé au niveau de la télémédecine ces derniers temps comme par exemple le remboursement des actes par l'assurance maladie. Au niveau de l'ARS ce que nous recherchons, c'est la qualité de prise en charge des personnes âgées en établissement. Il est important que les personnes puissent avoir accès aux soins et aux consultations nécessaires pour leur prise en charge. Certains établissements en sont démunis. La télémédecine peut répondre à de l'accessibilité, à du temps médical, à de l'expertise en gériatrie qui sont importants pour les EHPAD. Ce qui est intéressant c'est d'avoir des échanges en pluridisciplinaire. Les EHPAD ne peuvent pas toujours se permettre de détacher un personnel pour accompagner un résident pour une consultation. Pour le personnel nous constatons une véritable montée en compétence grâce aux formations qui sont intéressantes. Pour le résident, l'accessibilité aux soins, le fait de ne pas se déplacer et d'être dans un environnement qu'il connaît sont de gros atouts. Pour le moment nous n'avons pas encore de données d'impact. En effet les impacts qualitatifs ne sont pas évidents à dimensionner. Des études ont été réalisées en Normandie où l'on démontrait que des économies peuvent-être réalisées allant jusqu'à 2000€/an/résident. Cela grâce aux réductions des coûts d'hospitalisation et de l'ambulatoire.

Quel est le rôle de l'ARS dans le déploiement du dispositif EHPAD ?

La stratégie est différente selon les ARS. Pour les Hauts-de-France nous avons priorisé la télémédecine en déployant une stratégie d'harmonisation sur le territoire pour aider à mettre en relation les experts et les sites requérants. [Notre idée est de structurer le déploiement.](#) Nous sommes aussi là en tant que financeurs, nous apportons de la méthodologie et du suivi. Depuis le remboursement, les sollicitations des établissements de santé pour différentes solutions de télémédecine vont un peu dans tous les sens. [Notre souci est de s'assurer que la télémédecine rentre bien dans le cadre réglementaire de sécurisation des données avec des hébergeurs sécurisés.](#)

Entre 2014 et 2018 les expérimentations ont été réalisées sur plusieurs territoires, quel est le bilan que vous dressez de ces expérimentations ?

Le bilan est positif, nous avons de l'accompagnement, avec de l'accessibilité pour les résidents, des échanges pluridisciplinaires, des diminutions des coûts de transports sanitaires. Cela rassure les familles et il y a eu une bonne acculturation des équipes sur ce sujet. [Cependant il y a quelques points de vigilance sur le turn-over des équipes, des problèmes d'appropriation du dispositif. Des explications bien faites en amont avec les médecins traitants, la possibilité d'avoir des appareils mobiles et ergonomique, avoir des médecins pilotes de projet. Pour l'ingénierie, il faut des responsables d'établissements investis qui doivent impulser le projet avec un appui technique.](#)

Le projet médical doit être partagé et formalisé entre toutes les parties prenantes. Les médecins doivent réfléchir avec les établissements pour bien identifier les besoins de manière précise dans une trajectoire de soins cohérente, avec une description des organisations matérielles et humaines. [Par exemple nous avons dans les expérimentations la spécialité plaie complexe et finalement nous nous sommes rendu compte que la demande des EHPAD se penche plus vers de la dermatologie.](#)

Dans les expérimentations nous avons des salles dédiées de télémédecine avec un ordinateur, une caméra dôme, une webcam etc... Nous nous sommes rendus compte qu'il fallait des outils plus simples en mobilité. Nous sommes donc partis sur des chariots de télémédecine. Aujourd'hui nous ne sommes plus dans un cadre expérimental où l'objectif était d'évaluer la télémédecine. Nous avons un logiciel très complet avec des champs bloquant nous permettant d'avoir une base de données très large. Cela rendait les choses chronophages. [L'idée a donc été de travailler sur un logiciel plus simple et ergonomique.](#) Par ailleurs il est intéressant de s'appuyer sur des équipes mobiles comme des équipes de psychogériatrie ou de soins palliatifs avec des propositions de prise en charge directe. Les

textes de l'Assurance Maladie disent que pour avoir le remboursement le résident doit être vu en présentiel au minimum une fois au cours des 12 derniers mois, mais les EHPAD en sont dérogatoire.

Quels ont été les freins pour les établissements dans le déploiement de la télémédecine ?

Il y a la partie technique qui devient très vite obsolète. La partie réseau Internet pas toujours fiable (il existe encore des zones blanches). Il faut donc avoir une bonne bande passante avec un bon fournisseur internet. Pour les appareils en mobilité il faut du WIFI partout dans l'établissement pour que le son et l'image fonctionnent parfaitement en particulier pour la dermatologie où les images sont importantes. Cela prend de la place il faut donc de l'ergonomie. Il y a toujours la réticence du lien patient-médecin. Il faut que les médecins se rendent compte que c'est une possibilité pour optimiser leurs temps avec des déplacements pas toujours nécessaires. Ceux qui ont voulu tester le dispositif l'ont trouvé intéressant. Il y a aussi la réaction des résidents à prendre en compte, ils ont parfois des troubles cognitifs importants. Concernant ce frein il faut savoir que les personnes sont entourées et sont dans un établissement qu'elles connaissent sans être déplacées. Malgré quelques doutes au départ les familles sont contentes. Au niveau des EHPAD il y avait l'aspect chronophage du logiciel avec aussi des freins organisationnels dans la structure avec la mobilisation d'un soignant. Le logiciel sera modifié pour être plus ergonomique et moins chronophage. Le fait de ne pas avoir de médecin coordonnateur peut être un frein. Il faut qu'il y ait une dimension et un cadre avec une formation suivie tout au long du projet. L'ARS aide et accompagne en proposant des témoignages de professionnels et des formations à la demande pour faire face au turn-over.

Quelle est la stratégie de l'ARS concernant le déploiement de la télémédecine en EHPAD ?

Nous avons le programme PREDICE pour un déploiement régional. La télémédecine fait partie de ma santé 2022 avec un accompagnement et une reconnaissance dans le droit commun. A notre niveau nous avons la stratégie régionale E-santé avec un objectif général dédié au numérique qui est inscrit dans le PRS des Hauts-de-France. Nous avons constitué un GIP santé-numérique des Hauts-de-France constitué par transformation des groupements de coopération sanitaire « MATISS » « GCS e-Santé Picardie ». Nous avons

le schéma directeur régional 2018-2023 où la télémédecine est inscrite dans les axes de développement. Il ne faut pas oublier qu'il y a aussi de la télémédecine avec les médecins généralistes. Le déploiement du programme PREDICE se réalise en plusieurs vagues. Nous sommes en train d'accompagner les territoires de la vague 1 avec les 4 territoires expérimentateurs initiaux. [Nous prévoyons d'accompagner tous les types d'établissements du territoire publics, privés et ESPIC ce qui représente 584 EHPAD au niveau des Hauts-de-France.](#) Pour le déploiement en trois vagues nous avons croisé plusieurs critères qui sont : les EHPAD ayant déjà expérimentés, les zones en faible densité de médecins ou de spécialistes, les zones sous tension hospitalière récurrente, les zones où les professionnels sont capables de déployer le projet médical au niveau de la région. L'idée principale étant d'être équitable entre les territoires. Concernant les spécialités quatre priorités ont été définies : la gériatrie, la psychogériatrie, les soins palliatifs et la dermatologie. Il ne faut pas oublier que le projet médical nécessite de s'entendre et d'échanger entre les établissements de santé, cela prend du temps. Nous avons un temps d'ingénierie qui est long en télémédecine. [Il faut réfléchir à tous les processus en amont, il faut avoir le matériel, le tester, former le personnel et seulement après nous pouvons commencer la télémédecine. Quand vous réalisez votre premier acte il faut continuer d'être vigilant sur le turn-over, accompagner, rassurer, recentrer et cela demande du temps et de l'investissement.](#)

Quels sont les conseils que vous donneriez à un établissement EHPAD qui souhaiterait se lancer dans un projet de télémédecine ?

Tout d'abord il n'y a pas d'obligation d'intégrer le déploiement régional. S'ils souhaitent s'intégrer dans le parcours de soins et le numérique cela est fortement conseillé. Il s'agit d'un plus pour l'établissement mais il faut accepter qu'il y ait un temps à consacrer en amont et que cela n'a ne se fera pas du jour au lendemain comme tout projet.

Dans les années à venir quelles sont les perspectives du déploiement de la télémédecine en EHPAD ?

D'une part de réaliser le déploiement régional pour que tout le monde accède à la télémédecine. Les prochaines perspectives seront également de se consacrer à d'autres spécialités comme par exemple la cardiologie. [Développer le projet PREDICE avec tous les liens interopérables. Plus tard nous pourrions envisager de la déployer sur d'autres secteurs comme celui du handicap.](#)

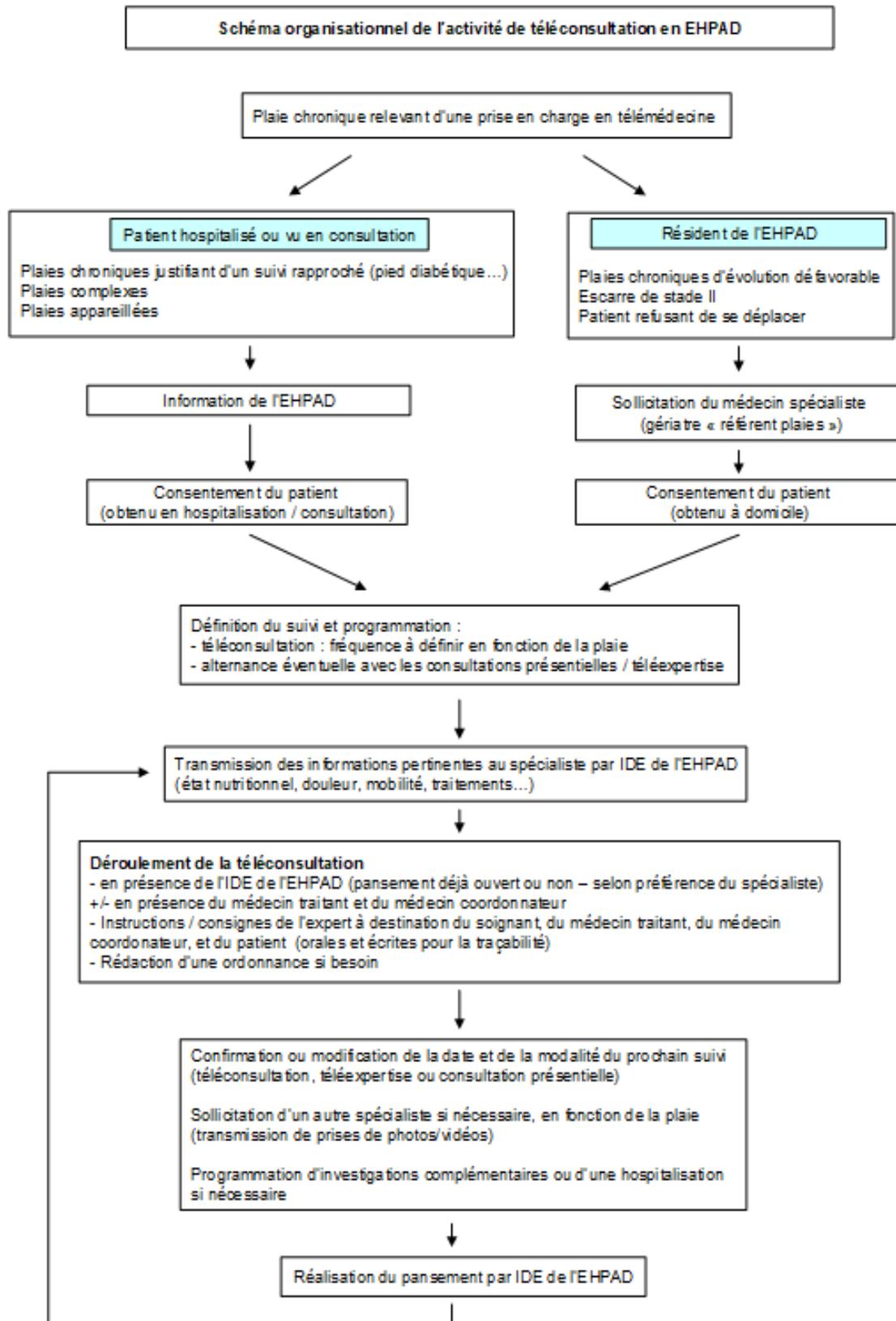
ANNEXE 4

Liste des EHPAD expérimentateurs de la télémédecine (Département Nord)

Nom	Porteur Juridique	Ville
EHPAD LES BATELIERS	CHR LILLE	LILLE
EHPAD LA RITOURNELLE	ASSO A.F.E.J.I.	VILLENEUVE-D'ASCQ
EHPAD LES PROVINCES DU NORD	directeur	MARCQ-EN-BAROEUL
EHPAD CLOS FLEURI	TEMPS DE VIE	SAINT-ANDRE-LEZ-LILLE
EHPAD SAINT JEAN	ASS MAISON SAINT JEAN	LILLE
EHPAD RESIDENCE SERVICE EDILYS	ASSO A.F.E.J.I.	LILLE
EHPAD L ARCHE	ASSOCIATION AMBROISE PARE	LILLE
EHPAD RESIDENCE SER LES HAUTS D'AMANDI	S.A.R.L. LES HAUTS DAMANDI	FACHES-THUMESNIL
EHPAD LE BOIS D'AVESNES	ASSOCIATION ACCES	AVESNES-LES-AUBERT
EHPAD LA JONQUIERE	ASSOCIATION ACCES	HONNECOURT-SUR-ESCAUT
EHPAD LES JARDINS BRUNEAUT	ASSOCIATION ACCES	RIEUX-EN-CAMBRESIS
EHPAD LES QUATRE VENTS	ASSOCIATION LES QUATRE VENTS	BRUILLE-SAINT-AMAND
EHPAD RESIDENCE NOEL LEDUC	FONDATION PARTAGE ET VIE	HASNON
EHPAD LES BOULEAUX	ACPPA LES SINOPLIES	LOURCHES
EHPAD VAILLANT COUTURIER	SAS Colisée Patrimoine Group	MARLY
EHPAD CHAMP D'OR	ASSOCIATION ACCESS	MARQUETTE-EN-OSTREVAN
EHPAD LES FEUILLANTINES	SARL Les Feuillantines (DOMIDEP)	QUIEVRECHAIN
EHPAD LES CHARMILLES	CCAS DE SAINT SAULVE	SAINT-SAULVE
EHPAD NOTRE DAME DE LA TREILLE	ASSO DES AUXILIAIRES DE SAINT CAMILLE	VALENCIENNES
EHPAD Les Orchidées	Association de Service aux Orchidées	CROIX
EHPAD L'Orée du Mont	directeur	HALLUIN
EHPAD La Colombe	directeur	RONCQ
EHPAD L'Hommelet - Le Nouveau Monde	CCAS	ROUBAIX
EHPAD La Potennerie	CCAS	ROUBAIX
EHPAD Isabeau	Centre Hospitalier Roubaix	ROUBAIX

ANNEXE 5

Schéma organisationnel de l'activité de téléconsultation des plaies complexes en EHPAD (CHU Lille)



ANNEXE 6

Formulaire de demande Acte de télémédecine (CHU Lille)

Workflow Manager
Objet de la demande
Traitement

Formulaire de Demande EHPAD

DEMANDEUR

Date / Heure: 07/12/2017 17:10

EHPAD Demandeur: EHPAD des Aubiers

Login Demandeur: ME-REFER

Nom Demandeur: REFER

Prénom Demandeur: Jean

Fonction: Aide Soignant

Téléphone: 0047 80 60 62

Poste / Direct *: 0682.00.00.00

Prescripteur: Dr Jobert

Poste à Prevenir: 0047 80 60 69

PATIENT

Nom: DUFOID

Prénom: André

Nom Jeune Fille: DURAND

Date de Naissance: 20/07/1930

Age: 87 ans

ID Patient (PP / INS-C): 32345678906535

INS-C: 0386038640958376940256

Situation Familiale: Marié(e) Veuf (ve) Célibataire

Profession: Ouvrière

Date d'entrée dans l'EHPAD: 20/12/2001

Régime Sécurité Sociale: Agricole

Mutuelle: Oui Non

Affection Longue Durée: Oui Non

Motif de l'ALD: Oui Non

Patient connu de l'EM: Oui Non

Personne de confiance identifiée: Oui Non

Directives anticipées connues: Oui Non

Patient sous protection juridique: Oui Non

Type de protection: Tutelle

Personne de confiance	Nom / Prénom	Téléphone
	Janine DURAND	06 30 20 80 67
Protection Juridique	Janine DURAND	06 30 20 80 67
Référent Familial	Janine DURAND	06 30 20 80 67
Médecin Traitant	Dr Alain BERTRAND	02 45 20 25 20
Médecin Coordonnateur	Dr Aline BURET	06 22 20 85 62
Pharmacien Référent		
Autres contacts		

TYPE DE DEMANDE DE TELE-EXPERTISE / TELE-CONSULTATION

Avis Psychogériatrique Avis gériatrique

Concertation sortie d'Hospit. Suivi post Hospit.

Avis atrogénique Avis soins palliatifs

MOTIFS DE LA DEMANDE "AVIS GERIATRIQUE"

Objet de la demande: Suivi suite à hospitalisation Difficulté de maintien dans la structure Discussion de l'intérêt d'une hospitalisation Autre avis Psychogériatrique sur: Dénutrition

Remarques / Observations: Dénutrition et perte de poids significative. Démence et Déambulation.

ANTECEDENTS

Antécédents médico-chirurgicaux notables: Oui Non

Pose d'une valve cardiaque artificielle en 2001, Pose d'un stimulateur cardiaque en 2003, Prothèse de Hanche G en 2005, Hypertension, AVC en 2010, Troubles respiratoires

Antécédents psychiatriques: Oui Non

Suivi pour dépression depuis 2003, Dépendance à l'alcool

Antécédents d'allergies: Oui Non

aspirine, ibuprofène, paracétamol, codéine, pénicilline, érythromycine, tétracycline, sulfamide, anesthésique local, fluorure, métaux (nickel, or, argent), latex

Régime Alimentaire: Oui Non

Régime sans sel et sans glutamate

ACCORD

Accord Médecin Traitant: Oui Non

PARAMETRES VITAUX

Poids (kg)	83	Taille (cm)	175	IMC	27,10
PAS (mmHg)		PAD (mmHg)		FC (/min)	
Temp (°C)		SeO2 (%)		Glycémie (g/l)	

Imprimer

Fermer

Enregistrer

Valider

ANNEXE 7

Formulaire d'orientation Spécialiste (CHU Lille)

Workflow Manager	
Orientation	Traitements
<h3>Formulaire d'Orientation PsychoGériatrie</h3>	
REFERENT Date / Heure : 16/11/2014 17:10 Site Référent : CHU Lille Login Référent : ME-REFER Nom Référent : REFER Prénom Référent : Jean Fonction : Médecin Gériatre Téléphone : 0047.80.82.05 Poste / Direct* : 06.22.02.00.00	
PATIENT Nom : DUPOND Prénom : Andréa Nom Jeune Filie : DURAND Date de Naissance : 20/02/1930 Age : 84 ans ID Patient (PP / INS-C) : 12345678901234 Situation Familiale : <input checked="" type="radio"/> Marié(e) <input type="radio"/> veur (ve) <input type="radio"/> célibataire Profession : Ouvrière Date d'entrée dans l'EPHAD : 20/12/2001 Régime Sécurité Sociale : Agricole Mutuelle : <input checked="" type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non Affection Longue Durée : <input checked="" type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> NC Motif de l'ALD : Patient connu de l'EM : <input checked="" type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non Personne de confiance identifiée : <input type="radio"/> Oui <input checked="" type="radio"/> Non Directives anticipées connues : <input type="radio"/> Oui <input checked="" type="radio"/> Non Patient sous protection juridique : <input checked="" type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> en cours Type de protection : Tutelle	
SYNTHÈSE DE LA DEMANDE D'AVIS "PSYCHOGÉRIATRIE" DEMANDEUR : Date/Heure de demande : 16/11/2014 17:10 Site demandeur : EHPAD des Aubiers Login demandeur : ME-REFER Fonction du demandeur : Médecin Téléphone du demandeur : 00 47 80 80 62 Poste / Direct du demandeur : 06 82 00 00 00 ANTECEDENTS DU PATIENT : Antécédents médico-chirurgicaux notables : Pose d'une valve cardiaque artificielle en 2001, Pose stimulateur cardiaque en 2003, Prothèse de Hanche G en 2005, Hypertension, AVC en 2010, Troubles respiratoires Antécédents psychiatriques : Suivi pour dépression depuis 2003, Dépendance à l'alcool Antécédents d'allergies : aspirine, ibuprofène, paracétamol, codéine, pénicilline, érythromycine, tétracycline, sulfamide, anesthésique local, fluorure, métaux (nickel, or, argent), latex Régime Alimentaire : Régime sans sel et sans glutamate OBJET DE LA DEMANDE - Difficulté de maintien dans la structure - Discussion de l'intérêt d'une hospitalisation - Autre avis gériatrique sur : Démantion REMARQUES / OBSERVATIONS : Durantion et perte de poids significative. Démence et Déambulation.	
PARAMETRES VITAUX Poids (kg) : 83 Taille (cm) : 175 IMC : 27.10 PAS (mmHg) : So2 (%) : FC (/min) : Glycémie (g/l) :	
DECISION DU MEDECIN GERIATRE REQUIS <input type="checkbox"/> Télé-Expertise de PsychoGériatrie Date de RDV proposée : Avec médecin coordonnateur : <input type="radio"/> Oui <input checked="" type="radio"/> Non <input type="checkbox"/> Déplacement d'une Equipe Mobile Date de RDV proposée : <input type="checkbox"/> Hospitalisation Type d'hospitalisation : Etablissement / Service : Délai : <input type="checkbox"/> Consultation spécialisée Type consultation : Etablissement / Service : Délai : <input type="checkbox"/> Réorientation de la demande <input checked="" type="radio"/> Avis Psychogériatrique <input type="radio"/> Avis Isotopique <input type="radio"/> Avis Soins Palliatifs	
BILANS COMPLEMENTAIRES A COLLECTER (AVANT LA TELEEXPERTISE) Douleur : <input type="checkbox"/> DN4 <input type="checkbox"/> EVS <input type="checkbox"/> EVA <input type="checkbox"/> ECPA <input type="checkbox"/> ALGO+ <input type="checkbox"/> DOLDO+ Psychogériatrie : <input type="checkbox"/> MMS <input type="checkbox"/> GDS <input type="checkbox"/> NP/ES Biologie : <input type="checkbox"/> Albuminémie <input type="checkbox"/> Pré-albuminémie <input type="checkbox"/> Lipidémie <input type="checkbox"/> INR <input type="checkbox"/> Urée créatine <input type="checkbox"/> Créatinine <input type="checkbox"/> Nitrémie / Kaliémie <input type="checkbox"/> Glucémie <input type="checkbox"/> Thyrostimuline <input type="checkbox"/> Hémostase équilibrée Divers : <input type="checkbox"/> GIR <input type="checkbox"/> MNA <input type="checkbox"/> NORTON <input type="checkbox"/> ADL <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> CBE Imagerie <input type="checkbox"/> Autres courriers Autres :	
REMARQUES Imprimer Fermer Enregistrer Valider	
Personnes de confiance : Janine DURAND 06 20 20 80 67 Téléphone : Protection juridique : Janine DURAND 06 30 20 80 67 Référent Familial : Janine DURAND 06 30 20 80 67 Médecin Traitant : Dr Alain BERTRAND 02 45 20 20 20 Médecin Coordonnateur : Dr Aline BURET 06 22 50 85 62 Pharmacien Référent : Autres contacts :	

ANNEXE 8

Convention TELEMEDECINE POUR LES PERSONNES AGEES – SUIVI DES PLAIES (CHU LILLE)

Annexe 1 : Champ de la coopération et modalités de fonctionnement

Le Pôle de Gériatrie du CHRU de Lille met en place un service de téléconsultation/téléexpertise dans le domaine du suivi des plaies chroniques et complexes.

Ce service constitue une aide à la prise en charge et au suivi des plaies chroniques et complexes de sujets âgés résidant en EHPAD, avec pour objectifs d'améliorer la qualité des soins, de diminuer le nombre d'hospitalisations ou encore d'éviter au maximum les déplacements de sujets âgés souvent fragiles ou désorientés.

Le gériatre « référent plaies complexes » peut être sollicité dans les situations suivantes :

- Les plaies chroniques d'évolution défavorable (Escarres, Ulcères artériels ou veineux, Plaies post-traumatiques, Plaies du pied diabétique)
- Les plaies pour lesquelles les médecins spécialistes sollicitent un suivi rapproché (plaies du pied diabétique, escarres)

A l'inverse, il ne pourra pas être sollicité dans les situations suivantes :

- Des plaies pour lesquelles le patient bénéficie déjà d'un suivi spécialisé hors réseau Télé médecine, (sauf accord du médecin spécialiste)
- Les plaies de dégradation rapide avec critères généraux, tels qu'hyperthermie ou altération rapide de l'état général justifiant une prise en charge en urgence.

Le médecin du CHRU de Lille qui assure ce service est un médecin gériatre, « référent plaies complexes », qui pourra interpellé, s'il le juge nécessaire, en fonction du type de plaie, un médecin spécialiste du CHRU : dermatologue, diabétologue ou chirurgien vasculaire.

La demande d'avis se fait à l'initiative du médecin coordonnateur et/ou du médecin traitant, et de l'IDE coordinatrice de l'EHPAD, après concertation en équipe. Cette demande est formalisée dans un télé dossier (comportant renseignements cliniques, photos de plaies, vidéos de pansements, examens complémentaires...) envoyé au CHRU de Lille.

Le gériatre « référent plaies complexes », après étude de la demande, oriente la prise en charge :

- Soit vers une *téléconsultation* ou une *téléexpertise*
- Soit vers une autre forme de consultation

Concernant les **téléconsultations**, celles-ci seront assurées de façon hebdomadaire le **mercredi après-midi de 14h30 à 17h30**, sous réserve d'obligations de service.

Les premiers éléments de réponse seront apportés en temps réel, pendant la téléconsultation, et seront ensuite confirmés par informatique dans les 3 jours suivants.

Concernant les **téléexpertises**, il n'y a pas de jour défini pour la gestion des demandes, mais la réponse informatique sera adressée à l'EHPAD dans les 3 jours ouvrables suivant la réception de la demande.

Dans les deux cas, un compte-rendu sera ensuite adressé par courrier au médecin coordonnateur et au médecin traitant.

« Quels sont les freins et les leviers du développement de la télémédecine en EHPAD ? »

Introduction : Depuis plusieurs années, l'augmentation de l'espérance de vie et l'apparition des pathologies liées à l'âge rendent l'accompagnement des seniors de plus en plus complexe. Dans les structures d'hébergement pour personnes âgées, la prise en charge de la dépendance et du soin est un réel défi. Dans ce contexte, la télémédecine est présentée comme un moyen pour améliorer l'accès aux soins des populations isolées, fragiles, et âgées. Depuis 2013 des **expérimentations** de télémédecine en **EHPAD** se développent partout en France. A travers ce mémoire de recherche, nous avons souhaité élaborer un document susceptible d'aider des EHPAD.

Méthode : Le cadre de ce travail repose dans un premier temps sur une étude littéraire du sujet. Par la suite, nous nous sommes rendus sur le terrain pour rencontrer les acteurs de la **télémédecine**. Le fruit des différents entretiens nous a permis d'avoir des regards différents sur cette thématique, et de mettre en exergue les éléments clés de réussite d'un projet de télémédecine en EHPAD.

Résultats : Les expériences de chacun nous ont permis d'identifier des facteurs clés de réussite qui sont : un **projet médical** correspondant à un besoin, une gouvernance forte portée par des acteurs pilotes, la co-construction d'un **cahier des charges** organisationnel et technique, une bonne communication et coordination entre les acteurs, et enfin, un **modèle économique** pérenne.

Mots clés : expérimentations, EHPAD, télémédecine, projet médical, cahier des charges, modèle économique

Introduction: For several years, the increase of life expectancy and the apparition of age-related pathologies have made older people care more and more complex. In nursing homes, dealing with dependency and care is a real challenge. In this context, telemedicine has been presented as a solution to improve access to care for isolated, fragile and older people. Since 2013, telemedicine **trials** in nursing homes have been developing all over France. Through this research thesis, we wanted to elaborate a document that could help **nursing homes** to build this kind of projects.

Method: The frame of this work has been firstly literary. Afterwards, we have been to the field to meet the actors of telemedicine. The result of the various interviews allowed us to have a lots of views on this theme and to highlight the key elements of success.

Results: Each one's experiences enabled us to identify key factors fir success which are: a **medical project** corresponding to a need, a strong governance carried by pilot actors, the co-construction of organisational and technical **specifications**, a good communication and coordination between the actors and finally a sustainable **economic model**.

Keys words: trials, nursing homes, telemedicine, medical project, specifications, economic model
